



HAL
open science

Coups de tonnerre dans un ciel couvert. Analyse des trajectoires de soins et des parcours de patients souffrant d'un trouble psychotique. Etude préalable à la mise en place d'un réseau de soin et de détection.

Livia Velpry, N. Blinder,, A. Fontaine, M. Leroux, J. Souloumiac

► **To cite this version:**

Livia Velpry, N. Blinder,, A. Fontaine, M. Leroux, J. Souloumiac. Coups de tonnerre dans un ciel couvert. Analyse des trajectoires de soins et des parcours de patients souffrant d'un trouble psychotique. Etude préalable à la mise en place d'un réseau de soin et de détection.. [Rapport de recherche] MiRE/Cesames. 2005. <halshs-01102735>

HAL Id: halshs-01102735

<https://shs.hal.science/halshs-01102735v1>

Submitted on 22 Feb 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.



HAL Authorization



**CESAMES, Centre de Recherche
Psychotropes, Santé Mentale, Société**
CNRS UMR 8136 – Inserm U 611 – Paris 5
Université René Descartes
45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS Cdx 06
01 42 86 38 79

**Physiopathologie des maladies psychiatriques,
développement et vulnérabilité**
Inserm E 0117 – Paris 5, Service
Hospitalo Universitaire – Hôpital Ste Anne
7 rue Cabanis 75014 PARIS
01 45 65 81 79



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Coups de tonnerre dans un ciel couvert

Approche sociologique de l'émergence
des troubles d'apparence psychotique

LIVIA VELPRY (DIR.),
NICOLAS BLINDER, AUBANE FONTAINE,
MONIQUE LEROUX, JULIEN SOULOUMIAC

juin 2005

Programme Sciences biomédicales, santé, société – 2003

Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)
Mission Recherche (MiRE), Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

REMERCIEMENTS

Cette recherche est le fruit d'une collaboration entre le Cesames, (Inserm U 611 - CNRS UMR 8136 – Paris 5), dirigé par Alain Ehrenberg, et l'équipe Inserm E 0117 de Physiopathologie des maladies psychiatriques, développement et vulnérabilités (Paris 5), dirigée par Marie-Odile Krebs.

Plusieurs équipes et professionnels ont joué un rôle essentiel dans la réalisation de cette recherche. Le Service Hospitalo-Universitaire, dirigé par Jean-Pierre Olié, a permis le recrutement des patients et de leur entourage. Carine Elkhazen a été l'intermédiaire avec les patients rencontrés, et a toujours été disponible pour discuter et confronter les expériences. Olivier Canceil, du CMP Mathurin Régnier, et François Chauchot, du Centre d'Evaluation, ont apporté leur concours au recrutement des patients et de leur entourage, ainsi que leur précieuse expérience clinique. Florence Pesce, du Service de biostatistiques dirigé par Joël Costes à l'hôpital Cochin, a été fortement impliquée tout au long de l'enquête par questionnaire. Le réseau Prépsy, coordonné par Guy Gozlan, a facilité le contact avec les professionnels pour la réalisation de l'enquête par questionnaire. Jean Hamelin, président du réseau et médecin généraliste, a volontiers donné de son temps et été un intermédiaire pour rencontrer des médecins généralistes. L'ensemble des membres du comité de pilotage, et notamment, en plus de ceux déjà cités, Isabelle Amado et Dominique Willard, Marie-France Poirier, a suivi avec attention les différentes étapes du déroulement de la recherche, et l'ont enrichi de leurs commentaires. Enfin, Olivia Marchal et Evelyne Guillaume, de la délégation à la recherche de l'hôpital Sainte Anne, ont œuvré pour huiler les rouages de la gestion financière.

TABLE DES MATIERES

LES QUESTIONS DE LA RECHERCHE	5
1- LA DETECTION DES TROUBLES PRECEDANT UN PREMIER EPISODE PSYCHOTIQUE	5
2- UN DISPOSITIF DE RECHERCHE ORIGINAL	8
3- DONNEES RECUEILLIES	13
4- PLAN DU RAPPORT	16
PREMIERE PARTIE REPERER LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	18
PLAN DE LA PREMIERE PARTIE	19
CHAPITRE I - L'ESPACE DU REPERAGE	22
1- REPLACER LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DANS LES SYSTEMES D'INTERVENTION A L' ADOLESCENCE	22
2- DISPOSITIFS ET INSTITUTIONS DU REPERAGE.....	23
3- CONCLUSION.....	32
CHAPITRE II - LE ROLE DES MEDECINS SCOLAIRES.....	33
1- LE DISPOSITIF SCOLAIRE ET SES ANOMALIES	33
2- LA PARTICIPATION DU MEDECIN SCOLAIRE AU DISPOSITIF ET LE DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL.....	40
3- CONCLUSION.....	46
CHAPITRE III – CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE	47
1- DONNEES DE CADRAGE : APPROCHE QUANTITATIVE ET TYPOLOGIE	47
2- INCOMPETENCE DIAGNOSTIQUE ET DIAGNOSTIC INTUITIF	53
3- TYPOLOGIE DES PATHOLOGIES SITUATIONNELLES	65
4- CONCLUSION.....	75
DEUXIEME PARTIE RENCONTRER LA PSYCHIATRIE.....	76
PLAN DE LA DEUXIEME PARTIE.....	77
CHAPITRE I - RETOUR SUR LA METHODE	78
1- PARCOURS PRECEDENT L' ARRIVEE AU CENTRE D' EVALUATION (CE)	78
2- RELATION D' ENQUETE : UNE DIFFICILE NEUTRALITE	83
3- L' APPORT DE L' APPROCHE PAR UNITE.....	96
CHAPITRE II - LA PREMIERE CONFRONTATION A LA PSYCHIATRIE.....	102
1- AVANT LE PREMIER RECOURS PSYCHIATRIQUE : DE MULTIPLES MARGINALISATIONS	102
2- UNE TYPOLOGIE DES PREMIERS RECOURS PSYCHIATRIQUES	112
3- UNE CONFIGURATION RELATIONNELLE PREALABLE AU 1ER CONTACT : L'EXEMPLE DE L'UNITE JEANNE	129
4- CONCLUSION.....	139

CHAPITRE III - LE TEMPS DE LA PSYCHIATRIE	141
1- ETUDIER L'INSCRIPTION DANS LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE	141
2- LES DIFFERENTES FORMES DE NEGOCIATION DES JEUNES DANS LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE.....	143
3- LA PLACE DES PARENTS DANS LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE	155
4- CONCLUSION.....	164
CHAPITRE IV – LE TEMPS DES RESPONSABILITES : DONNER SENS A LA MALADIE	166
1- LA QUETE DU SENS.....	166
2- HYPOTHESES, RESPONSABILITE ET TEMPS DE LA PSYCHIATRIE	173
3- COHERENCE ET RESONANCE DES HYPOTHESES DANS LES UNITES.....	197
4- CONCLUSION.....	204
CONCLUSION GENERALE	206
ANNEXES	210
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES MEDECINS GENERALISTES ET SCOLAIRES	210
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN PROFESSIONNEL	215
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN PATIENTS ET ENTOURAGE	217
ANNEXE 4 : TABLEAUX ISSUS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE	221
ANNEXE 5 : TABLEAU DES PERTURBATIONS EVOQUEES DANS LES PRINCIPAUX CADRES SOCIALISATEURS AVANT IERS CONTACTS « PSY ».....	230
BIBLIOGRAPHIE.....	232

LES QUESTIONS DE LA RECHERCHE

1- La détection des troubles précédant un premier épisode psychotique

La période qui précède l'émergence de troubles psychotiques suscite actuellement intérêts et questionnements dans les champs de la recherche clinique et du soin en psychiatrie. L'idée qu'il est souhaitable de détecter le plus tôt possible l'apparition de tels troubles est actuellement largement partagée dans le champ de la psychiatrie, même si les suites à donner à ce repérage font l'objet de débats (McGlashan *et al.*, 2001). Par ailleurs, les équipes de psychiatrie disent être de plus en plus sollicitées par d'autres professionnels ou institutions, à propos de personnes jeunes et considérées comme « à risque », ce qui engendre des questionnements sur les modes de prise en charge adaptés. La recherche qui fait l'objet de ce rapport est prise dans ce contexte plus large. Avant de la présenter, il nous faut donc revenir sur les positions de la recherche et de la clinique psychiatrique sur ces questions.

L'approche clinique

La recherche en psychiatrie estime actuellement que la schizophrénie, en tant que tableau clinique constitué, représente en fait l'aboutissement d'un parcours symptomatique très variable d'une personne à l'autre. Des symptômes peuvent apparaître plusieurs années avant la première hospitalisation, et ils se caractérisent par leur faible spécificité. Dans ce contexte, la reconnaissance du caractère pathologique de cette période est difficile, notamment lorsque le changement est progressif et d'autant que ces symptômes surviennent durant l'adolescence, période marquée par de profondes mutations. Lorsque les cliniciens diagnostiquent un premier épisode psychotique, ils notent qu'il semble s'installer à l'issue d'une phase de transition, marquée par une aggravation des symptômes et de ses répercussions scolaires ou sociales, de durée variable. Le diagnostic de schizophrénie sera finalement posé chez environ 40% des sujets, après la confirmation d'une persistance des perturbations pendant au minimum 6 mois. C'est souvent seulement au moment du premier épisode psychotique constitué, que ces symptômes seront *a posteriori* réinterprétés par l'entourage et par les médecins comme les premiers signes d'un changement, et considérés comme prodromiques. Dans ce cadre, pour les psychiatres, l'enjeu des programmes de détection est de déterminer *a priori* les symptômes qui doivent alerter et d'aider à leur reconnaissance, afin de mettre en place les mesures de prise en charge adéquates.

Des équipes de recherche en psychiatrie ont conçu des outils qui visent à identifier les symptômes prodromiques¹, et à définir des critères de « très haut risque » de transition vers un état psychotique caractérisé. Cependant, les critiques de cette approche soulignent l'existence de "faux positifs" (Eaton *et al.*, 1995), c'est-à-dire de personnes présentent ces symptômes

¹ Il s'agit notamment de l'équipe de McGlashan aux USA (Miller *et al.*, 2002) et de celle de McGorry en Australie (Yung *et al.*, 2003).

prodromiques mais n'évoluent pas vers la schizophrénie. Pour les équipes engagées dans la détection précoce, cette incertitude sur l'issue de l'évolution du trouble est justement ce qui permet d'envisager des interventions spécifiques, afin d'éviter un épisode psychotique, ou de le minorer.

On peut résumer ainsi les conceptions cliniques de l'évolution des troubles « avant » que le trouble ne se déclare (Canceil et Krebs, 2004) : certaines personnes présentant des signes de «vulnérabilité», sous la forme de caractéristiques non « pathologiques», vont présenter des signes « prodromiques », précédant la phase de transition vers le premier épisode psychotique. Aucune de ces transitions n'est inéluctable. En particulier, la plupart des sujets « vulnérables » n'évolueront jamais vers un état pathologique. De même, certains sujets présentant des signes « prodromiques » n'évolueront pas vers un état psychotique constitué. D'où l'intérêt de préférer la notion d'état mental à « haut risque » de transition psychotique, plutôt que la notion de prodromes.

Toujours du côté des outils, est intervenue la définition d'un indicateur, la durée de la période de psychose non traitée (Duration of Untreated Psychosis, DUP), que certains psychiatres estiment être un facteur pronostic important dans la qualité de la réponse thérapeutique à long terme (Lieberman et al., 2001 ; Canceil et al., 2002). La conférence de consensus sur le diagnostic et les modalités thérapeutiques des schizophrénies débutantes organisée par la Fédération Française de Psychiatrie en janvier de cette année recommande notamment de « *porter un diagnostic aussi précoce que possible pour favoriser la mise en œuvre le plus tôt possible du traitement, gage d'un meilleur pronostic* ». Actuellement, sur la file active du service associé à la recherche, issu environ au 2/3 du secteur et 1/3 de la consultation hospitalo-universitaire), la durée moyenne entre le début du premier épisode psychotique et le premier traitement médicamenteux (neuroleptique ou non) est de $1,9 \pm 4,2$ ans et le délai depuis le premier contact pour raison psychologique (médecin généraliste, psychologue, psychiatre) est de 4.2 ± 5.9 . Ces moyennes sont très similaires à celles observées dans d'autres études françaises ou étrangères, et il apparaît qu'elles recouvrent une grande disparité d'un patient à l'autre.

L'ensemble de ces considérations amène certaines équipes de psychiatrie à vouloir raccourcir la période de psychose non traitée et à accompagner les personnes qui présenteraient des signes faisant suspecter une telle évolution, ce d'autant plus que cette période est considérée comme présentant un risque de passages à l'acte, et comme constituant une souffrance importante pour les patients et leur familles, souvent prises au dépourvu et ne connaissant pas ou peu les systèmes de soins. La forme de l'intervention fait l'objet de discussions, car l'idée même que le retard dans l'initiation d'un traitement neuroleptique aggrave la sévérité de la schizophrénie ne fait pas consensus.

Le questionnement sociologique

Alors que l'attention de la recherche clinique en psychiatrie se porte sur la période d'émergence de troubles psychotiques, et constate la diversité des parcours dans cette période, on sait peu de choses sur les différents parcours possibles, les éléments qui les influencent, et en particulier les rôles joués par les acteurs sociaux et de santé, mais également par la famille, ainsi que les processus de décision. La question de la maladie mentale a suscité très peu de travaux dans les sciences sociales françaises, et si des éléments existent sur la situation et les parcours des personnes suivies en psychiatrie dans d'autres pays, anglo-saxons notamment, il n'en va pas de

même en France (Velpry, 2003, Lovell, 2003). La question des filières de soin, par exemple, reste largement inexplorée. Dans notre cas, où l'intérêt se porte sur la période qui précède l'émergence des troubles psychotiques, et donc en amont d'un suivi en psychiatrie, les informations sur ces parcours sont encore plus rares.

Cette connaissance semble pourtant essentielle. C'est tout un contexte où ces variables prennent place qui est mis en jeu et qu'il faut comprendre pour appréhender cette période et le parcours qui mène à une première prise en charge en psychiatrie. Cette période constitue un moment crucial, où se pose la question du franchissement de la frontière entre normal et pathologique. Il semble également que ces parcours fassent intervenir de multiples intervenants, ce qui les rend d'autant plus difficiles à appréhender, et que leur diversité renvoie à de nombreux facteurs, notamment sociaux. En d'autres termes, il s'agit *d'un moment à appréhender sociologiquement, et pas seulement cliniquement.*

Le discours sur la prévention des psychoses repose implicitement sur un modèle où le secteur psychiatrique occupe la place centrale, et où les autres intervenants sont des passeurs, qui facilitent plus ou moins le trajet idéalement linéaire qui va de l'apparition de symptômes psychotiques jusqu'à leur prise en charge en psychiatrie. Un tel discours, en introduisant le « regard psychiatrique » en aval du diagnostic de trouble psychiatrique, réinterroge nécessairement la place occupée par les dispositifs dans le contexte social et implicitement la légitimité du rôle de chaque acteur non spécialiste.

Répondre à ces questions revient à considérer la maladie mentale, comme toute maladie, *dans sa dimension de construction sociale*, négociée entre la personne concernée, les professionnels intervenants (médicaux et sociaux), et les proches. Il s'agit alors de s'intéresser, non pas à la maladie d'un patient comme un ensemble de symptômes physiques ou psychologiques concrets, mais comme un objet approché par tous ces acteurs. Une caractéristique de cette construction est qu'elle s'élabore de façon *diachronique*. Elle est cruciale dans la mesure où s'y joue non seulement une incertitude sur la frontière entre normal et pathologique, élaborée progressivement dans les interactions entre les différents acteurs, mais encore sur le type de pathologie dont les personnes sont atteintes. Pour les intervenants, cela signifie également une confrontation avec les catégories sociales dont ils disposent et avec la question du stigmat. Pour les personnes et leur entourage, cela met en jeu une redéfinition de soi, de son identité, dans un moment, l'adolescence, déjà caractérisé par l'instabilité. De plus, l'évolution de ces perceptions et ce travail de catégorisation se font dans le cadre de prises de décision, d'orientations et de prises en charge. C'est toute cette dimension des parcours qu'il est nécessaire de faire intervenir, en prenant en compte notamment les ressources dont disposent et que mobilisent à la fois intervenants, personne, et entourage. On voit que le champ d'investigation ouvert est étendu, et complexe.

Dans le cas de troubles d'apparence psychotique émergents, on observe des disparités dans les modalités et dans les conditions d'accès aux soins en psychiatrie. La visibilité des troubles, souvent invoquée comme première variable explicative de ces disparités, ne semble pas être seule en cause. Il faut s'interroger sur les contextes/facteurs qui aboutissent à l'amorce d'un contact et d'un suivi en psychiatrie, et qui serait justifié par les psychiatres par la détection d'un « profil de psychose ». Il s'agit donc d'identifier les logiques de recours à la psychiatrie en fonction des profils rencontrés et caractériser des facteurs qui influent sur les rapports à la psychiatrie.

On voit donc que dans cette recherche nous ne nous intéressons pas à l'émergence de la maladie ne tant que telle, mais *aux modalités de mise en relation d'anomalies repérées dans le comportement et du cadre de soins psychiatriques.*

2- Un dispositif de recherche original

Cette recherche sociologique, financée par l'appel d'offre du Programme Sciences biomédicales, santé, société 2003, et dont rend compte le présent rapport, a *quatre principaux objectifs* : comprendre le recours plus ou moins tardif aux soins, approcher le processus de qualification des troubles, comprendre le rôle de l'entourage, et rendre compte de la prégnance de la quête de sens dans ces contextes d'incertitude, ce qui suppose de faire intervenir la temporalité. Pour réaliser ces objectifs, cette recherche s'appuie sur un dispositif original par deux aspects. Le premier est le cadre de *collaboration pluridisciplinaire* dans lequel il s'est inscrit. Le second est le *double angle d'approche choisi, par les pratiques des professionnels et par les parcours des personnes*, qui permet de croiser les échelles d'observation.

Objectifs de la recherche

Comment se construisent les parcours des personnes pendant la période qui précède l'émergence des troubles psychotiques ? Comment la personne, son entourage et les différents intervenants impliqués réagissent-ils à l'apparition de signes éventuellement annonciateurs de troubles ? Quelle est la perception des intervenants et quelles opérations de catégorisation sociale mettent-ils en œuvre ? Qu'en est-il pour la personne, et pour son entourage ? Comment ces perceptions et catégorisations de différents acteurs interagissent-elles, en tenant compte également de variables liées à la situation sociale ? Quelles en sont les conséquences en termes d'orientation et de parcours ?

En traitant ces questions, cette recherche cherche à dessiner un contexte de la prise en charge des « problèmes » de l'adolescence, à mieux comprendre les différents parcours possibles, tant du point de vue des professionnels que de celui des patients et de leur entourage.

Comprendre le recours plus ou moins tardif aux soins

Par cette recherche, il s'agit de comprendre quels éléments déterminent le recours plus ou moins tardif aux soins, qui est abordé par les cliniciens par la notion de *Duration of Untreated Psychosis* (DUP), définie plus haut. En effet, parmi les patients pris en charge hospitalisés après un premier épisode psychotique, on s'aperçoit que pour certains, le repérage de troubles par l'entourage a eu lieu très récemment, alors que d'autres ont depuis plusieurs années déjà des crises ou des troubles du comportements identifiés, mais qui ne sont que rétrospectivement inclus dans une lecture psychiatrique. Si la visibilité du trouble (délire, troubles du comportement...) peut souvent être invoquée, elle est loin d'être la seule variable. Parmi les éléments à considérer également dans notre approche, on peut citer l'énonciation d'un diagnostic, et ses circonstances, mais également le rôle de la famille, et l'influence du milieu social d'origine, ou des caractéristiques du réseau social. En d'autres termes, les ressources matérielles, culturelles, sociales, de la personne et de son entourage, ainsi que des professionnels impliqués sont probablement des facteurs déterminants pour expliquer cette diversité.

Approcher le processus de qualification des troubles

Pour cela, il faut s'intéresser au processus de qualification des troubles. Quels intervenants sont impliqués, et quels paramètres interviennent dans la désignation de troubles comme relevant d'une pathologie psychiatrique ? Isaac Joseph insiste sur le caractère épisodique de la pathologie :

« Le traitement « communautaire » suppose que l'exposition de la folie soit intermittente du fait même que le malade n'est plus reclus (que son mal soit chronique ou aigu) mais circule plus ou moins librement dans l'espace public ou dans les différents circuits banalisés de l'assistance à la personne. Autrement dit, la socialisation du regard clinique, conséquence du désenfermement, [...] concerne un être qui peut et doit changer de cadre de prise en charge, pour être assisté ou déposé ailleurs, dans d'autres mains... » (Joseph, 1996b, p.108).

Dans cette recherche, la pathologie psychiatrique est considérée dans son *émergence*, et non comme un attribut identifié et défini de la personne. Elle est donc conçue comme le *terme d'un processus*, à la faveur duquel un ensemble de troubles se trouvent perçus et identifiés à la fois comme pathologiques et comme psychiques, et nous interrogeons sur les mécanismes qui amènent à cette émergence. Strauss distingue le cours de la maladie et la *trajectoire*, qui : « a [...] la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss, 1992). Dans cette recherche, nous nous situons au tout début d'une telle trajectoire, qui peut d'ailleurs pour certains s'arrêter rapidement. Il ne s'agit pas ici de mettre en évidence une carrière au sens de Goffman (1968). Cette notion implique le passage à un statut de « malade mental », lors de l'hospitalisation. Or, ce n'est pas l'entrée dans le statut de malade mental qui est en jeu dans notre étude mais plutôt l'instauration de différents modes de rapports à la psychiatrie. Même si les types de rapports avec la psychiatrie que l'on peut identifier sont en partie liés à ce statut de malade mental, ils s'en distinguent par la variété des « places » qu'ils occupent dans le contexte de vie des personnes, et de leur entourage (Verhaegen, 1985). Afin de rendre compte de cette fluidité des parcours, nous utiliserons des notions telles que la trajectoire développée par Strauss ou la ligne biographique définie par Albert Ogien.

On peut donc considérer, à la suite de Albert Ogien (1986), que « la procédure de désignation est une activité pratique orientée vers une certaine fin à laquelle participe un groupe spécifique d'acteurs pris dans des circonstances sociales localisées ». Il semble alors nécessaire d'interroger les processus par lesquels un ensemble de comportements, qualifiés d'anormaux ou de déviants, se trouvent caractérisés comme pathologiques. Cette étude nous conduit à nous interroger sur les contextes d'émergence de comportements jugés comme problématiques, les cadres de leur perception, les schèmes dans lesquels ils sont peu à peu inclus, et les recours auxquels ils aboutissent. Tout cela est à mettre en lien avec les ressources (matérielles, sociales et culturelles) dont disposent les différents acteurs impliqués, de leurs horizons d'attentes et des bénéfices attendus des différents recours. De plus, ces jugements sociaux émis au cours de cette période s'accompagnent de possibilités d'action plus ou moins importantes selon les situations et les acteurs en fonction des pouvoirs de négociation et de contrainte des différentes instances d'intervention.

Comprendre le rôle de l'entourage

Il faut également mieux comprendre le rôle joué par l'entourage, et notamment la famille, dans cette période où il est très important. Si on sait peu de choses précises sur le rôle de la famille, de nombreux indices témoignent d'une implication massive, en particulier dans cette période qui précède le début des troubles psychotiques. Dans une enquête réalisée auprès des familles adhérentes à l'Unafam, Martine Bungener (1995) montre que les familles ont perçu la maladie comme commençant bien avant la première hospitalisation. On peut penser que la tolérance différentielle du milieu familial a des conséquences sur le recours plus ou moins tardif aux soins, et sur la suite de la prise en charge. Il s'agit donc de voir quel rôle l'entourage joue dans le repérage, et ensuite.

Quête de sens, incertitude et temporalité

Enfin, l'incertitude traverse l'ensemble des questions de cette recherche, car elle touche tous les intervenants. Prendre en compte ce contexte d'incertitude nécessite l'introduction de la dimension temporelle, qui joue sur les différentes étapes qui conduisent les acteurs en présence à redéfinir les situations. Ces étapes constituent de véritables enjeux dans la négociation des modalités du travail psychiatrique. On peut mettre en évidence les étapes suivantes :

- « *Il se passe quelque chose* » : il s'agit d'un préalable à la recherche d'aide. On ne peut pas parler à proprement parler à ce moment de reconnaissance des symptômes, puisque la grille de lecture des événements faisant difficulté n'est pas forcément en termes de pathologie mentale.
- « *Il faut faire quelque chose* » : plusieurs types de solutions sont envisagées. Si par exemple, s'expriment des difficultés dans le domaine scolaire, la solution peut être dans un premier temps recherchée dans ce domaine.
- « *Le jeune doit ou peut aller voir un psy* » : Les attentes des uns et des autres concernant ce choix sont là encore diverses, si bien que l'on ne peut pas non plus parler de reconnaissance des symptômes de manière systématique puisqu'il s'agit plus d'hypothèses.
- « *Le jeune est malade, il faut le soigner* » : Il y a une reconnaissance du caractère pathologique mais avec un horizon ouvert sur une guérison potentielle : le pathologique est alors encore potentiellement réversible.
- « *Le jeune souffre d'une maladie grave dont on ne pourra pas le soigner, en tout cas pas totalement* » : Le pathologique n'est plus réversible. Les troubles sont envisagés sous l'angle de perturbations durables des inscriptions sociales, et de la prise en compte de la dépendance. Il faut aménager, adapter... Notons que pour les personnes rencontrées, une incertitude subsiste toujours, ce qui est peut-être lié à la durée relativement limitée de contact avec la psychiatrie.

Contexte institutionnel : une collaboration entre disciplines et entre institutions

Ce projet s'inscrit dans un dispositif de collaboration pluridisciplinaire, qui a amené cliniciens, chercheurs en sciences sociales et chercheurs en psychiatrie à travailler ensemble. Cette collaboration a pris place dans un service hospitalo-universitaire couplé à un secteur psychiatrique².

L'histoire de la constitution de ce dispositif permet de mieux en cerner les enjeux. La mise en place d'un réseau de santé a été engagée dans le 15^{ème} arrondissement, lieu de réalisation du travail de terrain. Destiné à améliorer la détection et la prise en charge précoce des épisodes psychotiques, il s'inscrit dans le mouvement d'intérêt pour cette période qui a été exposé plus haut. Le réseau vise à sensibiliser les systèmes d'alerte et de soin afin de repérer les sujets dès les premiers symptômes, parmi la population d'adolescents ou d'adultes jeunes. Son principe repose essentiellement sur l'idée qu'il faut une mutation des pratiques et des systèmes de soins, alliant des stratégies d'éducation des personnels de santé et acteurs sociaux et un partenariat accru entre eux. Le réseau Prepsy³ est conçu comme une « *structure charnière entre l'hôpital et la ville, elle [la structure du réseau] a pour mission de susciter de nouveaux modes d'organisation et de coopération entre les partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux, autour du dépistage des troubles psychiques, dont la schizophrénie* »⁴. Piloté par un psychiatre, ce réseau s'adresse avant tout aux médecins généralistes. Il vise à améliorer la détection par les généralistes de la présence de troubles de types psychotiques chez les adolescents et les jeunes adultes, et à les inciter à recourir au secteur de psychiatrie adulte, pour une expertise ou pour une prise en charge. Au moment de l'enquête, le réseau n'en était encore qu'à ses débuts. S'il avait reçu un financement important, il n'aurait pas un caractère effectif hormis l'attention professionnelle des psychiatres impliqués dans le projet et l'organisation éparse de points de contacts avec d'autres professionnels non spécialistes, comme les médecins scolaires ou des médecins généralistes.

En parallèle, une équipe de psychiatrie⁵ rattachée au SHU du même secteur a mis en place une étude clinique. Celle-ci visait à évaluer et valider des outils cliniques et neuropsychologiques pour l'évaluation des « états mentaux à risque », ce que permettent de faire plusieurs « échelles » de mesure élaborées par des programmes de recherche similaire pionniers dans le domaine de l'intervention précoce. L'équipe de sociologue⁶ s'est initialement inscrite dans ce dispositif afin d'améliorer la connaissance de la situation, avant la mise en place des programmes. Les sources de financement de ce dispositif était également diversifiées : la MiRe-DREES pour la partie sociologique, la MGEN pour la partie clinique, et la FAQSV pour le réseau.

L'inscription de la recherche dans une collaboration avec des équipes psychiatriques a joué un double rôle dans le déroulement du travail de terrain. D'une part, il a grandement facilité l'accès au terrain. Le dispositif de recherche s'est en effet imbriqué avec ceux des partenaires. Les jeunes rencontrés ont été contactés lors de leur participation à la recherche clinique, et les membres du réseau ont constitué un point d'entrée chez les médecins généralistes libéraux. D'autre part, il a

² le SHU et le secteur 75G14, dirigé par Jean-Pierre Olié, à l'hôpital Sainte-Anne.

³ Coordonné par Guy Gozlan.

⁴ Voir www.prepsy.org

⁵ L'unité Inserm E0117, dirigée par Marie-Odile Krebs.

⁶ Rattachée au Cesames (Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société), laboratoire de sciences sociales CNRS-INSERM-Paris5, dirigé par Alain Ehrenberg.

constitué une incursion dans le monde de la psychiatrie publique, notamment sur la façon dont y est envisagée la prise en charge des patients psychotiques. Cette incursion s'est faite au cours des comités de pilotage, mais également en assistant à des présentations cliniques dans le service, et en consultant quelques dossiers de patients. Ces données ont donc informé l'ensemble du travail de terrain, et ont pu être mobilisées lors des entretiens avec les professionnels libéraux, et avec les jeunes et leur entourage.

Aborder la question par deux angles

Du fait de la nécessité de comprendre des processus complexes et mal connus, nous avons adopté un double angle d'approche. Le premier volet de la recherche s'intéresse aux pratiques et représentations des professionnels extérieurs à la psychiatrie, sur un territoire donné. En développant une approche en grande partie exploratoire, il s'agit de mieux connaître de l'implication des différents intervenants dans la prise en charge en la santé mentale, et notamment de deux types de professionnels : les médecins scolaires et les médecins généralistes. Comment définissent-ils les populations concernées, quels sont leurs attitudes vis-à-vis de la question du diagnostic par exemple, et leurs pratiques de repérage et d'orientation. Pour répondre à ces questions, la méthode adoptée a consisté à croiser une approche quantitative, par questionnaires auprès des médecins généralistes de l'arrondissement, afin de disposer d'une première vision d'ensemble de leur position et de leurs pratiques, et une approche qualitative, par entretiens.

Le second volet de la recherche a cherché à typifier les parcours de patients au début d'une prise en charge qui fait suite à un premier épisode psychotique. Pour aborder la complexité de ces parcours, nous avons réalisé des entretiens avec les patients eux-mêmes, mais également avec leur entourage, notamment parental, et éventuellement les autres intervenants impliqués. Cela nous a permis d'analyser, pour un même événement ou un même parcours, la perception des différents acteurs, et les processus de décision. Nous avons également prêté une attention particulière au sens que les personnes impliquées donnent à ce qui se passe, dans le contexte d'entrée en contact avec la psychiatrie. Cette dimension de « quête de sens » est en effet extrêmement présente dans cette période marquée par une grande incertitude.

Du fait de ce double angle d'approche, et de notre volonté de saisir les processus dans leur complexité, nous avons également combiné les modes d'observations. Cela nous a permis de poser notre regard à différents niveaux d'observation : l'échelle de l'arrondissement, avec l'analyse des dispositifs d'intervention à l'adolescence et des pratiques des généralistes, l'échelle des interactions des généralistes avec leurs collègues et avec les patients, et enfin autour du parcours, l'expérience des différentes personnes impliquées.

3- Données recueillies

Les données qui ont été recueillies au cours de cette recherche témoignent, par leur richesse et leur diversité, de l'approche multiple adoptée dans cette recherche. Nous présentons ici la méthode adoptée, les spécificités liées au déroulement du travail de terrain étant détaillées dans chacune des deux parties du rapport.

L'enquête auprès des professionnels

L'enquête auprès des professionnels a combiné trois approches.

Etude exploratoire sur les dispositifs d'intervention à l'adolescence

Une étude exploratoire a été réalisée afin de cerner les différentes institutions qui interviennent sur l'adolescence dans l'arrondissement. Ce travail de terrain de repérage des institutions amenées à accueillir des adolescents sur le territoire d'enquête a été engagé un peu avant les autres approches, afin de mieux cerner ce paysage de prise en charge. Elle a consisté en un repérage systématique de ces institutions sur le territoire étudié, et à visiter plusieurs d'entre elles.

Enquête par questionnaire

Une enquête par questionnaires a été réalisée auprès des médecins généralistes de l'arrondissement. Il s'agissait de disposer d'une information représentative sur les pratiques de repérage et d'orientation de ces médecins, et sur leurs connaissances et rapports avec les institutions psychiatriques.

Le questionnaire a été élaboré par l'équipe de sociologues, puis revu avec le comité de pilotage de la recherche. Il a été validé après un test auprès de quatre médecins généralistes. Sa passation durait environ 15 minutes, et était rémunérée 30 euros.

Il aborde six grands thèmes :

- les pratiques des médecins vis-à-vis des patients présentant des troubles psychologiques ou du comportement, notamment des critères qui décident du suivi ou de l'orientation.
- les pratiques de recours à des professionnels privilégiés pour les soins en psychiatrie
- les sources d'information des médecins sur les troubles psychologiques et psychiatriques
- la connaissance et l'utilisation des structures de soin psychiatrique
- les critères d'orientation des jeunes adultes vers une prise en charge en psychiatrie et la fréquence des orientations effectuées
- les difficultés rencontrées lors d'orientations en psychiatrie et améliorations proposées

La démarche a été annoncée par lettre à tous les médecins généralistes de l'arrondissement, par un courrier intercalé avec ceux adressés dans le cadre du déploiement du réseau Prépsy. Il était proposé au médecin de répondre par téléphone, mais en laissant la possibilité d'une passation en face à face, ou par écrit.

La population source de l'enquête était constituée de l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans l'arrondissement, dont la liste a été obtenue par les pages jaunes. Les médecins

généralistes ont d'abord été informés de l'enquête par courrier, puis contactés par téléphone par un des membres de l'équipe de recherche. Les médecins qui acceptaient de répondre avaient le choix entre une passation par téléphone, ou en face à face. Pour la plupart, ils ont choisi la première solution. Des 191 médecins généralistes de la liste initiale, 53, soit 30%, n'ont pas pu être contactés après trois appels. Parmi les 138 médecins généralistes qui ont pu être joints, 48 ont acceptés de répondre au questionnaire, ce qui correspond à un taux d'acceptation de 35%.

Les 48 questionnaires remplis représentent, au final, 25% de la population source initiale. L'échantillon de l'enquête a une répartition par sexe proche de celle de la population des médecins généralistes exerçant en Ile-de-France, avec 56% d'hommes. La moitié des médecins de l'échantillon a obtenu sa thèse depuis plus de 20 ans, et la même proportion exerce dans l'arrondissement depuis plus de 15 ans. Il semble donc que dans notre échantillon, les médecins généralistes ayant une longue pratique soient surreprésentés par rapport à la population de médecins généralistes francilienne. Nous n'avons pu disposer de données afin de comparer les répondants aux non-répondants.

Les questionnaires ont été codés puis analysés à l'aide du logiciel SPSS. En raison de la taille de l'échantillon, l'analyse a été essentiellement descriptive, et nous avons procédé à peu de croisements.

Présentation du corpus d'entretiens avec les professionnels

Des entretiens semi-directifs ont été conduits avec l'ensemble des médecins scolaires de l'arrondissement, et avec plusieurs médecins généralistes. Il s'agissait d'avoir un accès plus fin aux pratiques de repérage et d'orientation des médecins généralistes, et aux règles et critères qui guident ces pratiques.

Nous avons ainsi réalisé 12 entretiens avec des praticiens libéraux. Nous avons par ailleurs rencontrés 3 des 4 médecins scolaires en poste dans l'arrondissement. Enfin, nous avons réalisé un entretien avec le psychiatre responsable du centre d'évaluation, également praticien libéral.

Le recrutement pour les entretiens s'est fait selon diverses sources. Disposant d'une liste de l'ensemble des thérapeutes de l'arrondissement que nous contactions dans le cadre du questionnaire, l'ensemble des membres de l'équipe impliqués dans sa passation s'efforçait d'obtenir un rendez-vous pour un entretien. Ainsi, la passation du questionnaire a permis de rencontrer 7 des 12 praticiens libéraux de notre échantillon. Une fois ce premier contact institué, nous nous en sommes remis pour partie au réseau d'inter-connaissance reliant les praticiens entre eux. Le praticien généraliste en charge de l'implantation du réseau Prépsy nous a particulièrement aidé, notamment en mettant à notre disposition ses différents réseaux, ce qui nous a permis de recruter 3 nouveaux interlocuteurs.

Nous avons cherché à constituer un panel varié de médecins, à défaut d'être représentatif. Nous avons ainsi rencontré 5 praticiens de secteur 1, 6 de secteur 2, et 2 praticiens non conventionnés. Les praticiens de secteur 2 sont donc sur-représentés⁷, ce qui tient, nous semble-t-il, à une question organisationnelle et à des contraintes d'emploi du temps. Les entretiens obligeant le praticien à réserver une plage horaire d'une heure, les praticiens de secteur 2 semblaient plus

⁷ Ils représentent près de 55 % de l'échantillon, là où ils constituent 28,6% des praticiens libéraux d'Île de France.

enclins à accepter. Nous avons également pris garde à pouvoir mesurer les effets du sexe, en rencontrant 5 femmes et 7 hommes⁸.

Les entretiens se sont déroulés au cabinet du thérapeute, et ont duré de 30 minutes à plus d'une heure trente, la moyenne s'établissant autour d'une heure. Les médecins scolaires nous ont généralement accordé des entretiens approfondis de deux heures. Visiblement intéressés et confortés par l'intérêt que nous pouvions porter à leurs pratiques et à leurs conditions d'exercice, la plupart des praticiens ont adopté une posture collaborative lors des entretiens, acceptant de nous livrer un grand nombre d'informations, s'efforçant de vérifier leur exactitude, etc. Un médecin a ainsi vérifié l'ensemble des données qu'elle nous livrait en consultant le dossier du patient dont elle narrait l'histoire.

Lors des entretiens, il s'agissait de ne pas établir le discours psychiatrique en étalon des autres discours, et de tenir compte de la logique spécifique des actions de chacun des intervenants que nous avons rencontrés. De façon générale, nous nous sommes efforcés d'éviter de mobiliser un vocabulaire psychiatrique, afin de permettre aux intervenants de décrire le plus précisément possible leur perception et leur ressenti des troubles de leurs patients.

Le guide d'entretien abordait... et sollicitait le récit de cas. Nous avons ainsi recueilli 18 récits de cas auprès des médecins généralistes. Les médecins scolaires nous ont pour leur part livré 8 récits de cas.

Enfin, on peut signaler que les médecins généralistes nous ont très rarement livrés un diagnostic au sujet des patients dont ils nous narraient l'histoire. De plus, beaucoup déclarent avoir perdu trace de ses patients, comme en témoignent cette remarque :

« De toute façon, ce sont des patients très volatiles, c'est dur de savoir ce qu'ils deviennent, et de rester en contact ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les récits de cas que nous avons pu enregistrer ne font donc pas état de l'ensemble de la trajectoire de soin du patient, mais de ses débuts, et notamment des tentatives du médecin pour parvenir à faire adhérer le patient à une prise en charge psychiatrique.

L'enquête auprès des jeunes et de leur entourage

Du fait du type de questions posées sur les parcours des jeunes, il était nécessaire d'adopter une approche compréhensive, qui considère l'ensemble de l'expérience de la personne et lui accordent une place centrale. On dispose ainsi d'un cadre de référence qui peut prendre en compte la complexité des interactions entre les différents acteurs et les processus en jeu. Cela permet de réfléchir aux modes d'inscription de certains aspects de l'expérience de la personne, tels que l'apparition de signes difficiles à interpréter, dans l'ensemble de son expérience, dans son contexte social et dans son histoire individuelle, ce qui suppose notamment d'adopter une perspective diachronique. En rencontrant également l'entourage des personnes, notamment la famille et éventuellement des amis proches et d'intervenants, dans la mesure du possible, on

⁸ Ce qui surreprésente les femmes. Le rapport de l'URML indique, pour l'Île de France, un pourcentage de 25,9% de femmes, contre environ 45% dans notre enquête.

pourra croiser les regards sur les mêmes événements, et disposer ainsi d'une vision très riche des processus impliqués dans les parcours.

Le guide d'entretien élaboré avait deux caractéristiques : il visait à explorer largement le parcours dans le temps et dans l'espace, et une attention particulière était portée aux termes que la personne pour décrire ses difficultés. La réalisation des entretiens avec les patients et leur entourage s'est étalée sur une plus longue période, en raison du caractère délicat de la démarche, et de la grande attention portée à la qualité des données recueillies. Des guides d'entretiens sociologiques ont été élaborés par l'équipe de chercheurs après la réalisation de quelques entretiens exploratoires auprès de patients et de familles déjà suivis depuis plusieurs années.

Les patients sélectionnés étaient soit des patients vus lors d'un 1^{er} épisode dans le service d'hospitalisation du terrain d'enquête, soit des patients vus dans le cadre d'une évaluation de sujets à « haut risque » de schizophrénie. Ils se sont vus proposer de rencontrer un sociologue de l'équipe, qui les a rappelé pour présenter la recherche et, s'ils en étaient d'accord, convenir d'un rendez-vous. Une seule personne a refusé. Au terme de l'entretien, l'enquêteur sollicitait l'accord de l'enquêté pour rencontrer ses parents, et toute autre personne de son entourage qu'il considérait comme ayant été particulièrement « aidant ». Ont ainsi été rencontrés, pour chaque patient, au moins l'un des parents, souvent les deux, et le plus souvent également d'autres personnes telles que frère, sœur, pair, mais aussi psychologue.

Le corpus ainsi recueilli est d'une extrême richesse, puisqu'il permet de multiplier les points de vue sur chaque situation. De plus, les entretiens ont lieu à un moment charnière de leurs trajectoires, c'est à dire au tout début d'un éventuel itinéraire de prise en charge psychiatrique, où les patients comme leurs proches sont confrontés à des perturbations majeures qu'elles tentent de comprendre pour y avoir prise, dans un contexte d'isolement social plus ou moins marqué.

4- Plan du rapport

Ce rapport est organisé en deux grandes parties, qui correspondent aux deux approches mises en œuvres. **La première partie du rapport** s'intéresse donc aux professionnels. Elle se décompose en trois chapitres. **Le premier chapitre** vise à replacer le secteur psychiatrique dans l'espace d'intervention de la prise en charge de l'adolescence. Il montre en particulier que l'élaboration d'un projet de repérage des troubles psychiatriques au moyen d'un réseau de soutien aux médecins généralistes et l'organisation de circuits privilégiés par le biais d'une consultation d'évaluation prend place dans un espace social plus vaste des interventions sur l'adolescence, dont le secteur psychiatrique ne constitue qu'un élément. Ce chapitre permet d'inscrire la problématique de la recherche dans la question de la prise en charge de l'adolescence, effectuant ainsi un déplacement par rapport à la perspective uniquement psychiatrique. On se situe alors dans un espace plutôt éducatif et social. Dans cet espace, les professionnels s'occupent également de « problèmes » de l'adolescence, mais ils utilisent d'autres grilles de lecture. Ils font intervenir la psychiatrie dans un type de situation particulier : lorsqu'ils sont débordés. **Le deuxième chapitre** s'intéresse à l'institution scolaire face aux jeunes présentant des troubles d'apparence psychotique. L'analyse sur les médecins scolaires est une recherche exploratoire, qui vise à dresser un premier tableau et à proposer des pistes de recherche empiriques. Une analyse du mode de repérage des anomalies et de la désignation des comportements comme pathologiques y est proposée. Elle

s'attache particulièrement à décrire le rôle du médecin scolaire. **Le troisième chapitre** considère les pratiques des médecins généralistes et la façon dont les troubles psychiatriques émergent au cours du colloque singulier. Il propose une typologie des médecins généralistes rencontrés selon leur style de pratique. A partir de récits de cas, il propose une analyse des situations de détection des troubles et d'orientation, sous la forme d'une typologie des pathologies situationnelles.

La seconde partie du rapport est centrée sur les parcours de jeunes reçus pour une évaluation de trouble d'apparence psychotique. Elle comporte quatre chapitres. **Le premier chapitre** présente un retour sur la méthode employée, et les enseignements que l'on peut en tirer, sur la posture sociologique en générale, et sur les situations des personnes rencontrées. **Le second chapitre** aborde les configurations situationnelles au moment du premier contact avec la psychiatrie. Après une brève description des parcours des jeunes avant ce premier contact, trois types de premier recours à la psychiatrie sont identifiés. Dans le premier, les parents sont les principaux acteurs de la première orientation vers le champ psychiatrique, dans un contexte où dominant des inquiétudes et des tensions entre les parents et le jeune autour des résultats scolaires. Dans le second, c'est par l'hospitalisation à la demande d'un tiers que les ego connaissent leur premier contact avec le champ psychiatrique, à l'occasion de crises avec témoins. Dans le troisième, ce sont les ego qui sont les acteurs de leurs premiers contacts, dans un contexte marqué davantage par l'isolement et par la longue durée des troubles de la perception. Enfin, ce chapitre se conclut en illustrant la richesse de l'approche par unités pour comprendre les processus qui amènent à un premier recours à la psychiatrie. **Le troisième chapitre** porte sur les rapports qui s'établissent avec la psychiatrie après le premier recours, au cours du travail psychiatrique. Dans quelles conditions les personnes retournent-elles ou non consulter un professionnel du champ « psy », à quelles conditions les personnes acceptent-elles ou non de s'engager dans les pratiques discursives accompagnant le plus souvent l'exercice psychiatrique, à quelles conditions s'engagent-elles ou non dans des pratiques de consommations médicamenteuses ? Ce chapitre analyse également la place qu'occupent les parents dans l'engagement dans des rapports avec la psychiatrie. Enfin, **le quatrième chapitre** présente une analyse des hypothèses explicatives élaborées par les jeunes et par leur entourages sur ce qui leur arrive, dans un moment où la quête de sens est omniprésente. Un lien y est établi entre la nature de ces hypothèses et la durée de l'engagement dans le travail psychiatrique.

Première partie

REPERER LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

« Le désenfermement expose le fou au regard, au jugement et à la responsabilité non du seul psychiatre ou du personnel hospitalier, mais aussi bien de son entourage familial ou professionnel, de son voisinage, des agents de services publics qui le prennent en charge. L'impératif d'intervention et le jugement clinique de personnes qui ne sont pas pour autant formées à déchiffrer ces symptômes brisent le monopôle d'imposition du langage psychiatrique et mobilisent des cadres de jugement qui précèdent et instruisent la consultation médicale » (Joseph, 1996a, p.17).

PLAN DE LA PREMIERE PARTIE

La question du repérage des troubles psychotiques émergents est en général portée par l'institution psychiatrique. Il fait cependant nécessairement appel au regard d'autres professionnels qui ont en charge des jeunes et adolescents. C'est dans cette perspective de collaboration entre professionnels, que des réseaux de détection précoce sont mis en place. Pour autant, des tels projets prennent place aussi parmi les autres dispositifs sociaux, scolaires, éducatifs, qui ont vocation à prendre en charge des adolescents.

C'est pourquoi **le premier chapitre** de cette partie propose de mettre en perspective le projet de la détection précoce des troubles psychotiques, par rapport aux différents dispositifs à destination des adolescents et réinsérer le « secteur » psychiatrique dans l'espace local.

Depuis l'avènement en France dans les années soixante-dix d'une politique territorialisée du traitement et de la prévention des maladies mentales, le « secteur » désigne un mode d'organisation des soins basé sur la présence d'équipes pluridisciplinaires de soins psychiatriques au plus près d'une population donnée. Dans ces conditions, la structure hospitalière est relayée au niveau d'une subdivision du territoire par les centres médico-psychologiques (CMP). Les individus résidant dans les secteurs peuvent s'adresser en priorité à ces structures locales, où les soins sont gratuits, pour leurs besoins en psychiatrie et de santé mentale. Le « secteur » est ainsi un espace où est censé se développer un modèle de prise en charge « désinstitutionnalisé » des troubles et de ses conséquences, qui s'appuie notamment sur une distribution de la gestion de la maladie mentale dans la population. Le terme de « politique de secteur » désigne cependant sous une apparente unité des situations institutionnelles très variées, et recouvre un ensemble hétérogène de pratiques et d'innovations dans la politique de soins psychiatriques. L'analyse de la psychiatrie en pratique doit donc s'appuyer sur la réalité effective du terrain⁹, et non se cantonner à l'étude des documents ou rapports officiels (Lovell, 1996, p.58).

La définition professionnelle de repérage des troubles psychotiques tend à concevoir les autres professionnels comme des « *sentinelles* » plus ou moins vigilantes à un ensemble de signes. Le projet du « réseau » est ainsi défini lors d'un entretien avec un des protagonistes non spécialistes, lui-même médecin généraliste : « *Organiser, à partir d'un numéro de téléphone simple, un système d'évaluation, pour essayer de discerner ce qui se passe. Ce qui n'implique pas nécessairement une prise en charge, c'est plutôt diagnostic, généralement il y aura un retour vers le généraliste.* ». En prenant de la distance avec ce mode d'appréhension unilatérale, il s'agit de montrer qu'il existe un ensemble d'*espaces d'action* qui ne recoupe pas bien souvent les limites physiques d'une institution donnée. Pour chacun, nous donnerons des éléments d'analyse à la question suivante : *comment et en quoi ces espaces d'action peuvent-ils être des « espaces cliniques » ?*

Postulant que la politique sectorisée de prévention et de traitement des troubles mentaux envisage que « *la société représente le locus premier de traitement et de vie quotidienne* » (Estroff, 1998, p.38) nous avons choisi de considérer l'ensemble des dispositifs comme étant susceptibles de devenir

⁹ Le sociologue Alain Ehrenberg (2004) souligne ainsi le manque d'intérêt empirique pour la psychiatrie telle qu'elle se fait.

des espaces de « visibilisation » des troubles. Nous avons cherché à éclairer le sens mis au recours à la psychiatrie (définie doublement comme savoir mais aussi comme institution de soins), à savoir de quelles façons la démarche se posait et comment les institutions tentaient d'y répondre.

La démarche adoptée ici a donc consisté à décrire ce régime où « *l'individu est "écouté" (...) selon des critères et des registres d'expertise différents qui attribuent à son expérience des formules différentes* » (Joseph, 1996a, p.17). Une telle analyse tient compte du fait que les dispositifs et les institutions explorées appartiennent à ce grand ensemble dit désinstitutionnalisé, au moins au regard de la problématique psychiatrique, et que dès lors les « *compétences permettant d'interpréter, de classer, de s'alarmer ou d'apaiser, de faire face à l'émergence de la folie, sont distribuées* » (Joseph, 1996a, p.18). En d'autres termes, nous voulons comprendre l'orientation en psychiatrie comme le résultat d'un certain travail effectué par les professionnels, mais également comme l'aboutissement d'un processus de « définition » des personnes à l'œuvre dans les différents dispositifs.

Dans un second chapitre, nous nous penchons plus particulièrement sur un des dispositifs de la trame de l'adolescence : l'école. Parmi les dispositifs qui prennent en charge des adolescents et sont susceptibles d'être un lieu de visualisation et de désignation de troubles, l'école occupe une place centrale. Qu'ils aient déjà été détectés, ou soient encore insidieux, les troubles s'expriment et se manifestent dans les multiples espaces qui constituent l'établissement scolaire. L'espace scolaire apparaît à ce titre comme un lieu d'émergence des troubles, ensemble de cadres et de lieux « *où peuvent surgir, pour pouvoir ensuite être désignées et analysées, ces différences individuelles qui [...] vont recevoir le statut de maladie, d'aliénation, d'anomalie etc.* » (Foucault, 1969). L'école constitue un espace au sein duquel un ensemble de comportements peuvent être perçus comme anomalies, venant troubler l'ordre et les règles de conduites en vigueur au sein de l'établissement, qui doit dès lors proposer une réponse adéquate. Cela implique que ces troubles soient interprétés comme relevant du domaine de la pathologie, ou de la déviance. Ces anomalies se répartissent de plus en différents espaces, de la salle de classe à la cour d'école, dotés chacun d'une logique spécifique, ce qui implique des divergences d'interprétations selon les situations.

L'école n'a toutefois pas pour vocation d'être un espace clinique. Si le corps médical y est tout de même présent, c'est, pour partie, à titre d'auxiliaire de l'institution scolaire. L'identification des anomalies et leur désignation comme troubles pathologiques du comportement fait donc problème. Les signes pathologiques, au sein de l'établissement scolaire, souffrent d'une importante ambiguïté, qui les situe à l'interstice de la maladie et de la déviance, et rend difficile la distinction entre l'anormal et le pathologique.

Le troisième chapitre déplace encore le point d'observation dans le champ du repérage, en s'intéressant aux médecins généralistes. Nous examinons l'émergence des troubles au cours du colloque singulier que constitue la consultation médicale. Nous interrogeons ainsi les déclarations de nos différents interlocuteurs pour tenter d'éclairer le déroulement de cette intervention, considérée dans l'analyse comme une situation relationnelle, et ses enjeux.

Nous analysons ensuite leurs propos afin d'étudier les modalités d'élaboration du diagnostic. Celui-ci apparaît alors comme intuitif, et notre hypothèse centrale est que la désignation des anomalies de comportements comme troubles se produit à la faveur d'*inconvenances situationnelles* plus ou moins graves. Une seconde hypothèse considère que la désignation des troubles s'opère lors de comportements venant compromettre la relation thérapeutique en induisant une *altération du lien* sur lequel elle se fonde. Cette hypothèse invite alors à considérer que la détection des troubles s'opère de façon privilégiée lorsque le thérapeute perd la maîtrise de son intervention.

Nous examinons alors les conséquences symboliques de cette altération qui vient troubler le déroulement de l'intervention et de l'action conjointe. Cette altération prenant des formes et une importance variables selon les situations, nous examinons en détail les processus à la faveur desquels elle se manifeste, et proposons de distinguer les processus de *ravage* et de *profanation*. Nous établissons ainsi, sur la base de ces analyses, et à partir des catégories diagnostiques employées par les intervenants, une typologie des *pathologies situationnelles* auxquelles sont confrontés les médecins généralistes et scolaires. Cette typologie nous permet d'étudier plus en détail les problèmes locaux et circonstanciés rencontrés par les thérapeutes, en fonction du cadre dans lequel se manifestent les troubles. Elle nous permet notamment de mettre en évidence les conditions d'accès au service de prise en charge psychiatrique et le travail figuratif requis du thérapeute. Elle permet ainsi de comprendre dans le détail les formes variées prises par le travail d'affiliation dont nous entendons rendre compte et la dispersion des premières étapes de trajectoire.

CHAPITRE I - L'ESPACE DU REPERAGE

1- Replacer le secteur psychiatrique dans les systèmes d'intervention à l'adolescence

Insérer le projet de détection précoce dans l'espace local des interventions

Notre point de départ a été l'unité territoriale que constitue un secteur de psychiatrie adulte. Par sa nature même de division géodémographique d'un territoire, le « secteur psychiatrique » prédéfinit une première échelle d'observation. Parce que les limites physiques du territoire des trois secteurs psychiatriques correspondent à l'unité restreinte de l'arrondissement parisien choisi pour l'enquête, elles semblent être les limites physiques de leur intervention. Pourtant, ce territoire est très distinct des autres aires administratives ou politiques qui peuvent le traverser. Par exemple, si l'on considère le seul point de vue de l'éducation nationale, le « bassin scolaire », qui détermine la répartition des élèves dans les lycées et collèges, forme un ensemble, assez changeant, qui englobe plusieurs secteurs psychiatriques distincts.

Pour se dégager de cet effet, plutôt que de figer le local, nous avons considéré les variations d'échelle qu'expérimente l'observateur. Comme le souligne Didier Fassin, « *en fonction des objets étudiés et des agents concernés, (...) l'extension du local pertinent ne p[eut] être identique* » (Fassin, 1996, p.26). Ce problème de la pertinence de l'échelle a été perçu très concrètement au cours du travail de terrain, lorsque par exemple on passe d'un dispositif de rue à une structure d'accueil d'urgence de nuit, ou à un foyer pour mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection, chacun de ces lieux renvoyant à une conception différente du « local ».

A l'unité apparente entre le secteur psychiatrique et le territoire de l'arrondissement, se substitue alors une image complexe où se combinent plusieurs sources d'hétérogénéité : les divisions politiques et administratives (les découpages des différentes institutions ne se superposent pas), mais également diversité des aires de recrutement des structures (car toutes les structures ne sont pas sectorisées).

Un premier recensement effectué avec la base de données du DERPAD¹⁰ montre que sur soixante-dix huit structures ayant trait à l'adolescence qui ont été repérées dans l'arrondissement de l'enquête, dix relèvent directement de la psychiatrie infanto-juvénile : trois ont un recrutement communal, un départemental, trois de type régional, trois de type national. Deux-tiers des structures de l'arrondissement relevant de la psychiatrie infanto-juvénile accueilleraient donc des enfants et adolescents issus de l'extérieur de l'arrondissement, qui relève d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

¹⁰ Le Dispositif Expert Régional pour les Adolescents en difficulté produit chaque année une base de données électroniques recensant sur la région île de France, l'ensemble des structures classées par missions et types de prise en charge, relatives à l'accueil et l'assistance aux adolescents dans divers domaines tels que la santé, la protection judiciaire, le champ pénal, le domaine éducatif dans son ensemble.

Il s'agit ici de s'intéresser à des intervenants de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont à l'extérieur du système de soins psychiatriques formel, et qui pourtant jouent un rôle important. Ils en constituent des agents « de facto » (Arrigo et Patch, 1999). Dans le cas de la prise en charge des difficultés psychologiques et des troubles psychiatriques à l'adolescence, on peut identifier plusieurs professionnels qui participent au système de fait du repérage : les personnels du secteur sanitaire (tels que les médecins généralistes), les professionnels du secteur éducatif (tels que les enseignants, les infirmières et médecins scolaires, les éducateurs spécialisés), et les professionnels du secteur judiciaire et social au contact avec des adolescents (tels que les juge pour enfants, éducateurs, assistante sociale, policiers, pompiers).

Des différents sens du local

Le contexte administratif parisien est complexe car il regroupe en une collectivité unique les compétences de la commune et du département. Dans ces conditions la notion même de *local* est variable et toutes les actions à l'échelle de l'arrondissement sont loin d'être le fait de structures politiques décentralisées à ce seul niveau territorial. L'organisation hospitalière elle-même fonctionne sur un territoire qui prend sens en fonction d'une politique d'allocation des ressources disponibles. L'hôpital Ste-Anne appartient ainsi au secteur sanitaire Paris-sud dans le cadre du schéma régional d'hospitalisation qui est mis en œuvre par les agences régionales d'hospitalisation.

Les termes d'institution et de dispositif employés dans ce rapport font d'abord référence à ce qui est repérable comme lieu identifié et appartenant à l'espace institutionnel médico-social et éducatif. Cependant, afin de pouvoir les analyser en ne s'appuyant pas seulement sur les objectifs officiels et les divisions administratives qui le classent habituellement, nous avons choisi de définir ces lieux comme les « lieux de traitement de l'identité adolescente ».

Il s'agit de lieux où s'organisent différents rôles et identités, et où les registres d'interventions¹¹ adoptés par les professionnels peuvent être multiples. Le registre « psy » est un de ces registres. De la manière dont nous l'utilisons, il ne fait ainsi pas exclusivement référence à une catégorie particulière de professionnels.

2- Dispositifs et institutions du repérage

Les « lieux de traitement de l'identité adolescente »

La trame¹² de la « santé des adolescents » dans le contexte de l'enquête se tisse entre plusieurs sortes de professionnels distincts. Les champs d'action (judiciaire, éducatif, sanitaire) de ces

¹¹ Par ce terme, en nous servant de l'analyse de Berger et Luckmann sur l'institutionnalisation, nous entendons des « modèles prédéfinis de conduites » qui sont en elles-mêmes des institutions, et qui « canalisent l'action dans une direction bien précise au détriment de beaucoup d'autres qui seraient théoriquement possible ». Ces registres appartiennent à des histoires partagées et il y a réciprocity entre typification institutionnelle et la « *typicalité des actions mais aussi des acteurs dans les institutions* » (Berger et Luckmann, 2002, p.78).

¹² Le concept de « trame » est introduit ici pour désigner des recouvrements entre différentes modalités de désignation et de traitement des problèmes et le fait que ces recouvrements sont signifiants. Il s'agit donc d'insister sur les liens entre ces différents espaces qui s'actualisent dans les rencontres entre professionnels. Le texte de l'adolescence, selon

professionnels se croisent, et tendent à adopter une thématique commune d'action à partir de l'inquiétude suscitée par les formes les plus graves de désinsertion sociale et les formes réitérées d'échecs institutionnels qui se focalisent notamment dans le champ de la désignation et de la prise en charge de la délinquance. Dans la demande d'expertise relative à l'adolescence, le registre psychologique tend à polariser l'attention et les demandes. Cette dynamique s'inscrit dans la suite de la constitution de l'adolescence comme groupe d'âges spécifiques et de période de la vie passible d'un traitement singulier. La dynamique de prise en charge des troubles mentaux à l'adolescence s'inscrit dans cette trame que l'on a identifiée sur notre terrain d'enquête.

En cherchant à décrire la scène institutionnelle, on est confronté à la disparité de structures qui appartiennent au système psychiatrique formel, d'autres qui ont des liens plus ou moins ténus avec ce dernier (médecins scolaire par exemple), d'autres enfin d'apparition récentes et plutôt d'avant-garde, construites spécifiquement autour de l'adolescent¹³. Ces dernière structures, qui viennent compléter des dispositifs jugés peu adaptés, ne sont parfois qu'en relation lointaine avec le système psychiatrique.

Sur le territoire de l'enquête, les institutions qui traitent de la question adolescente telles que l'école, les services sociaux de protection de l'enfance, ou bien les services de protection judiciaire de la jeunesse définissent des aires de recrutement et d'intervention très dissemblables. La scène institutionnelle locale dépasse donc l'arrondissement, mais également l'espace parisien, en raison de l'existence de dispositifs dépendants de l'administration de l'aide sociale à l'enfance du département de Paris qui dispose en effet de structures de prise en charge en région parisienne et en province¹⁴. De même, à l'échelle des collèges ou lycées du quartier, les populations accueillies ne résident pas systématiquement sur l'arrondissement. Ainsi, dans un lycée technique, un médecin scolaire rencontré au cours de l'enquête était confronté à une double contrainte lors d'orientation de jeunes vers une consultation en psychiatrie : la politique de sectorisation qui renvoie sur le centre proche du domicile et le trajet domicile-école qui ajoute à la difficulté d'accès.

« ... et puis trouver toutes les adresses pour trouver un planning sur le 91, un centre de vaccination sur le 93, un hôpital à tel endroit, proche du domicile du gamin, vérifier que les horaires d'ouverture sont compatibles avec leurs horaires d'arrivée. Parce que sinon les suivis se font pas. C'est vrai qu'ici les gamins qui habitent dans le 93, si on les adresse au CMP ici, ils y vont pas parce que leur première priorité c'est d'abord d'attraper leur train. Ce qui quelque part est concevable mais attraper leur train ça veut dire qu'ils arrivent tard, que les CMP sont fermés et que le samedi ça ne fonctionne pas forcément. »

(Médecin scolaire, lycée professionnel)

Plusieurs systèmes d'action et d'intervention à l'adolescence ont été identifiés, qui constituent cette trame de la santé de l'adolescent sur la scène locale. Alors que les dispositifs se répartissent habituellement entre action sanitaire, sociale et éducative, les systèmes d'action que nous avons

la formule de Didier Fassin, est donc analysé ici comme production collective d'éléments qui font référence. Voir aussi (Gonzalez et Nader, 2000).

¹³ Ce qui pose la question de la constitution d'un nouveau type de savoirs, de relations aux usagers adolescents, aux types de besoins constatés et aussi aux modes de réponses proposés.

¹⁴ Cette distance géographique engendre d'ailleurs une gestion complexe des problèmes posés aux secteurs de psychiatrie locaux concernés. Cf. "SDRIF, protection judiciaire de la jeunesse et établissement pénitentiaire", Note rapide sur le bilan du SDRIF, n°344, Octobre 2003, Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région île de France.

repérés sont solidaires de deux registres d'intervention, l'éducatif et le psychologique, qui peuvent être présents simultanément et qui ne recouvrent pas les distinctions entre les rôles professionnels formels.

Dispositifs éducatifs et scolaires, et psychiatrie d'intersecteur infanto-juvénile

Si l'on écarte la famille, les lieux d'inscription traditionnels de la jeunesse sont constitués par l'école et les dispositifs de socialisation formels ou informels (club de sport, ateliers...). La généralisation de la scolarité (obligatoire jusqu'à seize ans) et l'entrée au travail de plus en plus tardive font que l'école peut être considérée comme un des tous premiers dispositifs qui constitue le cadre où, à un moment ou à un autre, va émerger la question du « trouble ».

Comment est définie l'adolescence en 2004 ? Le rôle de la généralisation de la scolarisation des mineurs dans l'histoire de la structuration des rapports entre institutions est central et reste à la source des définitions des mesures publiques. L'obligation de scolarisation des mineurs de moins de seize ans impose de facto aux structures quelles qu'elles soient, au moins jusqu'à cet âge, un croisement avec le milieu scolaire. Mesures relatives à la population scolarisée et mesures relatives à l'enfance sont en grande partie conjointes. L'école est un des lieux de départ principaux de signalement des mauvais traitements infligés aux enfants, pour le plus jeune âge, et des troubles du comportement. L'école est aussi un lieu d'observation idéale qui est par ailleurs assumé comme tel par les professionnels du secteur de la protection de l'enfance.

« Ici c'est vrai que la plupart des demandes d'AEMO administrative sont faite par les assistantes sociales scolaires et que globalement nous on souhaite s'inscrire dans le cadre de la prévention donc intervenir avec des très jeunes. On a globalement l'expérience que des ados qui nous arrivent vers quatorze, quinze, seize, sont déjà en grosses difficultés et c'est déjà inscrit de façon assez massive dans l'histoire. »

(Educatrice, Secteur habilité ASE)

Aux dispositifs d'enseignement généraux et spécialisés (techniques ou du type internat pour handicaps physiques et mentales) peuvent être associées les structures médicales et associatives variées de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile a effectivement plutôt affaire à des troubles qui se détectent en milieu scolaire et qui ont trait aux processus d'apprentissage. Les interventions sont donc pour la plupart pensées en relation avec l'insertion scolaire.¹⁵ Ces structures sont amenées à suivre des jeunes depuis l'enfance en poursuivant souvent jusqu'à la fin de l'adolescence, notamment pour des raisons pratiques.

Peuvent également être inclus au niveau local des petites structures d'orientation ou de médiation liées à la famille et l'enfance appartenant au secteur habilité de l'aide sociale à l'enfance. L'administration de l'ASE s'appuie effectivement dans son action sur de multiples associations et dispositifs permettant la mise en œuvre des mesures éducatives individuelles ou plus collectives (famille, groupes de jeunes). Les mesures de placement sont soutenues par un important dispositif institutionnalisé de foyers dits de l'aide sociale à l'enfance où la part du secteur

¹⁵ Dans une enquête portant sur 2582 enfants français de 4 à 16 ans, les motifs de contact avec les spécialistes de santé mentale concernaient pour 37% des problèmes d'apprentissage à l'école et des difficultés de comportement et de discipline pour 26% (Voir Fombonne, Vermeesch, 1997).

associatif est prépondérante. Ces foyers de l'ASE accueillent des mineurs enfants ou « pré-adolescents » qu'ils peuvent accompagner durant l'adolescence, et parfois jusqu'à 21 ans. L'administration de la PJJ dispose d'un ou plusieurs centre d'action éducative chargé des mesures éducatives (dites en milieu ouvert) prononcées à l'égard de jeunes (10-21 ans) suivis sur l'arrondissement. La PJJ suit sur le plan éducatif les mineurs incarcérés.

Les services d'assistance ou de suivi éducatif sont en lien localement avec des structures médico-pédagogiques tels que les CMPP. Ce genre de relation peut être illustré par la situation relatée par une assistante sociale d'une association de médiation familiale et de suivi en milieu ouvert.

*« Justement ce matin, j'étais en synthèse pour un jeune enfant, le psychiatre, je travaille en collaboration avec lui, c'est le psychiatre qui supervise, par contre la thérapeute, on n'avait pas de lien ensemble. Par contre le docteur, on fait le point, quand il y a un souci dans le suivi de l'enfant... Ce qu'il attend de nous c'est un travail... qu'on fasse notre travail éducatif auprès des parents et qu'on aille dans le même sens, et là ça se passe bien parce qu'il y a une bonne collaboration. On est assez au clair... Moi ce que j'attends aussi de lui c'est qu'il apporte des éléments sur le plan psychique intéressant concernant les parents avec lesquels on travaille en AEMO et avec lesquels c'est compliqué pour **voir si l'enfant notamment est en danger sur un plan psychique ou pas**. Et apparemment c'est le cas. Depuis longtemps lui ce qu'il préconisait c'est une séparation avec les parents et un placement en internat. Les parents n'ont jamais accepté, il y a eu un travail de fait mais malgré cet étayage c'est un enfant qui continue d'aller mal et les parents continuaient d'aller mal. (...) Nous on va faire notre travail jusqu'à saisine du procureur et après c'est le juge pour enfant qui lors de l'audience va nous écouter, écouter la mère, le père, l'enfant et va donner une indication. Ce qui serait préconisé, c'est qu'il soit placé en internat spécialisé et comme les parents sont contre et comme visiblement ça va être quelque chose de très difficile à vivre, moi je pense que même l'AEMO administrative ne sera plus possible et vu l'absence de limite qu'ont l'un et l'autre je pense que c'est important que ce soit le service du juge qui puisse intervenir. »*

(Educatrice, secteur habilité ASE)

Dans le cas présent, c'est un lien fonctionnel qui s'instaure entre un service de suivi éducatif et le service de psychiatrie qui suit l'enfant. Le mal être psychique n'est pas un des motifs les plus récurrents dans les demandes de protection de mineurs (Dases, 2002) mais ici il est possible d'observer comment les catégories juridiques viennent déplacer l'objet de l'intervention du médical au domaine éducatif. On voit bien là que l'objet de l'intervention évolue avec le cadre par lequel il chemine. Dans cet exemple, il est défini dans le champ du mal-être par l'institution médico-psychologique, mais glisse vers la notion de danger tel qu'elle est utilisée dans le champ juridique.

Une autre situation exposée par un médecin psychiatre d'un centre de soin et de substitution pour toxicomanes met en œuvre une forme de gestion dans la pénurie (Thévenot et Quemada, 1999). La relégation en ville des problèmes sociaux aux portes des services de soins se trouve confrontée à une autre logique, celle des transformations technicistes des structures hospitalières¹⁶.

¹⁶ Ce que l'anthropologue Lorna Rhodes (1991) a décrit dans son étude sur une unité d'urgence psychiatrique aux Etats-Unis dans un contexte de diminution des lits. De 1975 à 1987, le nombre de lits sur l'ensemble des intersecteurs de pédopsychiatrie, a diminué de 40% (Kovess et al., 1995). Suivant les données exploitées des rapports des intersecteurs (Codelfy et Salines, 2003), de 1986 à 2000, le nombre de lits sur l'ensemble des intersecteurs de pédopsychiatrie a diminué de près de 70 %. En France, a pu être décrit également une diminution des hospitalisations à temps-plein et une augmentation des suivis en ambulatoire. En 2000, les suivis à temps complet ne

*« A un moment donné quand un adulte pose des problèmes d'ordre public ou pour lui-même et son entourage proche, il y a des procédures qui l'obligent ou qui peuvent le contraindre à des soins psychiatriques et pour un mineur c'est pas possible. Donc soit le mineur demande l'hospitalisation en psychiatrie et même pas ! Ce sont les parents du mineur qui sont susceptibles de se déplacer et demander l'hospitalisation en psychiatrie avec le mineur alors là peut-être que l'on peut trouver une place bien qu'on en manque cruellement, le parc hospitalier n'a pas d'endroits pour mettre ces adolescents. D'un autre côté, la procédure pour hospitaliser un mineur en détresse est extrêmement lourde. Quand on doit le faire parce que le mineur risque de passer l'arme à gauche ou d'avoir une conduite très risquée, on ne sait pas comment faire. Il y a le recours à une obligation provisoire de placement, c'est un truc extrêmement lourd et puis inscrit au casier judiciaire, enfin c'est pas facile. Quand on se fait hospitaliser en psychiatrie, c'est pas inscrit sur un casier judiciaire, c'est pas quelque chose qu'un employeur est obligé de savoir. **Un adolescent c'est le procureur ou rien.** »*

(Médecin psychiatre, Service accueil d'urgence)

La fonction asilaire de l'hospitalisation peut inversement être recherchée par les travailleurs sociaux qui peuvent y voir un lieu tiers jouant un rôle pacificateur, rôle que les professionnels de la psychiatrie sollicités refuse de jouer en prenant distance avec les problématiques professionnelles.

« Et donc souvent se pose la question de l'hébergement. Ils ont parfois un peu de mal [les professionnels] qu'une hospitalisation c'est pas de l'hébergement plus du soin, c'est pas du soin autour d'un hébergement autour d'un lit mais une réponse thérapeutique spécifique, particulière avec ses avantages et ses inconvénients. Eux ils se disent, il va être là, ils pensent à l'hébergement, il va recevoir des soins et c'est parfait. Ils ont parfois du mal à comprendre pourquoi une hospitalisation non seulement est inutile mais n'est pas souhaitable. (...) »

(Médecin, Service psychiatrique spécialisé pour adolescents)

La psychiatrie joue alors un rôle de tiers modérateur¹⁷ pour les acteurs en place que ce soit au niveau des équipes médicales centrées sur les pathologies identifiées ou des équipes éducatives. Dans ces conditions les structures d'avant-garde spécifiquement orientées vers une médecine de l'adolescent tendent à définir des modalités de coopération interprofessionnelle.

« Les demandes [des professionnels d'autres structures] sont toujours justifiées dans le fond c'est à dire dans la perception d'une souffrance de l'adolescent (...) Elles sont parfois injustifiées dans l'attente de la réponse. Un foyer de la PJJ va être en difficulté avec un ado et ils vont attendre qu'on l'accueille, qu'on le traite et qu'on les soulage pour un temps. (...) Un ado peut être violent, peut être en conflit parce que son projet est pas clair, par ce qu'il est pris dans une logique qui l'annihile et le disqualifie et qu'on va pas l'entériner en l'hospitalisant sur ces éléments là. Alors je veux dire ça se parle, ça se discute, ça se négocie, tac ! vous repartez avec votre ado, c'est pas une bonne idée, c'est pas une bonne indication, (...) d'où

représentait que 2% de la file active. L'hospitalisation des mineurs en psychiatrie n'est pas la règle et sur cette proportion qui représentait 10 000 jeunes patients, 64% ont connu une hospitalisation qui a constitué pour un tiers leur seul mode de prise en charge. Si le contexte de transformation de l'institution hospitalière et de l'offre d'accueil et de soins importe, cette contrainte pratique ne suffit pas à résumer le contexte de prise en charge en France dans le domaine de la maladie mentale et les pratiques professionnelles ont pu intégrer l'idée qu'il fallait éviter toute coupure avec le milieu familial partageant en cela la norme qui semble prévaloir au sein de la protection des mineurs en France.

¹⁷ Comme cela a pu également être montré par le sociologue Michel Joubert (2003) sur d'autres terrains.

parfois une déception, « ils nous les prennent pas ! » alors que nous on va proposer tout un travail d'accueil, qu'il vienne et que qu'en même temps le lien avec l'équipe éducative soit pas rompu »

(Médecin, Service psychiatrique spécialisé pour adolescents)

Dans ces situations de coopération, on peut voir l'expression de concurrences entre des légitimités professionnelles, mais également des enjeux d'articulations et de compétences entre les acteurs, ce que le sociologue Isaac Joseph appelle "*l'hybridation des cultures professionnelles et des compétences, la mise en réseau des langages experts et des savoirs pratiques*" (Joseph, 1996b, p.110).

Dispositifs d'accueil « bas seuil »

Ces dispositifs appartiennent à un ensemble où l'action prend comme référence le modèle de l'accueil "ouvert" des urgences hospitalières c'est à dire des lieux organisés de telle sorte que c'est la demande qui définit avant tout le cadre d'interaction avec les professionnels. Cette catégorie de dispositif fait référence avant tout à un mode de fonctionnement d'accueil indifférencié, une forme déconventionnée de la rencontre entre les professionnels et les « usagers ». Initialement conçues pour répondre aux urgences vitales tels que les accidents de la voie publique, ou aux autres pathologies dont l'évolution rapide nécessite une intervention médicale dans un délai très court (Joseph, 1996b), les urgences hospitalières ont pu attirer progressivement un public par ce type d'accueil caractérisé par une accessibilité sans autre critère que la demande elle-même (Couilliot et al., 2001).

C'est pourquoi, dans le cadre de notre analyse sur les dispositifs amenés à traiter de la question adolescente et des adolescents, figurent différents lieux qui ne relèvent pas uniquement du domaine médical. Ces lieux forment plutôt, avec le domaine médical, un système d'action qui se distribue du lieu d'accueil et banalisé d'écoute (Fassin et Ferre, 2001) aux dispositifs associatifs qui prennent au besoin les individus en "dépôt". Les urgences médicales des hôpitaux peuvent figurer ici. Ces dernières sont effectivement les points d'entrée les plus connus du système psychiatrique formel mais forment également des lieux d'orientation qui n'y aboutissent pas systématiquement. Les urgences hospitalières peuvent être incluses dans ce type de dispositif au regard du problème psychiatrique dans la mesure où leur organisation ont pu favoriser des formes de rencontre qui satisfont aux conditions d'expression des troubles ou aux besoins ressentis inopinément par rapport aux temps institutionnels plus programmés.

Les structures « bas seuil » repérées s'insèrent dans des projets propres aux associations (éducatif, social) mais les personnels peuvent se trouver face à des situations conflictuelles ou compliquées par des troubles psychiatriques sans que la prise en charge sur place puisse en tenir compte de façon appropriée. Il faut d'ailleurs noter que les situations conflictuelles ne sont pas à associer systématiquement avec troubles psychiatriques et que les jeunes qui posent le moins de problème ne sont pas sans être à risque éventuellement au regard de la problématique psychiatrique. L'association violence/troubles psychopathologiques pose question tant quant à l'importance de leurs liens éventuels mais surtout par la demande qui est formulée de trouver une réponse sur un registre psychologique ou médical à des situations sociales complexes (Tursz et Rey, 1996).

Du milieu associatif pour la plupart, dans le cadre de politique de la ville et à l'aune des expériences sur la prévention sanitaire de terrain, ont été mis en place des dispositifs d'accès aux adolescents plutôt tournés vers des populations « sensibles » et dans les lieux où ces derniers se trouvaient (gares, lieux d'errance...). Sur le terrain d'enquête, ces lieux ne sont pas propres à

l'arrondissement choisi mais sont les éléments qui constituent les lieux dépôts par excellence qui ne renvoient pas systématiquement sur le système de soins et constituent des lieux de traitement des demandes à part entière.

Le système d'action par les urgences renvoie à la notion de crise et d'immédiateté, qui est volontiers associée aux troubles psychiatriques. De façon évidente, ces moments paroxystiques constituent les moments les plus marquants pour les professionnels et renvoient directement aux normes et aux règles de fonctionnement que la crise met à mal et interroge. L'urgence n'est pas une catégorie spécifique au domaine médical *stricto sensu*, elle est au contraire une catégorie fondatrice d'un ensemble de parcours institutionnels et de mode de traitement immédiat dans divers champs professionnels. La demande *en* urgence est donc bien à distinguer des demandes *par les* urgences, même si les deux peuvent se confondre. Les urgences générales forment ainsi une première ligne d'accueil. Les autres lieux ont recours préférentiellement à la police ou aux pompiers lorsqu'il s'agit d'appeler au secours. Par rapport à l'idée de repérage telle que les professionnels de la psychiatrie la définissent, on peut donc dire que les professionnels de ces terrains-là ne sont pas des auxiliaires virtuels mais des acteurs réels d'un face à face obligé avec leurs bénéficiaires.

Le caractère "gérable" des problèmes identifiés constitue un autre système de classement pratique. On en voit l'exemple dans ce centre d'accueil de nuit. Le centre d'accueil de nuit situé dans l'arrondissement est une structure du milieu associatif délégataire de service public, qui accueille sur demande de l'autorité judiciaire (procureur de la république ou juge des enfants) en référence à l'article 375, tout adolescent (13-18 ans) en urgence lorsqu'il y a nécessité d'un hébergement temporaire. Le juge ou le procureur demande une orientation qui est déclenchée notamment par une situation d'errance. Le temps d'accueil est sauf indication contraire (nécessité d'organiser une prise en charge ultérieure comme un placement) de 48 heures.

Dans l'enceinte du centre, la question de la maladie mentale se pose en termes de « gérable ou pas gérable », comme en témoigne le récit du directeur :

« Le plus lourd c'est quand on peut pas gérer. C'est-à-dire on a quelqu'un qui présente un symptôme ingérable ici. Alors je dis bien ingérable parce que je me méfie des diagnostics rapides. (...) Ou même s'il était psychotique, il y a des psychotiques parfaitement gérables. Il n'y a pas urgence à intervenir. Je parle d'un délire dangereux soit de persécution soit enfin bon d'un symptôme qui évoque la maladie mentale. A partir de là on appelle au secours. »

(Directeur, Foyer d'urgence, secteur habilité ASE)

En se fondant sur le caractère gérable ou non, l'appréciation du caractère supportable du symptôme pour les intervenants est liée en fait à la marge d'intervention possible, à l'épuisement des ressources professionnelles dont dispose le personnel sur place non pas tant du fait de sa formation (d'autant plus que les intervenants sont psychologues) mais parce qu'ils ne répondent plus aux critères de fonctionnement du centre.

« C'est le service d'urgence quand il y a vraiment urgence donc qui a trait à un comportement dangereux ou pour nous ou pour l'intéressé ou pour l'environnement. Soit de la violence, soit un délire de persécution, quelqu'un qui est persécuté, il peut faire n'importe quoi, il peut soit se foutre en l'air lui soit se sentir menacé par n'importe qui. Soit un état apathique, ultra-dépressif, un état de prostration. Mais alors où il commence, où il finit, ça c'est... là on commence à se poser la question ce qui est supportable et ce qui ne l'est pas comme symptôme. Supportable par nous ! On voit quelqu'un qui bouge pas... on a le même

problème avec la nourriture. Un jeune il ne mange pas un jour. On ne va pas dire pour autant qu'il est anorexique. Mais c'est sa façon... alors si on arrive pas à le dépasser il faudra bien à un moment considérer qu'il se met en danger du fait de ne pas manger mais bon, généralement d'ici qu'il meurt de faim il y a un bout mais à un moment donné c'est insupportable parce qu'il nous refuse quelque chose qu'on lui donne. »

(Directeur, Foyer d'urgence, secteur habilité ASE)

Le modèle de la « gestion sur place » ne peut se comprendre ici en fait qu'à partir de la contrainte non négociable de recevoir tout adolescent à la demande du juge ou du procureur. L'institution ne se veut pas thérapeutique, à la différence d'autres foyers. La « gestion sur place » engage plutôt les ressources disponibles sur place et les met à l'épreuve là où une procédure d'admission aurait permis d'écartier toute forme de déviance au projet institutionnel. Le service valorise donc cette contrainte en une forme de compétence professionnelle qui les distingue d'autres types d'accueil de l'adolescent où ce rapport d'ordre négocié est moins présent. Dans cette logique, la contrainte que représente la procédure d'admission engendre un mode d'accueil de l'adolescent sur un mode empathique et tolérant qui permet de répondre au projet initial, celui d'orienter. Des contraintes de gestion des personnels interviennent aussi.

« (...) Et même je dirais que l'on sert de sas par rapport aux admissions. Un jeune en danger vient ici. S'il y a vraiment danger, il est vu par un juge des enfants, ça c'est notre travail d'organiser ça. Le juge des enfants le place à l'aide sociale à l'enfance mais lui laisse de nouveau 24 à 48 heures pour organiser la prise en charge physique de cet enfant. »

(Directeur, Foyer d'urgence, secteur habilité ASE)

La nature des services rendus par l'institution (ici héberger en urgence des jeunes à la rue signalés par la police, former des stagiaires psychologues) place les professionnels dans une double contrainte qui est celle de répondre à une demande de protection mais de façon transitoire.

« On fait du général, on essaie de trouver... ça peut être des services hospitaliers. C'est très localisé. Il faut que ça soit dans la proximité de l'adolescent dans son lieu de vie. Alors son lieu de vie il est d'abord parfois un peu mouvant, il est parfois incertain mais il y a quand même un ancrage quelque part. Il y a une école, il y a une assistante sociale. Notre problème ça va être de restaurer du lien pas nécessairement avec nous. Parce que nous... même on a pas trop intérêt à le faire car notre problème n'est pas de fixer le jeune ici. Il faut qu'il se fixe si on veut travailler un peu avec lui. Mais ce travail est tourné dans son environnement à lui. »

(Directeur, Foyer d'urgence, secteur habilité ASE)

Dans ce foyer, c'est la souffrance qui s'exprime en étant nocive au groupe, celle qui « empêche de travailler avec les autres », qui devient intolérable pour l'institution. Le groupe répond donc à une forme de souffrance sociale à partir de l'éducatif sur la base du tissage de liens et d'interactions. La trajectoire vers un service mettant en œuvre un repérage psychiatrique est alors le fait d'une négociation de gré à gré avec le CMP du secteur, les psychothérapeutes privés dont le foyer a une liste, par le biais de la médecine et les soins physiques (services adolescent) ou encore le médecin de famille.

Dispositifs d'avant-garde

Ces lieux souvent de nature pluridisciplinaire, ou alors purement médicale (services « adolescents », services d'accueil spécialisés psychiatriques) sont créés dans une démarche d'innovation et mettent en jeu les conflits qui entourent la prise en charge de l'adolescence. Ces services sont peu nombreux et localisés souvent dans des quartiers sensibles en réponse à des contextes sociaux complexes (précarité, errance, prostitution...). Ces localisations répondent à une distribution géographique visible des problèmes sociaux. De fait ils se placent également ces dispositifs au rang de spécialistes des difficultés à l'adolescence, ce qui tend à leur donner un rôle d'expert dans le champ.

L'existence d'un dispositif expert régional à Paris pour les adolescents en difficulté émane d'une demande du ministère de la Santé qui en 1993 demandait une réponse « *en terme de soins pour les mineurs de justice qui mettent en échec de manière itérative toutes les structures d'hébergement : hospitalisation, foyer, lieu de vie, famille d'accueil* ».

« C'est des patients, des jeunes que les services de justice et la psychiatrie se renvoient en disant, bon ! Il faudrait que vous le cadriez et là que vous calmez son symptôme. Leur profil... c'est des jeunes qui ont toute une histoire de ruptures avec une carence affective précoce, avec une tolérance très limitée (...) Par rapport à ce côté où il se dilue un peu, le passage à l'acte vient remettre des limites, les resituer contre quelqu'un. Dans ces cas là on va travailler de manière différente. Il y a une distance efficace à trouver avec eux. Et pour ces jeunes, le travail avec les équipes de la protection judiciaire de la jeunesse sont tout à fait précieuses. »

(Médecin, Service psychiatrique spécialisé pour adolescents)

L'élaboration d'une médecine spécifique de l'adolescent se fait aussi par le biais de liens avec des jeunes usagers en situation de détresse sociale dont l'accès aux soins permet de redonner une forme d'existence comme d'autres auteurs ont pu le documenter concernant également les soins aux sans-domiciles. L'accès aux droits sociaux des mineurs sous protection judiciaire en est un exemple saisissant.

Le mode d'entrée par le corps que ces services défendent cherche à rétablir un équilibre avec des modes d'approche fortement marqués par une lecture « psy » adoptés pendant longtemps par les dispositifs de prise en charge sociaux vis à vis des jeunes. La découverte de pathologies physiques même mineurs chez des jeunes auteurs de violence à un âge de socialisation et où la normalité importe pour beaucoup invite effectivement à relativiser les lectures trop rapides et des assignations trop définitives.

En cela, les innovations dans la prise en charge de l'adolescence ne rompent pas avec la dynamique qui a toujours présidé à la prise en charge de l'adolescence, notamment la question de la délinquance et les demandes administratives à cet égard.

3- Conclusion

L'élaboration d'un projet de repérage des troubles psychiatriques par le biais d'un réseau de soutien aux médecins généralistes, de même que l'organisation de circuits privilégiés autour d'une consultation d'évaluation ont été pensés dans l'univers bien délimité des dispositifs psychiatriques publics. Nous avons montré qu'en réalité cet univers s'intègre dans un ensemble plus vaste des dispositifs d'intervention à l'adolescence, dont le secteur psychiatrique ne constitue qu'un élément. Nous avons mis en évidence trois types de logiques de prise en charge de l'adolescence. Cela peut alors amener à penser comment il existe une distance entre le mode de relation proposé avec la psychiatrie et les conditions dans lesquelles se sont posés les problèmes initialement (Bertolotto et Joubert, 2002).

Cette partie doit être considérée comme une tentative pour décentrer le projet professionnel de *repérage des troubles psychiatriques à l'adolescence*. Cette démarche avait une valeur méthodologique pour organiser notre recherche et choisir, préalablement à l'enquête, un dispositif de travail qui permettrait de rendre compte d'une pluralité de point de vue, de modes interprétatifs, qui s'exerce en réalité continuellement et simultanément. Nous avons montré que la question de l'existence de troubles psychiatriques se pose, dans chaque institution, en fonction de ses propres enjeux. Autrement dit, chaque dispositif a son usage du registre psychiatrique (qui est également déterminé par le contexte dans lequel il s'inscrit), qui influe nécessairement sur le « repérage », dans son sens profane, et l'orientation vers la psychiatrie.

En déplaçant notre échelle d'observation, dans le chapitre suivant nous nous focaliserons sur le dispositif scolaire et le cabinet du médecin généraliste pour dégager de façon plus précise les logiques, notamment, de ce que l'on pourrait appeler *la dimension négligée* du rapport des institutions aux personnes.

CHAPITRE II - LE ROLE DES MEDECINS SCOLAIRES

Ce chapitre vise à approcher l'élaboration du diagnostic et la détection de troubles pathologiques dans le milieu scolaire, par le biais d'un de ses acteurs, le médecin scolaire. Notre analyse s'appuie sur des entretiens réalisés avec les médecins scolaires en charge des établissements, collèges et lycées, de l'arrondissement étudié. A partir des données recueillies, nous proposons une analyse compréhensive des mécanismes à partir desquels s'élabore le diagnostic au sein de l'espace scolaire et les conséquences de la position institutionnelle du médecin scolaire sur sa pratique.

Cet angle d'approche partiel donne à l'analyse un caractère exploratoire. Il ne s'agit pas d'éclairer le fonctionnement global du dispositif scolaire. Notamment, prenant les médecins scolaires comme point d'entrée dans le dispositif scolaire, il faut se garder de les considérer comme le point d'aboutissement légitime ou nécessaire du travail de trajectoire déployé par les différents intervenants.

1- Le dispositif scolaire et ses anomalies

Catégories de perception des adolescents

L'institution scolaire regroupe une multitude d'acteurs, aux intérêts divergents, qui peuvent parfois entrer en conflit, ou encore coopérer afin de remplir leur mission. Entre ces différents intervenants, de multiples interactions se dessinent, qui sont l'occasion de rapports de forces, mais aussi de négociations. C'est dans ce cadre que les intervenants sont conduits à percevoir, s'alarmer et réagir à des anomalies. Les médecins scolaires ne constituent donc souvent qu'une instance secondaire, intervenant tardivement, dans le processus de détection des troubles.

De l'aveu des médecins scolaires, la perception des troubles n'est que rarement leur fait, et incombe le plus souvent aux professeurs et CPE. Une grande part du travail de détection des troubles revient donc aux autres intervenants, médicaux ou éducatifs, au sein de l'institution. Se trouve alors posée la question du *signalement*, terme utilisé par les acteurs pour décrire le processus par lequel ces anomalies sont identifiés comme signes pathologiques. Il se produit dans différents lieux, tels que la salle de classe, la cour d'école, les bureaux des CPE ou proviseur, et de façon plus générale, les couloirs, lieux de passage et espaces publics.

Une approche par les récits de cas

Pour développer l'analyse qui suit, nous nous appuyons sur un ensemble de récits de cas, enregistrés auprès des médecins scolaires. Une analyse préalable de la structure de ces récits est nécessaire, afin de comprendre les catégories de perception à l'œuvre au sein du dispositif scolaire. Ainsi, la plupart des récits s'ébauche par une description *a minima* de l'histoire de

l'adolescent, basée sur certains traits jugés à la fois pertinents et significatifs. Elle s'articule la plupart du temps à la définition d'un problème, qui constitue le nœud du récit, la définition de son principal enjeu. Cette description minimale nous semble tout à fait représentative du travail de classification opéré par les acteurs pour orienter leur action ou en reconstruire la logique. Tout se passe comme si les médecins dégageaient un ensemble de traits typiques, un *schéma-type*, susceptible d'orienter leurs actions, ou, dans le cas de nos récits, de réactiver l'ensemble des événements qui le composent. Ce schéma-type présent dans chaque récit de cas permet d'éclairer les catégories de perception mises en l'œuvre par l'acteur pour définir une situation.

Les catégories perceptives en vigueur dans le dispositif scolaire : « élève » ou « jeune »

On peut concevoir la fonction sociale du dispositif scolaire comme organisée autour d'une double tâche d'*instruction* et de *socialisation*. Cette fonction, organisée autour de ces deux séquences de tâches, constitue un élément essentiel de compréhension des mécanismes par lesquels sont perçues les anomalies de comportement au sein de l'établissement scolaire. Elle définit en effet les finalités de l'action éducative, et permet de cerner le principe selon lequel sont évaluées les conduites.

Sur la base des entretiens réalisés, il nous semble possible de retrouver ces deux tâches dans les deux catégories perceptives à partir desquelles se structure l'expérience des médecins scolaires. Les récits de cas laissent en effet apparaître une structuration autour de deux pôles, qui définissent deux schèmes classificatoires ayant chacun une logique propre. Ces deux catégories font voir l'adolescent tantôt comme « élève », tantôt comme « jeune ».

Ainsi, bien que nous interrogeons les médecins sur leurs pratiques médicales, ceux-ci n'ont jamais employé les termes de « cas » ou encore de « patients ». Leur évocation de l'histoire de certains adolescents tend au contraire à les définir en fonction de leur âge ou de leur situation d'élève. Le champ lexical se structure ainsi selon deux pôles, avec d'un côté les « jeunes », « jeune garçon », « jeune fille », ou encore « gamin », et de l'autre les « élèves ». Ce sont les deux figures sur lesquelles l'action éducative s'exerce, ce sont également les deux catégories de perception des troubles.

Chacune obéit à une cohérence qui lui est propre, et désigne un ensemble particulier de problèmes. La catégorie « élève », notamment, tend à faire porter l'accent sur les problèmes proprement scolaires et éducatifs de l'adolescent. Ainsi, lorsque la description s'amorce par le terme d'« élève », le premier exposé du problème s'appuie sur l'évocation de ses résultats, sa trajectoire scolaire, ou encore son histoire au sein de l'établissement. Cet extrait le montre :

« Il y a un élève qui avait été exclu de L. pour des histoires, il est entré à L. en seconde donc pour entrer c'est qu'il devait être brillant. Il n'a pas réussi à tenir à L. et il a été exclu par conseil de discipline ce qui est rarissime pour avoir détruit et cassé toutes les toilettes. Pour nous, il est arrivé à B. en reclassement ».
(Médecin scolaire)

Un autre récit de cas témoigne lui aussi de ces mécanismes de perception. Il s'agissait du cas d'une « élève » (ce terme est, significativement, le seul employé pour la définir), pour qui se posait le problème de la scolarisation. Souffrant de troubles schizophréniques, déscolarisée en raison de ces troubles, elle avait été envoyée au sein de l'établissement par le rectorat. Il est vite apparu que ces résultats et son niveau scolaire, équivalents selon les professeurs à un niveau de troisième, ne sauraient lui permettre d'obtenir un baccalauréat scientifique et de poursuivre ses études en

médecine. L'exposé de ce cas s'est construit et orienté sur ces problèmes de scolarité, et l'essentiel de sa description a tourné autour de cette question. Le problème central ici était celui de ces résultats, de ces absences fréquentes aux contrôles consécutives à ces crises d'angoisse, etc. Ces éléments constituaient en un sens la trame et les ressorts du drame qui se nouait autour de cet enfant. Or, certains éléments apparus au fil de l'évocation montrent assez que le récit aurait pu s'orienter différemment. Les parents de la jeune fille sont en effet divorcés, et cette séparation ne semble pas se faire sans tension. De plus, le père de la jeune fille semble s'être installé dans un déni de la maladie, préférant parler de « dépression » plutôt que de « schizophrénie ». Autant de ressorts dramatiques qui auraient pu venir animer le récit, et sont ici réduits au statut de remarques incidentes, n'apparaissant dans l'histoire que suite à nos questions relatives à sa situation familiale. Il nous semble qu'on peut voir ici un effet de ces catégories de perception qui, lorsqu'elles définissent l'adolescent comme « élève », tendent à retenir comme pertinents les seuls éléments relatifs à sa scolarité, reléguant les autres événements au second plan.

Une seconde catégorie émerge de nos entretiens, qui tend à définir l'adolescent comme « jeune ». Le récit s'articule alors de façon privilégiée sur les problèmes familiaux de l'adolescent, ou encore une constellation relativement large d'éléments qualifiés de « problèmes sociaux ». Nous en voyons ici une illustration :

« Une fille qui m'avait été amené à l'infirmerie par les profs parce que pendant une colle elle a craqué complètement. En pleurs, ... puis elle a déballé toute une histoire familiale extrêmement compliquée. Donc elle était complètement en perte dans des problèmes de drogue. Très violent à la maison. Un papa inexistant. Je ne sais même pas s'il y en avait un ou pas du tout. Une maman qui avait l'air complètement perdu ne sachant pas mettre de limite au garçon ni prendre en charge. Il y avait une toute petite demi-sœur et visiblement c'était la grande qui gérait. Et elle ne pouvait plus. Elle voulait prendre un appartement mais elle avait plus d'argent pour payer son appartement. Des histoires très compliquées ».

(Médecin scolaire)

Entre les deux registres, de nombreux chevauchements et recoupements apparaissent toutefois. A la faveur du récit, et de son développement, un « élève », défini tout d'abord pour ses problèmes scolaires, pourra devenir un « jeune », si ceux-ci se redoublent de problèmes familiaux ou sociaux. La réciproque, en revanche, ne semble pas être valable. Un cas, défini comme « jeune » et présentant des problèmes familiaux ne se voit pas requalifier en « élève » lorsque sont abordés ces résultats scolaires. La logique voudrait plutôt que ces résultats soient expliqués par sa situation familiale et sa biographie. En ce sens, si se dégagent deux processus idéal-typiques de classification des adolescents, tantôt comme « jeune », défini par une biographie, une situation familiale et sociale, tantôt comme « élève », s'articulant principalement sur sa trajectoire scolaire, l'« élève » semble constituer une sous-classe de la catégorie, extensive, de « jeune ». On constate de façon significative que les recours au terme d'« élève » sont singulièrement moins fréquents, définissant cet aspect de la biographie comme une facette seulement de son histoire globale.

Les anomalies du dispositif scolaire

Présentation synthétique du dispositif scolaire

Ces catégories de classification et de perception définissent ainsi **un certain mode d’appréhension de l’adolescent**, à l’interface de ces lignes hétérogènes, **comme « jeune à socialiser », ou « élève à éduquer »**. L’établissement scolaire, en tant qu’instance de *socialisation*, exerce sa fonction sur des « jeunes », à qui il s’agit de transmettre un ensemble de valeurs communes, ou un répertoire de rôles, qui leur permettra par la suite de construire une identité, et de s’intégrer au sein de l’espace social en sachant tenir leur place. En tant qu’instance *éducative*, l’école a pour fonction d’inculquer à des élèves un corpus de savoirs susceptibles de leur assurer une insertion professionnelle et de prendre part à la vie sociale.

Ajoutons ici l’ensemble de *documents* qui vient recueillir les informations relatives aux individus. On peut retenir deux documents essentiels pour notre propos, le carnet de liaison, dans lequel sont consignés les absences, retards et remontrances, et les bulletins scolaires, qui viennent recueillir les résultats des élèves au sein de l’établissement. Ces documents sont autant de supports qui permettent une action continue dans le temps du dispositif scolaire et participent ainsi de son action éducative et socialisante.

Elle nous invite enfin à dégager un dernier trait du dispositif, sa *ligne temporelle*. Le dispositif scolaire obéit à une temporalité particulière, scandée par des périodes d’interruption, les vacances ou congés de fin de semaine, des échéances régulières, avec la division en trimestre ou semestre, couronnée par les conseils de classe. Cette ligne ne s’articule pas directement aux deux autres, elle en définit plutôt le rythme ou la vie propre. Elle nous sera toutefois utile ultérieurement dans l’analyse.

Le tableau ci-dessous rassemble ces différents éléments relatifs au fonctionnement du dispositif scolaire :

	<i>Présentation synthétique du dispositif scolaire</i>	
Les fonctions du dispositif scolaire	<i>instruire</i>	<i>socialiser</i>
Les catégories de perception du dispositif scolaire	<i>Elève</i>	<i>Jeune</i>
Supports et documents	<i>Trajectoire scolaire, Résultats, Biographie dans l’établissement, Bulletins scolaires</i>	<i>Biographie individuelle et familiale, Carnet de liaison</i>
Définition de l’adolescent	<i>élève à éduquer</i>	<i>jeune à socialiser</i>

Dans le dispositif scolaire, divers comportements venant contrevenir à son bon fonctionnement seront perçus comme des anomalies, et seront susceptibles d'entraîner une réponse des acteurs de l'institution. Ce dispositif énonce en effet un ensemble de règles de bonne conduite qui viennent définir les attentes auxquelles devront satisfaire les adolescents, selon qu'ils sont perçus comme « jeunes » ou « élèves ».

Les comportements susceptibles d'être perçus comme anomaux se laissent comprendre et classer à partir des catégories que nous avons dégagées. On peut alors proposer une typologie des comportements susceptibles de recevoir le titre d'anomalies. Il est également possible de désigner les cadres (au sens de Goffman) à la faveur desquels ils émergent.

Les inconvenances¹⁸ éducatives de l'« élève »

Un premier faisceau de signes se dégage à la faveur de la ligne éducative du dispositif scolaire. Il tend à définir un ensemble de comportements comme autant d'*anomalies éducatives*, autant d'inconvenances de la part de l'« élève » venant troubler et remettre en cause la fonction éducative de l'institution. Ce seront, de façon typique, les mauvais résultats scolaires. La ligne temporelle du dispositif permet de plus de saisir un ensemble d'autres signes. Le dispositif déploie en effet son action dans le temps et semble valoriser la continuité, mettant l'accent sur les progrès que l'individu peut accomplir. Il s'agit donc d'une ligne orientée, qui tend à désigner négativement les trajectoires heurtées et dispersées, et plus encore les manifestations d'une possible régression. Ainsi, les variations brusques de résultats scolaires, et leur baisse significative, apparaissent comme autant d'inconvenances éducatives. Un médecin le dit bien dans cet extrait :

« C'est parfois signalé aussi avec des chutes des résultats scolaires ». (Médecin scolaire)

Ce signe a été de plus souligné par les trois intervenantes rencontrées. De la même façon, les changements d'établissements fréquents, les périodes de déscolarisation, les absences répétées, viennent rompre la continuité de l'action éducative, et sont susceptibles d'être perçus comme anomalies. Les documents, le bulletin scolaire notamment, qui définissent la biographie éducative de l'adolescent, sont une surface privilégiée d'apparition de ces *inconvenances éducatives*.

Les inconvenances sociales du « jeune »

Le second faisceau de signes regroupe des comportements du « jeune ». Il désigne un ensemble d'attitudes comme autant d'*inconvenances sociales*. Ces anomalies regroupent un vaste ensemble de signes considérés comme des entraves aux règles de la bonne tenue, qu'il s'agisse d'une mauvaise présentation de soi, de comportements déplacés, ou violents. Ce pourront être les comportements violents, insultes, agressions verbales ou physiques, mais également, par exemple, le manque d'hygiène, les cheveux longs et décoiffés, la barbe hirsute, des vêtements sales ou négligés. Nous pouvons ici citer un cas représentatif :

« Ce jeune, c'était un zombi, sale, il dénotait dans la population de B. Lui il était dans la clochardisation, il attirait le regard. Le CPE de B., même le proviseur savait qui il était... » (Médecin scolaire)

Ces signes se produisent dans une multitude de cadres au sein de l'espace scolaire. Ils peuvent ainsi être perçus aussi bien dans la cour d'école, dans la salle de classe, dans les couloirs, etc. Ils sont ainsi les signes les plus visibles, et les plus susceptibles de recevoir le statut d'anomalies.

¹⁸ Le terme d'inconvenances se réfère à l'usage qu'en fait Goffman (1974)

Il faut insister ici sur la souplesse de ces catégories. En effet, on a vu que la catégorie qui définissait l'adolescent comme « élève » constitue un sous espace de la catégorie plus vaste qui le faisait voir comme « jeune ». Ceci se retrouve dans la dispersion des signes. Un certain nombre de comportements sont ainsi susceptibles d'être perçus à la fois comme *anomalies éducatives* et *inconvenances sociales*. Toutefois, il semble une fois de plus que l'interprétation en termes d'*inconvenance sociale* prévaut. Nous les incluons donc dans ce faisceau. Ainsi, ce seront surtout les élèves turbulents, bavards, agités qui seront rendus visibles. L'extrait suivant nous semble attester de ces processus perceptifs. L'adolescent, en dépit des *anomalies éducatives* qu'il a pu manifester, se trouve qualifié comme « jeune », et c'est en tant que « jeune » venant troubler, par son comportement, l'ordre de la classe, qu'il a été signalé au médecin :

« On va prendre le cas concret d'un jeune, je sais plus son nom : il nous est arrivé à seize ans en troisième, il avait déjà un an de retard et très vite, il s'est signalé par des troubles du comportement un peu bizarre. Il était toujours dans les petites histoires et puis il s'est mis à se lever en classe, à jeter des boulettes partout, plus prendre de note, ce genre de chose, on l'a reçu à plusieurs reprises à l'infirmerie et puis... »

(Médecin scolaire)

Nous pouvons d'ailleurs faire remarquer ici que la salle de classe, place à la faveur duquel l'adolescent est soumis à un double registre de visibilité le définissant comme « jeune » et « élève », constituent un espace privilégié d'émergence de ces anomalies.

Nous pouvons à présent compléter le tableau en regroupant les anomalies selon leur logique de répartition. Nous faisons également figurer ici les lieux d'émergence que nous avons dégagés :

	Les anomalies du dispositif scolaire	
Définition de l'adolescent	<i>jeune à éduquer</i>	<i>jeune à socialiser</i>
Faisceau de signes et types d'anomalies	<i>inconvenances éducatives</i>	<i>inconvenances sociales</i>
Signes typiques	<i>Trajectoire scolaire, résultats scolaires en baisse</i>	<i>Mauvaise tenue (sauté, cheveux longs, vêtements sales), comportements inconvenants (inattention en cours, turbulences, bavardage)</i>
Place et lieu d'émergence privilégiés	<i>Bulletin scolaire, conseils de classe</i>	<i>cour d'école, espaces publics, salle de classe</i>

Les points aveugles du dispositif scolaire

Ces faisceaux de signes désignent aussi le *point aveugle* du dispositif scolaire. Il s'agit d'un ensemble de comportements, susceptibles d'être des signes pathologiques, mais qui ne sont que rarement perçus.

Certains comportements semblent ainsi être rendus invisibles par le fonctionnement du dispositif scolaire dont ils ne viennent pas troubler l'ordre. Ainsi, un élève conservant de bons résultats, ou encore se montrant excessivement calme, ne sera que rarement signalé. Ce qu'exprime bien un médecin scolaire :

« Un gamin qui est prostré dans son coin, c'est en fin d'année tout d'un coup on dira celui-là : « ba bon, il existe celui-là ? ». [...] Le gamin prostré, qui dit pas grand chose et qui dort dans son coin, il peut dormir un bon bout de temps... ». (Médecin scolaire)

De façon plus générale, les comportements du « jeune » ou de l'« élève » en accord avec les attentes qui s'expriment au sein du dispositif scolaire ne seront pas nécessairement perçus comme alarmants, et ne recevront que rarement le statut d'anomalies. A ce titre, ils ne seront que rarement repérés, et signalés.

Les fonctions de l'établissement scolaire semblent influencer les cadres permettant de les interpréter. Leur désignation comme relevant de la pathologie est de fait particulièrement aléatoire. Et il n'est pas rare que ces anomalies, avant même de pouvoir être identifiées comme appartenant au registre du pathologique, soient traitées comme déviances, à supprimer ou réprimer. C'est ce que révèle l'extrait suivant :

« Ce sont des enfants qui viennent rarement de Paris et globalement la politique ici, c'est si ça va pas il sont virés. Faut reconnaître que s'ils sont avec leur marteau piqueur et qu'ils commencent à devenir agressif, il faut vite gérer le problème et puis... ». (Médecin scolaire)

Ce genre d'interprétations, pouvant conduire à des actions répressives visant à contenir la déviance plutôt qu'à prendre la charge la pathologie s'explique par l'ambiguïté des anomalies au sein de l'établissement scolaire, qui viennent en troubler le bon fonctionnement avant même de pouvoir être perçus comme relevant de la pathologie. Les schèmes d'interprétation varient de plus d'un établissement à l'autre, en fonction de son organisation spatiale, du nombre d'élèves à prendre en charge, du recrutement et de la nature des enseignements. L'entretien que nous venons de citer se rapporte par exemple à un établissement d'enseignement technique et professionnel, dans lequel les élèves sont susceptibles d'utiliser des outils ou machines relativement dangereuses. Il compte de plus un grand nombre d'élèves en situation de relatif échec scolaire, de reclassement voire même de rescolarisation dans le cas de la classe de CIPPA. Ces différents éléments semblent avoir pour effet de faciliter la qualification des anomalies comme déviance, et d'appeler des mesures coercitives afin de dissuader tout nouveau préjudice.

2- La participation du médecin scolaire au dispositif et le diagnostic institutionnel

On vient de voir comment certains comportements peuvent être repérés comme des anomalies dans le dispositif scolaire. Il nous faut à présent interroger les processus aux termes desquels ils pourront être qualifiés de signes pathologiques, dans la perspective du médecin scolaire. Les comportements anomaux, pour être désignés comme troubles, doivent pouvoir recevoir, au sein de l'institution, une « réaction sociale » adéquate. C'est donc la capacité des acteurs à proposer une prise en charge médicale de ces anomalies qui leur permet d'apparaître comme troubles pathologiques. Pour cela, il faut que « *l'agent de la désignation se trouve dans une situation institutionnelle telle qu'il [puisse] produire les conséquences pratiques* » (Goffman, 1974) d'une telle désignation. En amont de la consultation médicale se déploie donc un ensemble de mécanismes qui viennent profondément influencer la trajectoire des adolescents, au point d'ailleurs de l'interrompre parfois brutalement. Le diagnostic devient alors impossible.

Nous commençons par analyser la participation du médecin scolaire au dispositif scolaire. Nous proposons ainsi de comprendre le sens de l'expression « *interface entre le médical et le social* » employée par un médecin scolaire pour définir son travail. Une telle définition nous semble renvoyer aux fonctions du médecin scolaire dans l'institution scolaire, mais également montrer que le médecin scolaire apparaît comme un des acteurs opérant la *traduction* d'un certain nombre d'inconvenances en termes médicaux.

Les fonctions du médecin scolaire

La prévention, fonction éducative du médecin scolaire

Le rôle institutionnel du médecin scolaire est le travail préventif. Les médecins scolaires que nous avons rencontrés mettent l'accent sur ce travail, qu'ils considèrent comme « *plus important* » que la simple prise en charge, se distinguant ainsi de leurs pairs généralistes. En ce sens, les médecins scolaires ont eux aussi une *fonction éducative* au sein de l'espace scolaire.

Ainsi, les termes employés pour décrire ce travail de prévention renvoie tous au champ lexical de l'éducation. Il s'agit par exemple d'« *expliquer* », d'« *apprendre* », de « *faire comprendre* » ce qui est dangereux et ce qui ne l'est pas, les conduites à risques, etc. L'extrait suivant cristallise à ces différents mécanismes sociaux, désignant le médecin généraliste comme prescripteur en charge des pathologies bénignes, et insistant sur la nécessité d'une éducation sanitaire :

« Ce qui me plaisait beaucoup, c'était tout ce qui était éducation à la santé, ça me paraissait intéressant. Parce que la prévention me paraît beaucoup plus importante, quelque part les comprimés et les cuillères à soupe de sirop ne m'ont jamais beaucoup passionné mais agir avant pour que les gens ne fassent pas de bêtise sur leur santé me plaisait bien ». (Médecin scolaire)

Ce travail préventif fait d'eux des éducateurs sanitaires en charge de l'instruction à la santé des adolescents. Certaines déclarations illustrent de façon plus nette encore la spécificité de leur pratique et son inscription dans le fonctionnement du dispositif scolaire. Ainsi, les médecins scolaires se définissent comme « *médecin du travail de l'élève* », et font de la réussite des adolescents, et de « *la possibilité de poursuivre leurs études dans des conditions convenables* », une finalité essentielle de

leur travail. Tout ceci tend à définir leur position comme « *une interface entre le médical et le scolaire* », expression qui résume leur insertion au sein du dispositif scolaire.

La fonction socialisatrice du médecin scolaire

La consultation médicale est ainsi l'occasion de mener à bien un travail de socialisation et d'inculquer aux élèves, à partir de situations anodines, qui fournissent autant de signes, un certain nombre de règles sanitaires, mais aussi sociales et comportementales. Elle tend également à transmettre divers principes légitimes de jugement. Dans le passage qui suit, le médecin, à la faveur d'un *indice* relativement anodin, entreprend un véritable travail d'éducation pour apprendre à l'adolescent les limites du permis et du défendu, et même ici du légal et de l'illégal :

« S'il y a un piercing, s'il y a un tatouage, j'en parle. Ce matin, j'ai reçu une jeune fille, qui avait un sweat, c'était marqué « Dealer ». Alors j'ai fait l'examen, et puis à la fin je lui ai dit « C'est pas mal ton sweat, ce qu'il y a marqué là. Qu'est ce que ça veut dire, qu'est ce que ça veut dire pour toi ? ». Mais elle se défend, elle me dit « Mais non c'est pas moi, c'est celui de ma sœur, je l'ai pris ce matin ». Je lui réponds « Non mais il te plaît quand même, qu'est ce que tu veux dire par là ? ». Bon je pense qu'elle est dans la provocation, c'est une fille très rebelle, mais ça a pas été verbalisé plus, mais c'est pas grave. Bon elle a des boutons, elle était très contente que je lui fasse son petit papier pour aller voir le dermato pour ses boutons, mais je pense que par rapport à ça, elle va revenir, et par rapport à ça je pense que l'on pourra aussi aborder autre chose... »

(Médecin scolaire)

Il faut cependant relativiser le poids de ces interventions normatives, du fait de la présence intermittente du médecin scolaire dans les établissements.

Un rôle de coordination des tâches

Les acteurs médicaux scolaires que nous avons rencontré ont souligné le caractère essentiel du *travail de coordination* qu'ils avaient à mener au sein de l'institution scolaire et qui correspond à la nécessité de se faire connaître. Il apparaît comme un travail de négociation entre les intervenants, qui tend à distribuer les tâches au sein de l'établissement et permet de modeler les trajectoires d'accès au soin.

L'invisible médecin scolaire

La nécessité pour le médecin scolaire de coordonner son travail à celui des autres intervenants tient à son manque de visibilité, lié pour beaucoup à l'organisation de la médecine scolaire. Nombre de médecins scolaires sont en effet vacataires, employés à mi-temps et susceptibles de changer d'établissement chaque année, voir même au cours d'une même année scolaire. Les médecins que nous avons pu rencontrer étaient toutes titulaires, certaines depuis peu de temps toutefois. Les médecins scolaires dépendent du Ministère de l'Éducation Nationale. Celui-ci organise la répartition des postes en bassins ou districts, faisant l'objet de nombreux redécoupages, qui contribuent à l'instabilité des personnels¹⁹. Ajoutons que ces découpages administratifs ne recourent que très partiellement les limites des secteurs psychiatriques. Enfin,

¹⁹ Ainsi, au moment de notre enquête, le district dont les médecins avaient la charge regroupait les établissements des 15^e et 16^e arrondissements, mais devait se voir adjoindre, dans le temps de l'enquête, certains établissements du 14^e.

l'organisation du travail en missions, et la liberté relative de l'emploi du temps viennent contribuer à ce manque de visibilité. Les médecins, au sein des bassins, sont en charge de plusieurs établissements (de 3 à 5 dans le cas des médecins que nous avons interrogés), au sein desquels ils doivent remplir un certain nombre de missions nécessaires et imposées, tel l'accueil des élèves handicapés. Les médecins rencontrés consacrent une demi-journée par semaine à chaque établissement, parfois deux si l'établissement se révèle « lourd à gérer ». Cette organisation rend le médecin scolaire « dure à joindre », même s'il communique emploi du temps et numéros de portable.

Les conditions de possibilités de la désignation

Ce travail de négociation constitue une condition de possibilité de la désignation d'un certain nombre d'anomalies comme troubles psychiatriques. En effet, pour que ces comportements anomaux puissent être qualifiés et interprétés médicalement, et ne fassent pas l'objet d'une sanction en tant que déviance, il faut que le médecin scolaire s'assure d'une visibilité et d'une capacité à assurer une réponse à ce genre d'inconvénances. L'extrait suivant, issue d'un entretien avec un médecin en poste depuis un an, le montre :

« Il y a aucun travail ni de repérage ni de quoi que ce soit parce que le travail ne peut pas... ça fonctionne pas, c'est sur deux sites, c'est compliqué à gérer et puis le proviseur n'est pas... sa politique c'est on vire d'abord et puis on réfléchit après mais quand il y a des choses compliquées. Un gamin qui a été par exemple avec des problèmes de retard, etc... parce qu'il avait plus de deux heures de trajet pour venir, sa politique ça a été on le vire de la cantine parce qu'il est toujours en retard. Pour nous avec l'assistante sociale c'était pas notre politique parce qu'au moins il aurait un repas chaud au midi. D'accord il faisait un peu le clown, d'accord il était en retard, mais c'était pas forcément la punition adaptée... quinze jours après il était plus au lycée ».

(Médecin scolaire)

Ce travail de coordination donne donc un nouveau sens à l'« interface entre médical et scolaire », qui définit la norme professionnelle en vigueur dans la profession de médecin scolaire. Il constitue une part importante du travail des intervenants que nous avons rencontrés. La première année de la présence au sein d'un établissement est ainsi généralement consacrée à reconstruire un réseau de relations, afin de se rendre visible et de s'assurer que la coordination puisse se faire afin de conduire les élèves dans le cabinet du médecin scolaire. Il s'agit, en ce sens, d'organiser, au sein de l'espace scolaire, la possibilité d'une réaction médicale à un certain nombre de comportements inconvenants.

Les enjeux professionnels de la coordination des intervenants

Ce travail revêt également un certain nombre d'enjeux professionnels. Il permet de s'assurer que les différents intervenants ne viendront pas « marcher sur les pieds » du médecin scolaire, empiéter sur son domaine de compétences et remettre en question son rôle au sein de l'établissement. Un médecin scolaire déplorait ainsi, à l'occasion d'une réunion au CMP, l'attitude de certains CPE, ne lui adressant aucun élève, et assurant eux-mêmes leur orientation vers les plannings familiaux ou CMP. Elle fut relayée dans ces critiques par un autre médecin scolaire, évoquant à son tour la distribution d'un prospectus, émanant de l'association « SchizoOui » basée sur le 15^e arrondissement et souhaitant aider les familles de jeunes patients psychotiques, à l'ensemble des professeurs de l'arrondissement. Elle émet des craintes au sujet de l'usage que les professeurs

pourraient faire d'un tel document, et redoutait surtout les initiatives qu'ils pourraient alors prendre sans même la consulter. Il nous faut contextualiser de telles craintes, en précisant que les deux médecins scolaires ayant pu se plaindre de telles initiatives sont en poste dans leurs établissements respectifs depuis moins de deux ans. Elles ont ainsi énormément insisté au cours de nos entretiens sur la nécessité de se faire voir, là où le troisième médecin scolaire de notre enquête, référent du bassin et en poste depuis 3 ans, n'a pas même évoqué cette question. Le médecin scolaire qui s'était plainte des initiatives du CPE lors de cette première réunion a nuancé ces remarques lors de notre entretien un mois plus tard.

Mécanismes de la coordination des tâches et modes locaux de régulation

Ce travail de coordination s'organise autour d'une série de rencontres, autant d'occasion pour se présenter et se faire connaître des différents professeurs, CPE, du proviseur lui-même. Il s'agit de repérer, parmi ces intervenants, quels pourront être les interlocuteurs de confiance, sur l'aide de qui l'on pourra compter, ou au contraire ceux qu'il faudra éviter. Il s'agit également de prendre contact avec les élèves, d'apprendre à les connaître afin de pouvoir suivre leur évolution. Il s'agit enfin de se rendre visible, afin de s'assurer qu'ils viendront, le moment opportun, au cabinet du médecin. Un médecin scolaire résume ainsi la situation :

« La première année, il faut prendre le temps de connaître les gens, de repérer... chaque établissement fonctionne totalement différemment et il faut créer son réseau d'information. Donc le temps de repérer qui sont les profs qui nous signalent les enfants vraiment, ceux qui vous signalent les enfants mais c'est pas les bons... [...] Ceux avec qui on peut travailler parce que ils vont garder un certain silence ... [...] Il y a des gens avec qui on peut parler et d'autres à qui on ne dira rien. Il faut prendre le temps de repérer, de voir comment ça se passe et puis connaître les enfants. Quand il y a des histoires compliquées et lourdes, si vous voyez le gamin dans la cour : « bonjour, ça va ? » oui ça va et vous voyez qu'il a pas changé, si vous le connaissez pas, vous ne le reconnaissez pas dans la cour d'élèves et il y a encore moins l'idée qu'il a pris vingt kilos dans l'année, qu'il a complètement changé de look, ou des choses comme ça. Si vous changez tout le temps et puis c'est pareil, les fratries vous les perdez de vue ».

(Médecin scolaire)

Ce travail de coordination prend des formes variables selon les établissements. Il dépend d'une multitude de facteurs contingents. Son déroulement semble dépendre des initiatives locales des acteurs profanes, et de leurs expériences passées. Un médecin scolaire, évoquant ses relations au proviseur d'établissement, indique ainsi :

« C'est variable. Ça dépend beaucoup des chefs d'établissement. On ne dépend strictement pas d'eux donc on est en dehors de leur hiérarchie ce que ne sont pas les infirmières mais à la limite on n'a aucun compte à lui rendre à part que l'on est dans ses locaux. (...) Donc ça c'est beaucoup de la personnalité du chef d'établissement ou de ses expériences avec les médecins précédents ou les non médecins parce qu'il y a pas mal de postes non couverts. C'est vrai que moi je me souviens d'un chef d'établissement quand je suis arrivé... « ha ! Vous êtes la cinquième en trois ans ! Moi ça ne m'intéresse plus de vous voir ». C'est vrai que pour eux on était vraiment des gens de passage avec lesquels on ne peut pas construire quelque chose de fiable ».

(Médecin scolaire)

Dès lors, les solutions mises en place pour assurer une division des tâches varient d'un établissement à l'autre. Certaines solutions, informelles, peuvent être instituées. Ainsi, il peut

arriver que les CPE, ou les professeurs principaux, rencontrent occasionnellement ou régulièrement le médecin scolaire. Par exemple, le travail en équipes relais, qui met en relation professeurs principaux, CPE, proviseurs, assistante sociale et médecin scolaire deux fois par mois, est l'occasion d'aborder la situation, les problèmes, et de tenter de dégager des solutions, pour les élèves souffrant de troubles pathologiques, qu'ils soient mentaux ou physiques. Autre situation, le médecin référent du bassin, évoquant le cas d'une jeune fille souffrant de troubles psychopathologiques, nous expliqua se concerter régulièrement avec son professeur principal, professeur de physique, avec qui elle surveillait l'évolution de la jeune fille. Ce dernier apparaissait comme un interlocuteur de confiance, « qui avait bien compris qu'il fallait surveiller, et rester quand même discret ». Diverses rencontres, telles que les conseils de classe, peuvent être mobilisés par le médecin scolaire pour tenter de redéfinir le partage des tâches au sein de l'établissement et faire valoir la nécessité et la légitimité de son action. Ils sont ainsi susceptibles de réaffirmer la cohérence et la solidarité au sein de l'équipe.

L'infirmière scolaire, pilier et pivot du corps médical au sein de l'établissement semble également jouer le rôle d'interface avec le corps pédagogique, rencontrant fréquemment le CPE et s'assurant avec lui de l'orientation des jeunes problématiques vers le médecin scolaire.

Réaction médicale et schéma de trajectoire

Ayant examiné les modalités de ce travail de coordination, nous pouvons à présent conclure notre analyse de la désignation des troubles au sein de l'espace scolaire. De plus, ayant décrit l'insertion du médecin scolaire dans ce dispositif, nous pouvons voir comment il peut être en mesure de proposer une réaction sociale aux troubles du comportement et contribuer ainsi à leur désignation comme troubles pathologiques.

Le circuit médical

Pour l'illustrer, nous proposons de distinguer deux circuits au sein du dispositif scolaire. Un premier circuit, que nous qualifierons de *médical*, correspond aux cas où l'élève, conscient de problèmes, se rend sciemment à l'infirmerie et rencontre l'infirmière, qui opère un filtre, prend en charge les pathologies bénignes (toute la gamme de « bobo broutilles »). Elle peut alors organiser, le cas échéant, un rendez vous avec le médecin scolaire lors de ses heures de présence au sein de l'établissement.

Ici, le caractère pathologique des anomalies et la nécessité d'une prise en charge médicale ne font guère problème. L'adolescent se présente en effet avec un ensemble de symptômes, pour lesquels il vient s'enquérir de l'aide d'un praticien reconnu compétent et apte à le soigner. Le caractère symptomatique de ces anomalies est donc reconnu d'emblée par l'adolescent lui-même, et le signalement ne fait guère problème. Ajoutons toutefois que les visites des élèves au médecin scolaire peuvent également être l'occasion d'une première désignation. Notamment, les visites répétées à l'infirmerie peuvent contribuer à éveiller les soupçons de l'infirmière ou du médecin scolaire. Un médecin nous confiait ainsi :

« C'est parfois signalé aussi par des passages répétés à l'infirmerie et ça veut dire qu'il y ait une infirmière et qu'elle est pas trop débordé par les petits bobos, vraiment des broutilles. Alors les « bobos-broutilles » ça peut aussi être l'occasion d'en dépister un certain nombre qui passe pour rien, cela au bout de dix fois, on essaie de les recevoir à un moment puis prendre le temps d'aller fouiller un peu mais bon ça dépend de

l'infirmière, du temps qu'on a et évidemment de l'élève parce que suivant les établissements, on a pas du tout le même nombre d'élève ».

(Médecin scolaire)

Les seules réserves sont alors d'ordre organisationnel, et il faut encore s'assurer que le jeune se rendra à la consultation, sera présent au sein de l'établissement à ce moment là, etc. Ainsi, un médecin scolaire nous a expliqué les difficultés qu'elle pouvait rencontrer pour organiser un tel rendez-vous. Difficultés qui semblent devoir tenir à sa présence intermittente au sein de l'établissement, mais également aux contraintes de l'emploi du temps de l'élève, qui ne peut pas se rendre à tout moment en son cabinet. Elle insistait ainsi sur les nombreux arrangements auxquels elle devait procéder, organisant le rendez-vous par exemple entre certains cours, avant les heures de repas, ou encore à la fin de la journée lorsque l'élève disposait d'une plage horaire suffisante.

Importance du circuit interstitiel

Un second circuit se dessine toutefois, que nous qualifierons d'*interstitiel*, car il nous semble consacrer l'ambiguïté des anomalies au sein de l'espace scolaire. C'est à la faveur de ce circuit que le rôle du médecin scolaire comme *entrepreneur de pathologie* apparaît clairement, et que se comprend l'importance du travail de coordination que nous avons analysé dans la désignation des troubles.

Il renvoie à tous les cas où les troubles émergent dans les cadres « scolaires » de l'établissement. Ces cas constituent l'essentiel des cas que nous avons pu enregistrer. Les professeurs y jouent un rôle prépondérant, d'autant plus que les parents ne semblent pas en mesure d'assurer le signalement de troubles psychopathologique. Ce médecin scolaire le dit bien :

« Le signalement c'est les profs quand ils en peuvent plus, les parents c'est exceptionnel. En général, ils appellent plutôt le principal, le proviseur mais nous directement non. D'abord, ils savent pas qu'on existe, deuxièmement s'ils le savent, ils ne savent pas le jour où on est là. A moins qu'on ait des parents qui arrivent pour des pathologies organiques, oui il peut y avoir des parents parce que quelque part, il y pas de honte. Donc un gamin qui a une mucoviscidose, il arrive que les parents viennent en début d'année ou voire même en Juin, « voilà, comment est-ce qu'on peut organiser les choses ». Mais pour des problèmes psychologiques, des problèmes de souffrance, de TS, d'anorexie, JAMAIS ! »

(Médecin scolaire)

Ce circuit dessine une trajectoire relativement complexe, et fait intervenir plusieurs intervenants dans le travail de désignation. Celui-ci est de plus rarement adressé directement au médecin scolaire, en raison des contraintes organisationnelles qui rendent difficile un contact direct entre corps enseignant et médical. Ainsi, un médecin scolaire mentionne de nombreuses difficultés pour rencontrer les professeurs :

« Rencontrer les professeurs, c'est quand même pas évident. On est pas souvent là, ça c'est vrai c'est un problème, et même si on laisse un numéro, ou quoique ce soit, les professeurs, c'est pareil, ils ont leurs cours, leurs emplois du temps, ils peuvent pas toujours venir. Donc c'est rare qu'on les voit directement ».

(Médecin scolaire)

CPE et infirmière assurent alors l'interface dans un grand nombre de cas. Une séquence concrète pourrait se formaliser ainsi, désignant quatre étapes d'orientation et quatre classes d'intervenants :

- Perception d'une anomalie par le professeur

- Signalement de l'élève au CPE
- Signalement de l'élève à l'infirmière par le CPE
- Signalement de l'élève au médecin scolaire par l'infirmière

On voit là l'importance des autres acteurs que le médecin scolaire dans le signalement. Le coup d'envoi de ce travail de trajectoire est souvent le fait des professeurs :

« C'est forcément les professeurs et on ne le sait que quand les professeurs en ont marre et viennent nous dire, faut le voir celui là il va pas bien et donc qu'ils peuvent plus les supporter et un gamin qui est pénible ».

(Médecin scolaire)

De plus, le CPE joue un rôle essentiel dans l'orientation des adolescents, et leur acheminement vers le cabinet du médecin scolaire. L'infirmière, une fois encore, opère comme pôle de liaison et filtre, puisque c'est à elle qu'incombe la responsabilité de signaler l'élève au médecin. Celui-ci n'intervient qu'en fin de chaîne, venant ratifier ou infirmer les interprétations successives dont les anomalies présentées par l'adolescent ont pu faire l'objet. Il joue toutefois un rôle essentiel dans la mise en place d'un tel circuit. Sa capacité à se faire voir et connaître au sein de l'établissement est en effet la condition de possibilité d'un tel schéma de trajectoire. Quand bien même le médecin scolaire n'interviendrait qu'en fin de chaîne, il n'en reste pas moins le principal acteur par lequel une réponse médicale pourra être apportée aux troubles. Ce n'est que par sa présence, reconnue par les autres intervenants, que la trajectoire pourra revêtir un caractère médical. Il opère ainsi comme un *entrepreneur de pathologies*, non pas simplement en venant apporter un diagnostic ratifiant les interprétations successives des différents acteurs, mais en rendant possible l'organisation d'une réaction sociale médicalisée.

3- Conclusion

Dans cette première approche du repérage et de l'orientation des troubles psychiatriques en milieu scolaire, nous avons montré comment le travail de coordination du médecin scolaire pouvait lui permettre d'officialier en tant qu'*entrepreneur de pathologie*, proposant ainsi un registre d'intervention médicale sur les anomalies manifestées par les adolescents. Un des enjeux important, dans ce processus de repérage des anomalies, est leur qualification. L'ambiguïté des troubles du comportement au sein de l'espace scolaire les expose en effet à une interprétation en tant que déviance, qui peuvent rendre difficile leur désignation comme signes pathologiques. Le travail du médecin scolaire lui permet de proposer une réponse sociale susceptible de permettre une désignation des anomalies comme troubles pathologiques en assurant une coordination et un travail d'équipe avec les multiples intervenants impliqués dans le fonctionnement de l'institution scolaire.

Cependant, par définition, les situations qui lui échappent n'ont pas été abordées : il s'agit des anomalies qui sont repérées par des intervenants de l'institution, mais ne parviennent pas jusqu'au médecin scolaire. Certains acteurs, tels que l'infirmière scolaire ou le CPE, semble ainsi jouer parfois un rôle essentiel.

CHAPITRE III – CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

1- Données de cadrage : approche quantitative et typologie

Pratiques de repérage et d'orientation des médecins généralistes et scolaires : approche quantitative

En introduction à ce chapitre sur les pratiques de repérage des médecins généralistes et scolaires, nous présentons les résultats saillants de l'analyse des questionnaires²⁰. Ces résultats sont limités en termes quantitatifs, du fait du faible échantillon. Leur intérêt réside avant tout dans le couplage et la comparaison avec l'analyse des entretiens. En effet, ces derniers ont pu être des lieux où s'est levée la censure que l'on peut percevoir dans certaines réponses au questionnaire. Par exemple, dans le questionnaire, les médecins généralistes citent très rarement le « feeling » comme un des critères qui les amènent à orienter les patients vers la psychiatrie. Dans les entretiens, au contraire, il s'agit d'une dimension importante.

Quelques caractéristiques des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des patients présentant des troubles psychologiques ou du comportement

65% des médecins généralistes interrogés trouvent que les problèmes psychologiques et de comportement sont un motif de consultation fréquent.

37% des médecins interrogés n'ont pas de domaine d'intérêt particulier. 23% mentionnent un intérêt pour la psychologie, et seulement 6% un intérêt pour la psychiatrie. 48% des médecins disent n'avoir aucune expérience antérieure de la psychiatrie, et pour 20% des médecins, leur expérience de la psychiatrie se limite à l'externat. Comme source d'information sur les troubles psychologiques et psychiatriques, les médecins interrogés citent principalement les revues médicales destinées aux généralistes (85%).

Lorsqu'on les interroge sur l'existence de liens privilégiés pour les recours à la psychiatrie, la quasi-totalité des médecins généralistes identifient des interlocuteurs. Ainsi, 98% ont un professionnel ou une institution spécifique qu'ils contactent en cas d'urgence, proportion qui est de 87% pour une demande d'avis ou de suivi. C'est dans une situation d'hospitalisation que les médecins généralistes ont le moins d'interlocuteur privilégié, puisque 17% n'en mentionne aucun.

Les médecins généralistes interrogés font état de fréquents recours à la psychiatrie. Plus de 80% estiment qu'ils avaient orienté vers la psychiatrie plus d'une fois par mois au cours des douze mois précédents l'enquête. Mais l'orientation n'est pas la seule pratique des médecins généralistes face à des patients présentant des troubles psychologique ou du comportement. Ils décrivent des pratiques variées, puisque 79% suivent certains de ces patients seuls, 85% disent orienter certains patients vers la psychiatrie, et 80% pratiquent le suivi de certains de ces patients en cothérapie.

²⁰ Les tableaux sont présentés en annexe.

En ce qui concerne plus particulièrement le secteur psychiatrique, 21% des médecins interrogés n'identifient pas le secteur dont ils dépendent. Les médecins qui l'identifient font état d'un recours relativement fréquent, puisque la moitié dit avoir référé un patient au moins tous les deux mois au cours de l'année écoulée. Deux motifs d'insatisfaction sont mentionnés spontanément par les médecins : le retour sur le suivi engagé dans la structure psychiatrique, et la relation établie entre le médecin généraliste et la structure. Par contre, les médecins font spontanément état de leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge réalisée par les structures.

Sur 41 médecins ayant orienté au moins un patient vers une prise en charge en psychiatrie dans les 12 derniers mois, 39 médecins restants ont pu citer au moins une difficulté. Deux difficultés se distinguent parmi celles que les médecins ont spontanément dit avoir rencontré lors de ces orientations. D'abord les délais d'attente et plus généralement la disponibilité des professionnels contactés, qui sont citées par les deux tiers (29) des médecins interrogés. Ensuite la réticence du patient à aller consulter en psychiatrie, qui a posé une difficulté pour la moitié des médecins (20). Les autres difficultés mentionnées sont moins récurrentes. Il s'agit, dans l'ordre de fréquence, du retour des informations vers le médecin généraliste, de la qualité de l'accueil du patient, du prix des consultations, de l'environnement familial, et enfin de la gravité de la pathologie, et de leur mélange.

Critères décidant de l'orientation ou du suivi seul des patients présentant des troubles psychologiques ou du comportement

Le questionnaire demandait également aux médecins généralistes de citer spontanément les critères qui les amènent à décider d'orientation ou de suivre seuls certains patients. La pathologie est un critère souvent cité : 62% disent suivre seuls les patients présentant des troubles anxieux et dépressifs, et 48% disent orienter définitivement les patients présentant des troubles psychotiques. Lorsque l'enquêteur proposait la pathologie dans une liste de critères, 79% des médecins généralistes estimaient que cette dimension intervenait dans leur décision d'orientation des jeunes adultes vers une prise en charge en psychiatrie.

Parmi les autres critères cités spontanément par les médecins généralistes comme relevant d'un suivi seul, on trouve les problèmes de comportement, cités par 15% des médecins généralistes, et les problèmes d'addiction, cités par 12% d'entre eux. Enfin, 10% des médecins citent la réticence du patient à consulter en psychiatrie comme un motif de suivi seul, et ce pour l'ensemble de leur clientèle.

Conclusion

Cette enquête donne de premiers éléments sur les pratiques de repérage et d'orientation des médecins généralistes et scolaire à l'échelle de l'arrondissement. On peut remarquer que les médecins interrogés disent voir beaucoup de patients ayant des troubles psychologiques, tout en s'estimant peu formés à la psychiatrie. Ils disent également orienter de façon fréquente vers la psychiatrie. Pour orienter, que ce soit en urgence ou pour avis, il apparaît qu'ils disposent d'interlocuteurs privilégiés en psychiatrie auxquels ils ont souvent recours. C'est pour une hospitalisation que les médecins ont le moins souvent de tels interlocuteurs, ce qui pourrait signifier qu'ils ne décident pas eux-mêmes d'une hospitalisation, mais utilisent plutôt un intermédiaire, par exemple un psychiatre libéral.

Les pratiques des médecins interrogés vis-à-vis des patients présentant des troubles psychologiques ou du comportement sont très variées, puisqu'elles concernent autant l'orientation que le suivi seul et le suivi en cothérapie. Les critères utilisés pour décider du type de suivi fait intervenir la différenciation entre troubles psychotiques et troubles anxio-dépressifs. Les éléments du contexte de la relation, tels que la réticence du patient, l'existence d'un suivi antérieur, etc... jouent un rôle important dans leur décision.

Ces éléments devront être enrichis des informations recueillies lors des entretiens. Ils permettent de situer le contexte dans lequel ces informations prennent place.

Les médecins généralistes rencontrés : esquisse d'une typologie

Avant de nous intéresser aux pratiques de repérage proprement dites, nous commençons par caractériser les styles de pratiques des médecins généralistes rencontrés. Ces styles peuvent être approchés par leur position vis-à-vis de l'écoute, et nous importent dans la mesure où ils recouvrent des attitudes différentes face aux troubles psychiatriques.

A propos de l'écoute

Ayant rencontré des intervenants médicaux de statuts variés, il est frappant de remarquer à quel point le « suivi », « l'attention » et l'« écoute », sont mobilisés par l'ensemble de ces acteurs pour se distinguer des autres praticiens. L'« écoute » apparaît comme une revendication de sa professionnalité. Cette revendication recouvre une multitude de clivages « classiques » de la pratique médicale, opposant les généralistes aux spécialistes, les médecins libéraux aux praticiens salariés (qu'ils soient à l'hôpital ou en milieu scolaire) et parfois même les différents intervenants libéraux entre eux, selon leur secteur. Le temps accordé pour une consultation constitue à cet égard un sujet de moqueries, qui viennent sanctionner et discréditer les pratiques des autres intervenants. Certains praticiens hospitaliers du SHU, se moquent du temps de consultation moyen d'un généraliste, estimé à 7 minutes²¹. Déclarations qu'il faut confronter à celles de certains praticiens généralistes, selon qui les patients bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique se plaignent du peu d'attention que leur accordent les médecins psychiatres, passant de façon ponctuelle et brève, « pour voir si tout allait bien », disparaissant ensuite en laissant aux infirmiers la charge du malade. Les médecins scolaires mobilisèrent le même type d'argument à l'encontre des praticiens généralistes libéraux, qu'ils reléguèrent souvent au simple rang de « prescripteur » ne pouvant, en raison d'un emploi du temps surchargé et d'un nombre trop important de patients, accorder l'attention nécessaire à la prise en charge. Les praticiens généralistes libéraux usent de ce type d'argument pour se distinguer des praticiens spécialistes. Il s'agissait ainsi « de prendre en charge des malades, et non des maladies », en somme de prendre le temps et la peine d'instituer une relation personnelle avec le patient qui ne se limite pas à une intervention technique. Ce praticien le note bien lorsqu'elle déclare :

« Un généraliste, à la différence d'un spécialiste, ne peut pas dire : « Bon ben voilà, ça ça va pas, il faut faire ça, et puis point ». Si on fait ça, le patient il reste pas, on le revoit pas. Ça va pour des consultations ponctuelles, mais pas pour nous ».

²¹ Le rapport de l'URML, annonce 17 minutes. Les propos des thérapeutes libéraux vont en ce sens, et estiment à 20 minutes la durée moyenne de consultation. Quelque soit la véracité de ces dires, ces propos suffisent à illustrer les conflits à l'œuvre.

(Médecin généraliste, secteur 1)

Enfin, les praticiens libéraux de secteur 2 ou non conventionnés, justifient une telle situation, et les honoraires qu'elle permettait d'obtenir, par l'attention supplémentaire accordée au patient. Ils reprennent d'ailleurs à leur compte les arguments de certains praticiens hospitaliers, à l'image de ce médecin non conventionné, interrogé sur un tel choix :

« Moi, de toute façon, j'aime pas aller vite, j'ai jamais su faire. Alors secteur 1, la consultation qui dure 5 minutes, j'ai jamais aimé ça et je pouvais pas ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

L'accent mis sur l'écoute permet donc à chaque catégorie professionnelle de se distinguer des autres intervenants par une attention accrue aux doléances de chaque patient.

Si nous nous penchons plus particulièrement sur l'usage qu'en font les médecins généralistes, il semble que l'« écoute » constitue, pour le médecin généraliste, la condition *sine qua non* d'une « prise en charge globale » du patient. Pour un intervenant psychiatre, cette même écoute du médecin généraliste sera qualifiée de « soin primaire » et superficiel. Lui y oppose un examen « en profondeur », qu'il revendique.

« Le médecin généraliste est dans le soin primaire, c'est-à-dire que sa mission est de soulager les gens, et qu'il n'est pas forcément dans une perspective de compréhension et de recul [...] Le psychiatre tenterait de replacer cette souffrance dans un vécu plus général ou dans une histoire globale de la personne. Ce qui fait que la façon d'écouter est différente : en d'autres termes, c'est pas parce qu'on pleure ou qu'on est triste qu'on doit être soulagé tout de suite. C'est un peu la caricature du psychiatre qui, quand il voit quelqu'un en urgence, va essayer de comprendre pour quoi il comme ça sans forcément chercher à le soulager. Le psychiatre va essayer de comprendre pour le mobiliser, là où le généraliste cherchera plutôt à le soulager. [...] La psychothérapie est là pour comprendre, et pas nécessairement pour soulager. Le soulagement viendra ensuite. [...] c'est aussi un travail d'introspection ».

(Psychiatre, vacataire hospitalier et praticien libéral)

Les praticiens généralistes tendent d'ailleurs à légitimer cette revendication, insistant sur le caractère « intime » ou « profond » de l'analyse psychodynamique. Eux-même donnent plutôt une définition *extensive* de leur écoute, insistant notamment sur le « contexte » ou l'« environnement » du patient, s'efforçant, selon leurs dires, de tenir compte de sa situation familiale ou professionnelle. Ce praticien non conventionné le dit bien :

« Comme je suis orienté vers une prise en charge globale des gens, je consulte l'environnement, social, familial, professionnel, parce que j'estime que ça influe sur sa santé ».

(Médecin généraliste de secteur 3)

A travers la façon dont ils définissent l'écoute, nous proposons de distinguer, parmi les praticiens généralistes libéraux que nous avons rencontrés, entre les *omnipraticiens*, et les praticiens *communautaires*. Ils se différencient par les valeurs qu'ils défendent et leur style de pratique. Les *omnipraticiens* et les médecins généralistes *communautaires* semblent se distinguer par le caractère *total* ou *local* de l'écoute qu'ils peuvent proposer à leur patient. Ces divergences de définitions et ces styles de pratiques sont importants dans la mesure où ils paraissent déterminer l'*investissement différentiel* des thérapeutes dans la prise en charge de patient souffrant de troubles psychopathologiques. Cette typologie recouvre en effet également en grande partie les attitudes vis-à-vis de la prise en charge de patients présentant des troubles psychopathologiques.

Les omnipraticiens

Les *omnipraticiens* correspondent à des praticiens généralistes adoptant une définition *globale* et *totalisante* de leur exercice. 7 des 12 médecins libéraux interrogés entrent dans cette catégorie. Le secteur ne semble pas influencer sur une telle définition. 3 des 3 médecins de secteur 1 entrent dans cette catégorie, de même que 4 des médecins de secteur 2 et que l'un des médecins non conventionnés. Les médecins appartenant à la catégorie des *omnipraticiens* tendent ainsi à mettre l'accent sur leur investissement indifférencié dans la relation thérapeutique, quelque soit la pathologie du patient.

Cette catégorie de praticiens est confrontée à l'émergence des troubles psychotiques. Elle prétend, en raison de la définition adoptée de sa profession, s'investir dans la prise en charge et le suivi des patients souffrant de troubles psychopathologiques. Le même médecin de secteur 3, cité plus haut, indique ainsi :

« Vu que je prétends offrir une prise en charge globale, je suis confronté à ce genre de problèmes [psychologiques ou psychiatrique]. Et je suis obligé de faire quelque chose ».

(Médecin généraliste de secteur 3)

Un autre praticien appartenant à cette catégorie, interrogée sur le vocabulaire psychiatrique qu'elle a pu mobiliser au cours de l'entretien, remarque ainsi :

« J'ai pas d'intérêt particulier pour la psychiatrie, c'est simplement que ça vient à moi, et que je me sens tenu de faire quelque chose, alors je me renseigne. C'est vraiment le tout venant, c'est plus en pratiquant, en se trouvant confronté à des cas comme ça, que l'on va chercher des informations par rapport à ça ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Cette catégorie de thérapeute fait de l'« écoute » la principale composante de son acte professionnel. Un médecin remarque ainsi :

« L'écoute c'est essentiel, c'est la clef de notre travail quand même. Et puis bon, nous, on soigne des malades, pas des maladies, c'est des personnes auxquelles on a affaire ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les généralistes *omnipraticiens*, s'ils mentionnent tous un intérêt pour les troubles psychopathologiques, le décrivent comme une nécessité de leur exercice, à l'image du thérapeute cité plus haut. De plus, ils ne disposent pas tous de compétences psychiatriques ou de contacts dans le domaine de la psychiatrie publique. Ainsi, un *omnipraticien* nous a dit à plusieurs reprises être totalement démuné, et ne pas savoir qui appeler face à ce genre de cas, qu'il souhaitait pourtant prendre en charge.

Praticiens communautaires

A l'opposé, les praticiens *communautaires* tendent à adopter une définition *locale* de leur exercice. Les médecins appartenant à cette catégorie sont au nombre de 5 dans notre échantillon,

respectivement 2 de secteur 1, 2 de secteur 2 et un non conventionné. Ils se caractérisent par l'adoption d'une spécialité²², qui induit un recrutement spécifique.

Par exemple, ce praticien, spécialisé dans la prise en charge de patients sidéens :

« Cela implique également d'avoir un carnet de rendez-vous vide, parce que vous recevez des patients sidéens, et certains... Ils le diront pas hein... Et puis certains penseront que je ne suis que spécialiste... [...] Pour eux je suis plus un vrai généraliste ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

L'élaboration de telles stratégies de spécialisation tend à infléchir la perspective adoptée par le médecin généraliste. Tous les praticiens appartenant à cette catégorie insistent ainsi sur l'intérêt qui fonde leurs choix professionnels. Le praticien spécialisé dans la prise en charge de patients sidéens, ayant par ailleurs fait montre d'une certaine frustration vis-à-vis de la médecine générale, le dit :

« Etre médecin généraliste c'est très frustrant, c'est vraiment très frustrant. Il y a les gouttes, le nez qui coule, tout ça, c'est pas exaltant. [...] Recevoir comme ça des patients sidéens, c'est aussi ce qui me permet de rendre le travail intéressant ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ces praticiens tendent dès lors à minimiser l'écoute qu'ils peuvent accorder à leurs patients. Le terme revient significativement moins dans leurs propos. Nous pouvons citer ici ce même thérapeute :

« Je fais de l'écoute, oui, un peu d'écoute, le minimum d'écoute quoi, selon ce que veulent les patients ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Cette écoute, si elle est minimisée par rapport aux thérapeutes de la catégorie *omnipraticiens* qui en font la base de leur acte professionnel, n'en reste pas moins présente. Ainsi, un thérapeute communautaire, après avoir négligé cette écoute, remarque toutefois :

« L'écoute, j'en fais oui, comme ça. [...] Mais les gens, je les connais, ils me font confiance. Quand je dois les orienter par exemple, pour quoique ce soit, je sais qui sait, alors je juge selon leurs moyens surtout, s'ils ont les sous ou pas ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

De la même façon, le praticien spécialisé dans la prise en charge de patients sidéens, a pu nuancer l'importance de cette écoute et de la relation qu'il entretenait avec ces patients, pour ensuite décrire un épisode de consultation avec un malade du SIDA, qui nous semble témoigner de son investissement dans la relation avec ce type de patients. Il évoque ainsi une situation où il devait recevoir un patient sidéen en stade terminal, souffrant de multiples pathologies. Il était alors accompagné par une interne, qui avait été très angoissée par le déroulement de la consultation :

« Et je me suis permis de lui dire après « Toi, tu as un problème avec la mort », parce que l'intéressé, que je connais depuis 15-20 ans, on a passé la consultation à plaisanter, médicalement, mais à plaisanter.

²² Prise en charge des patients sidéens pour l'un d'entre eux, celles des troubles psychologiques et psychiatriques pour deux d'entre eux, celles des comportements d'addiction pour un praticien, celle de la pédiatrie des nourrissons pour une personne, et enfin une spécialisation dans l'homéopathie pour le dernier médecin.

C'est à dire que la vie était encore là, et ça, elle l'a pas compris. Pour elle, à partir du moment où la personne était en phase terminale, ça devait être une consultation lugubre, pesant ses mots... ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ainsi, cette écoute semble s'investir de façon privilégiée avec les patients spécifiques du thérapeute. Elles tendent surtout à revêtir une importance moindre dans la pratique des thérapeutes et la définition qu'ils en donnent. Ainsi, 5 des 6 généralistes *communautaires* que nous avons rencontrés exercent des fonctions médicales ou préventives en dehors de leur cabinet, et tendaient à s'investir énormément dans de ce genre de pratiques. Par exemple, le même généraliste spécialiste des patients sidéens travaillait dans un service hospitalier de prise en charge de ce type de patients dans un grand hôpital parisien. Ces différents constats nous invitent ainsi à considérer que ces praticiens *communautaires* tendent à s'investir préférentiellement dans la prise en charge des patients correspondants à leur spécialité, proposant alors eux aussi une approche globale et personnalisée, limitée toutefois à ces seuls patients.

De façon générale, les praticiens communautaires refusent de s'investir dans la prise en charge de troubles psychiatriques. Un des praticiens de cette catégorie le dit explicitement :

« De toute façon, dites vous bien que tout généraliste a son lot de [patients] psy qui l'emmerdent. Moi, j'en veux pas, j'aime pas ça ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

Il faut cependant distinguer les deux praticiens communautaires rencontrés dont la spécialité est axée sur les troubles psychopathologiques, et qui de ce fait s'impliquent dans la prise en charge de ce type de patients.

Cette typologie a valeur méthodologique et doit être maniée avec prudence, compte tenu de possibles biais de recrutement. Il nous a été plus facile de rencontrer des intervenants se sentant concernés par les questions que nous souhaitions aborder. Nous avons cependant corrigé ce biais, et rencontré, par d'autres réseaux, des praticiens plus réfractaires vis-à-vis de la pratique psychiatrique. Ceux-ci entrent tous dans la catégorie des praticiens communautaires. Il est de ce fait difficile de faire la part entre les conséquences d'une stratégie de légitimation et d'un recrutement spécifique, et leurs réserves vis-à-vis du monde psychiatrique.

2- Incompétence diagnostique et diagnostic intuitif

L'intervention thérapeutique a un caractère interactionnel. Au cours de cette interaction, le thérapeute doit élaborer un cadre participatif dans lequel il pourra mener à bien son intervention et voir reconnues ses exigences professionnelles. Sa *compétence relationnelle* est donc essentielle. Nous souhaitons montrer ici que l'émergence des troubles psychopathologiques au cours de l'interaction entre le médecin et le patient induit une *altération de la relation* qui vient remettre en cause la maîtrise du thérapeute sur son intervention. C'est justement cette altération du lien dans l'intervention médicale qui constitue l'un des éléments essentiels de désignation des troubles psychopathologiques.

Les propos qui suivent concernent les médecins généralistes et scolaires. L'élaboration du diagnostic semble en effet obéir à des processus analogues chez l'une et l'autre catégorie de

médecin²³, même si la situation institutionnelle des médecins scolaires et l'impossibilité de suivre leurs patients en dehors de leur cursus scolaire par exemple, font de la continuité de la relation et de la fidélité du patient un élément secondaire.

Incompétence diagnostique des médecins généralistes et scolaires

Les médecins généralistes et scolaires que nous avons rencontrés tendent à adopter une même définition de leur compétence. Tous, sans exception, ont insisté au moins une fois, au cours de l'entretien, sur le caractère clinique et somatique de leurs compétences. Nous pouvons ici citer un chapelet de déclarations venant justifier ce point, en commençant par les médecins scolaires :

« Moi, je suis une clinicienne, je fais du somatique, de la clinique somatique ».

(Médecin scolaire)

« Je fais de la clinique, ce que je sais faire c'est ça, de la clinique. Et pas psychiatrique, somatique, c'est le corps que je connais »

(Médecin scolaire)

Ce à quoi les médecins généralistes que nous avons rencontrés font écho lorsqu'ils déclarent :

« En fait je suis médecin à la base et clinicienne... »

(Médecin généraliste, secteur 2)

« Moi je suis clinicien, alors je commence toujours par un examen clinique corporel approfondi, c'est mon travail aussi ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Cet enchaînement de citations peut être complété par le constat de nombreuses occurrences du terme « somatique » au cours de nos entretiens. Il apparaît, pour chacune des catégories de médecins, de 2 à 5 fois.

Nombre de médecins généralistes se sont déclarés démunis face à l'émergence de troubles du comportement. 6 d'entre eux, appartenant à la catégorie des *omnipraticiens*, ont insisté sur leur absence de compétence afin d'établir un diagnostic. Nous avons déjà cité l'un d'eux, qui vaut d'être rappelé ici :

« Ce sont des cas fréquents, et lourds à gérer, parce qu'on est pas formé pour ça, pour faire le diagnostic, ou quand le diagnostic est évident, on sait pas forcément quoi faire ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Un autre indique de façon plus nette encore son absence de compétences et l'impossibilité dans laquelle il se trouve de proposer un diagnostic. Dès lors, il lui semble impossible de faire quoi que ce soit :

« Face à des patients comme ça, on est démuni. Moi je suis somaticien, je connais le corps, mais là faire un diagnostic, je peux pas, j'ai pas été formé, et du coup, je sais pas non plus quoi faire pour aider ou prendre en charge des patients comme ça. J'ai pas les outils pour le faire ».

²³ Il faut rappeler que les trois médecins scolaires que nous avons rencontrés ont exercé, auparavant, comme médecin généraliste libéral.

(Médecin généraliste, secteur 1)

Certains médecins généralistes ont toutefois mobilisé un vocabulaire et des catégories diagnostiques psychiatriques, témoignant d'une compétence et d'une connaissance en termes de clinique psychopathologique. Ainsi, trois *omnipraticiens* ont utilisé un tel vocabulaire. Pour autant, ils ne se considèrent pas comme compétents. L'un d'eux, interrogé sur l'usage d'un tel vocabulaire, note ainsi :

« C'est vraiment le tout venant, c'est plus en pratiquant, en se trouvant confronté à des cas comme ça, que l'on va chercher des informations par rapport à ça, qu'on discute avec les psychiatres, avec qui on peut discuter de cas, voir les problèmes qu'on a pu avoir à ce moment là, voir si on a bien managé ça ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Cet extrait montre de plus que ces trois médecins se sont formés en autodidactes à la psychiatrie, notamment à travers la lecture de revues médicales destinées aux généralistes, ou encore en se renseignant auprès de confrères spécialistes. Ainsi, un autre *omnipraticien*, travaillant en cabinet avec, entre autres, une psychologue, avait pu obtenir des informations auprès d'elle et manifester, à travers son vocabulaire, un travail de formation en clinique psychiatrique. En dépit de ces connaissances, ces médecins se considèrent comme incapables d'établir un diagnostic psychiatrique.

Les praticiens *communautaires* tendent eux aussi à se décrire comme incompetents pour la prise en charge de tels patients. Le médecin généraliste spécialisé dans la prise en charge des patients sidéens insiste sur son absence de compétence en la matière et considère de plus qu'il peut être délétère ou nuisible pour un généraliste d'entreprendre une telle prise en charge :

« Je veux pas faire ce travail de psychothérapie, parce que j'en ai pas les compétences, parce que ça ne m'intéresse pas. En plus, cela peut être dangereux pour un généraliste, parce que le généraliste, s'il le fait, il faut qu'il prenne de la distance, et l'implication du patient et du généraliste n'est pas la même, donc elle est biaisée ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ces propos font écho à ceux du médecin spécialisé dans la prise en charge des comportements d'addiction, qui insistait de son côté sur le risque pour le patient et le médecin, de voir la situation dérapier et culminer en un suicide.

Seuls les médecins *communautaires psy* ont revendiqué une certaine compétence. Il nous faut cependant nuancer. Le médecin ayant suivi un cursus en psychologie n'a pas insisté sur sa compétence. Elle a plutôt manifesté la possession d'un vocabulaire et de catégories diagnostiques psychologiques et psychiatriques. Ainsi, le terme de « décompensation psychiatrique » fut utilisé à 5 reprises par le médecin généraliste formé en psychologie que nous avons rencontré. Enfin, le médecin généraliste spécialisé dans la prise en charge des troubles du sommeil et du comportement a, quant à lui, manifesté une plus grande sérénité au sujet de sa compétence. Sans prétendre posséder les compétences psychiatriques de façon explicite, il a tout de même noté, au cours de l'entretien, pouvoir, compte-tenu de sa formation, s'établir comme neuropsychiatre s'il en prenait la décision. De plus, à la différence des médecins cités plus haut, lui s'estimait capable de faire la part des choses :

« Ce que je fais face à des patients comme ça ? Ça dépend en fait, je sais ce que je sais faire et ce que je sais pas faire, donc je vois au cas par cas ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

Ajoutons de plus que lui seul a revendiqué la compétence nécessaire pour initier un traitement neuroleptique. Il note ainsi :

Les médicaments neuroleptiques, ça je m'en charge, je connais les molécules, j'ai pas de problèmes avec ça »

(Médecin généraliste, secteur 2)

Son discours contraste alors fortement avec celui de l'ensemble des médecins interrogés, qui montrent eux des réticences à instaurer un tel traitement, faute des connaissances et compétences nécessaires pour le faire. Citons à nouveau un extrait déjà mobilisé :

« Je n'instaure pas de neuroleptiques, de même que je n'instaure pas de doses massives d'anti-dépresseurs, moi j'estime qu'on n'est pas assez formé pour ça, c'est vraiment une lacune de notre formation ».

(Médecin généraliste, non conventionnée)

Les propos de ce médecin généraliste appartenant à la catégorie des omnipraticiens fait écho à celui du médecin référent du réseau prépsy :

« Les neuroleptiques, je sais pas, c'est super lourd comme truc, c'est hard quoi. Mettre quelqu'un sous lithium, ça je fais pas ça ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

De même, les médecins communautaires font état de réticences au sujet du traitement. L'un d'eux déclare ainsi « ouvrir le parapluie » dès lors qu'un tel traitement doit être mis en place. Seul le médecin communautaire spécialiste des patients sidéens ne manifeste pas de telles réserves. Toutefois, cela paraît tenir davantage à son habitude de manipuler des traitements lourds qu'à la revendication d'une quelconque compétence en la matière :

« Je suis un expert des contre-indications, Je suis spécialiste des patients atteints du Sida alors je ne prescris que des médicaments qui ont des contre-indications ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les médecins scolaires se définissent également comme cliniciens, et tendent également à ne pas se reconnaître compétentes en matière de clinique psychopathologique. C'est le corps qui apparaît comme le support de leurs compétences. Cependant, on peut noter qu'elles n'ont pas manifesté au cours de l'entretien le même sentiment d'inquiétude et de désarroi que les médecins généralistes rencontrés.

Les classifications des troubles

Cette incompétence revendiquée en termes de diagnostic psychiatrique invite à analyser les termes et catégories utilisés pour classifier les troubles rencontrés par les médecins. Les médecins, qu'ils officient en milieu scolaire ou libéral, sont confrontés à une multitude de pathologies. Outre les nombreuses pathologies somatiques, qui recouvrent des situations et des gravités diverses, les troubles et souffrances psychiques auxquels ils sont confrontés sont eux aussi variés. Toutefois, bien que les modalités et conditions d'accès au soin se différencient nettement, les catégories et termes employés pour décrire et définir les situations se révèlent extrêmement proches.

Nos interlocuteurs en proposent rarement une définition formalisée. Ainsi, le diagnostic qu'il peuvent émettre afin d'identifier un problème et un ensemble de troubles ne s'appuie pas sur des entités nosologiques psychiatriques. La distinction entre névrose et psychose n'a, significativement, pas été utilisée par les intervenants lors de nos entretiens. L'ambiguïté et l'absence de consensus relatif à cette distinction en dissuadent l'usage. Ainsi, un médecin généraliste, invité à préciser les critères lui permettant de décider s'il prenait en charge un patient ou l'orientait vers un confrère spécialiste, nous répondit d'un air amusé :

« Comment je décide ? Comment je fais la différence entre névrose et psychose... (Silence et rire) ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Au lieu de telles catégories, les intervenants que nous avons pu rencontrer emploient divers principes de classification *exotérique*, permettant de distinguer les manifestations symptomatiques selon leur *gravité*, leur *chronicité* et leurs conséquences sur le déroulement de l'intervention thérapeutique.

Ainsi, la *gravité* des troubles et de leurs manifestations constitue la principale modalité de classification des situations. L'enquête par questionnaire, au cours de laquelle nous examinions les modalités de prise en charge en fonction d'une multitude de facteurs révèle que le critère « gravité des troubles » constitue un élément essentiel de décision pour le médecin généraliste. Nous pouvons de plus citer ici le médecin généraliste référent du réseau Prépsy, qui livre, nous semble-t-il, une bonne illustration de notre propos :

« Ca dépend, il y a la petite psychiatrie, puis il y a la psychiatrie de chez psychiatrie, tout ce qui est grosse schizophrénie ; C'est pas la même chose tout ça ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les intervenants distinguent ainsi entre les cas « lourds » et « petits ». Ils introduisent notamment une différence entre les « situations réactionnelles », qui vont de la « dépression », « petite déprime », au « stress », et les troubles qualifiés de « graves ». Ces « situations réactionnelles » sont souvent prises en charge par le praticien généraliste même seul, sans travail d'articulation et d'orientation. Un médecin généraliste indique ainsi :

« Les dépressions, les trucs réactionnels, en général, j'essaye de les prendre en charge ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Elles sont décrites comme des « crises », situations « aiguës » et, à ce titre, « passagères ». Elles correspondent ainsi à des situations et à des manifestations symptomatiques de durée brève, et laissant espérer un pronostic positif. Elles font d'ailleurs l'objet d'une interprétation *profane*, qui ramène l'étiologie des troubles à des événements biographiques ou au « contexte » de vie de l'individu. Un médecin, évoquant ses difficultés à distinguer les signes et à les interpréter, notamment pour le cas des adolescents, indique ainsi :

« Mais entre le gamin qui peut avoir des raisons de faire une dépression, disons réactionnelle, et celui qui n'a pas de raisons, et qui va entrer dans une psychose, c'est vrai que je sais pas toujours faire la différence ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Cet extrait nous semble indiquer l'importance de la possibilité d'apporter une explication aux troubles dans leur catégorisation. Ce même médecin indiquait d'ailleurs que l'absence de motif ou d'intention constituait un critère alarmant :

« S'ils commencent à dire qu'ils sont obligés de faire des choses, c'est plus embêtant... »

(Médecin généraliste, secteur 1)

Son propos fait écho à un autre exemple, tiré d'un entretien avec un médecin généraliste :

« Ce que je fais ? Ça dépend en fait, le truc réactionnel, le jeune qui a un chagrin d'amour par exemple, je vais pas l'envoyer à l'hôpital pour ça. Par contre, quand c'est plus grave... »

(Médecin généraliste, secteur 2)

Les signes et symptômes reçoivent ainsi une explication qui les inscrit, non dans un registre pathologique, mais dans le cours normal d'une existence. Cette catégorie rassemble alors les différents troubles présentant un pronostic positif car ils peuvent recevoir une explication rationnelle. Un médecin indique ainsi, synthétisant notre propos :

*« Ben les trucs réactionnels, ça va, ça se comprend, et c'est des cas dont on a la quasi-certitude que ça va rentrer dans l'ordre **tout seul** ».*

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ces cas sont alors pris en charge par le médecin lui-même, qui les accompagne et contrôle leur évolution, s'efforçant d'« aider le patient à retrouver une vie normale ».

A l'opposé se dégage la catégorie des troubles « graves », qui rassemble un ensemble relativement indifférencié de manifestations symptomatiques. C'est dans cette catégorie que les médecins généralistes et scolaires paraissent classer les troubles psychopathologiques, et c'est pourquoi nous les avons interrogés de façon préférentielle sur les signes cliniques qui la composent. Toutefois, cette catégorie ne semble pas devoir recouvrir les seuls cas psychotiques. Le praticien ne disposant pas toujours d'un diagnostic émis par un professionnel de la psychiatrie, nous ne pouvons l'affirmer. Cette gravité nous paraît toutefois articuler deux principes classificatoires, que sont la *chronicité* et la *dangerosité* des manifestations symptomatiques pour le patient et son entourage. La dangerosité, pour soi ou autrui, apparaît ainsi un trait essentiel pour définir une « situation grave ». Un médecin généraliste le dit bien :

« Un jeune, qui fait un excès de rage, avec parfois des éclats de violence, là oui ça devient grave ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Et comme le suggère cet extrait, les tentatives de suicide, ou tout comportement violent, tels que les mutilations, accès de violence, physique ou verbale, entrent ainsi dans cette catégorie.

Des faisceaux de signes

Les signes évidents

De tels signes ouvertement violents ne constituent toutefois qu'une part relativement congrue, qui désigne les manifestations les plus « éclatantes ». S'y ajoutent un vaste ensemble de signes dits « évidents », appartenant eux aussi à la catégorie des situations qualifiées de « graves » et qui nous

semblent renvoyer à des manifestations pathologiques qui, sans nécessairement culminer en comportements violents, constituent autant d'*inconvenances situationnelles*.

L'ensemble des signes énumérés ci-après sont ainsi extraits de récits ou de descriptions que le médecin, scolaire ou généraliste, a considéré comme une manifestation évidente de la pathologie. Une description plus détaillée de ces cas par les médecins nous a permis de mieux comprendre la logique dans lesquels s'inscrit le caractère d'évidence de ces signes. Dans cette séquence d'entretien, il s'agit du cas d'un jeune adulte, étudiant en classe préparatoire scientifique, et remarqué par le médecin scolaire lors d'une visite médicale pour sa tenue jugée inadaptée pour un élève scientifique et son discours trop littéraire :

« - *Il y a eu d'autres éléments ?*

- *Pendant un an, un an et demi, s'enfermer avec un ordinateur, pas de copain, pas de copine, etc... donc le Dr F. nous a tout de suite confirmé comme une personnalité particulière ou je sais pas quoi... qu'il fallait qu'il creuse ce souci donc à ce moment là on avait... justement on voudrait une consultation pour un avis juste... on vous le laisse ou c'est à nous de nous en occuper comme le contact était bien passé. Il était pas... il était globalement évident. Il n'y avait pas besoin d'être médecin pour savoir qu'il y avait un truc derrière.*

- *C'était évident en quoi ?*

- *Par son discours, cette espèce de... que rien n'était prévu, il arrive sur Paris, avec une classe prépa donc il a été forcément accepté en Juillet. Il arrive en Septembre, il y a toujours pas de chambre prévu. Il squatte chez un copain, le copain le vire parce qu'il a tout foutu en l'air chez lui. A mon avis il a vécu chez lui et pas comme quand on vit chez quelqu'un d'autre. Des trucs qui font quand même se dire, une allure qui correspondait pas du tout à l'élève de prépa scientifique. On en voit des un peu comme ça en littéraire, un discours un peu compliqué, alambiqué mais en scientifique non ! »*

Ces signes évidents se laissent classer en diverses catégories d'*inconvenances situationnelles*. Ce sont tout d'abord des *folies de la place*, comportements inconvenants qui manifestent une incapacité de l'individu à tenir sa place, et viennent rompre le cadre dans lequel se déploie l'interaction. Ce sont alors des « manières de se tenir », des « gestes répétitifs » ou « déplacés ». Un médecin généraliste le dit bien, lorsqu'elle remarque :

« *Il y en a, ça se voit tout de suite, dès qu'ils entrent, il y a des gestes comme ça, répétitifs, des façons de se tenir aussi, de suite on sent qu'il y a un truc qui va pas* ».

(Médecin généraliste, non conventionné)

Certaines manifestations sont plus visibles. Un médecin scolaire, interrogée sur le sentiment d'étrangeté ressenti au contact d'un tel patient, nous en livre un exemple :

« *Il touchait à tout c'est à dire que rien dans le bureau ne restait en place. J'ai une étagère avec des documents et il est venu derrière mon bureau pour voir ce qu'il y avait. Ce qu'on peut attendre d'un gamin de maternelle mais pas d'un jeune de seize ans. Il ouvrait tout* ».

(Médecin scolaire)

Ces inconvenances correspondent également aux situations où l'individu ne parvient à remplir son rôle de *support de rencontre*. Ils se caractérisent alors par l'incapacité du patient à adopter une ligne de conduite et une face afin de soutenir l'épreuve de l'interaction. Il s'agit alors de « regards fuyants », « qui n'accroche pas », « dont on sent que le patient dérape » ou « est en décalage ». Il semble alors

impossible, pour le praticien, d'adopter une ligne de conduite susceptible de permettre le maintien de l'interaction, et de la conversation. Ce sont enfin des propos de l'individu qui s'inscrivent hors du cadre qui vient donner sens à la situation. Ce médecin scolaire l'illustre :

« On a essayé de la revoir très régulièrement celle-ci entre l'assistante sociale et moi pour que l'assistante sociale essaie de gérer ses problèmes financiers mais elle était aussi très étrange en ce sens que tout ce qui était médical elle en parlait avec l'assistante sociale en lui demandant des conseils et tout ce qui était social, elle me le demandait à moi ».

(Médecin scolaire)

A ceci s'ajoute les discours « *ambigus* » ou « *incobérents* », qui sortent du cadre, à la faveur « *de sauts de la pensée* » tels « *qu'à la fin on ne comprend rien* ». Ce sont également des discours jugés déroutants, et déplacés, en raison de leur *démésure*. Quand bien même ils manifesteraient une certaine cohérence, et parviendraient à s'inscrire dans une cité déterminée, ils inquiètent par leur excès. Ici encore, citons l'un des intervenants, dont une patiente semblait faire preuve d'une certaine *démésure* artistique :

« Même son projet de thèse était fou, c'était tellement spécialisé, pointu, c'était démesuré, allez voir les vitraux de je ne sais plus quelle chapelle, etc. Vraiment, ça avait l'air infaisable. Et elle m'en parlait tout le temps, parce qu'elle ne s'en sortait pas ».

(Médecin généraliste, non conventionné)

Les signes alarmants

S'ajoute enfin à ce faisceau de signes *évidents* un ensemble de signes dits *alarmants*, pour lesquels le médecin peut manifester une inquiétude ou un doute pour son patient. Ici encore, les signes qui suivent sont extraits de récits pour lesquels le médecin avait évoqué une « *inquiétude* », sans pour autant considérer que les troubles étaient évidents. Se dessinent alors un ensemble de signes définissant un ensemble de cas dit « *à surveiller* », « *pour voir comment ça évolue, et faire le point* ».

L'examen de ce faisceau nous fournit d'ailleurs l'occasion d'une précision. La capacité à s'alarmer de comportements semble en effet dépendre de l'instauration avec un patient d'une situation relationnelle durable. Ainsi, les patients nouveaux venus, ou peu connus, paraissent plus difficiles à appréhender pour le médecin. Un médecin généraliste le dit bien d'ailleurs :

« Avec un patient qu'on connaît pas, c'est pas facile, il y a des comportements comme ça, on sait pas, c'est la première fois qu'on le voit, du coup, on s'interroge une fois, mais bon, on se dit qu'il est comme ça, et puis voilà. Alors qu'en fait, c'est peut être plus grave que ça ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ainsi, la capacité à s'alarmer semble obéir à une logique cumulative. Un autre médecin généraliste le dit bien lorsqu'il précise :

« Il faut à mon avis un cumul d'évènements, pour agir ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ici donc, l'instauration d'une relation durable permet au médecin d'accéder à un nouveau faisceau de signes, à la faveur duquel peut s'opérer une détection des troubles. Ce faisceau reste souvent inaccessible au médecin scolaire qui, nous l'avons dit, ne peut guère établir de relation avec les

adolescents en dehors de leur séjour au sein de l'établissement scolaire. Un médecin scolaire le dit :

« Ben c'est pas compliqué, quand ils sont plus scolarisés dans l'établissement, on les voit plus ».

(Médecin scolaire)

En revanche, les médecins généralistes nous semblent ainsi en mesure de recueillir une multitude d'informations alarmantes. Ces perceptions semblent dépendre directement des conditions d'exercice des médecins généralistes, et de la *perspective médicale* qu'elles leur permettent de déployer.

La perception des signes alarmants fait intervenir la figure de la *personne normale* mobilisée par les médecins. Les discours des praticiens libéraux que nous avons rencontrés renvoie à une définition de la *personne normale* parcourue par une tension, entre d'un côté une conception de l'unité de l'individu en tant que sujet moral, et de l'autre une vision de la multiplicité de ses prises de rôles²⁴. Le patient est ainsi décrit comme un individu « un », « unique » et « cohérent ». Toutefois, il apparaît susceptible de présenter « une multitudes de facettes ». Le regard médical, qui appréhende la personne à travers le discours de multiples acteurs, proches et membres de la famille, tend ainsi à ressaisir les différents rôles endossés par l'individu au gré de situations variées, et dans des contextes divers. C'est ce que dit un autre médecin :

« Vous savez, moi je suis médecin de famille, alors les patients, je sais qu'ils ont plusieurs visages. Qu'avec moi ils sont comme ça, mais bon, comme je parle et j'écoute les autres, par exemple la femme, le fils, tout ça, je vois bien qu'ils ont plusieurs visages selon avec qui ils sont etc. Un patient, pour moi c'est tout ça, à la fois ce que j'en sais et ce qu'on m'en dit ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Se dégage donc une figure de la personne normale, constituée d'une multitude de parties, investie toutefois d'une unicité qui définit l'individu dans sa singularité. Ceci vaut d'ailleurs nettement pour l'adolescent, conçu lui comme un puzzle. A la différence de l'individu adulte, l'adolescent est ainsi appréhendé comme une multiplicité en formation, en voie d'être ordonnée. Un praticien le résume bien, lorsqu'il déclare :

«- L'adolescence, c'est ça, c'est comme un puzzle, il faut leur expliquer que c'est normal que parfois ils se sentent pas bien, que parfois ils se sentent différents, selon les gens avec qui ils sont, les situations, qu'ils soient pas toujours les mêmes...

- Et c'est un problème de l'adolescence ça ?

- Pas un problème non, c'est normal, c'est l'adolescence quoi ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

A cette image spatiale s'ajoute une figure temporelle dont la linéarité désigne le souci d'une cohérence. La « *réalisation de l'individu* » reste une fin de l'activité thérapeutique, et il s'agit de le soigner « *afin qu'il puisse progresser dans sa vie* ». Un praticien généraliste déclare ainsi :

« Certains patients qui vont pas bien, moi je suis pas là que pour les soulager, il y a autre chose, je peux les aider à se recadrer »

²⁴ Cette conception renvoie à celle dégagée par Barrett (1998) dans son étude sur le concept de schizophrénie.

(Médecin généraliste, secteur 2)

Ce à quoi un autre ajoute :

« Ben des fois, certains on sent qu'ils sont un peu à la dérive, et le but alors, c'est pas de prescrire n'importe quoi, c'est plutôt de les aider, pour qu'ils arrivent à trouver leur place quoi ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

La figure de la personne normale semble ainsi se définir par la continuité et la cohérence des multiples rôles et « facettes » que l'individu endosse au long de la relation qui le lie au médecin généraliste et aux membres de son entourage. Les comportements considérés comme alarmants, et susceptibles de relever du registre de la pathologie, apparaissent à la faveur d'une relation thérapeutique prolongée, au cours de laquelle l'individu a pu adopter une face, que certaines de ces attitudes viennent à présent troubler. Un médecin le dit bien, lorsqu'il distingue le cas des patients connus des patients inconnus :

« Ben en fait il y a deux cas de figures. Soit que ce soit quelqu'un qu'on a eu avant et qu'on se dit qu'il débloque complètement, soit parce qu'il y a des gestes comme ça, pas normal... ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Un praticien nous en livre un exemple :

« Un signe qui ne trompe pas, chez une personne d'habitude soignée, c'est quand elle commence à se ronger les ongles. L'onychophagie, on sait ce que c'est, c'est signe d'anxiété et de stress ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

A l'image du médecin généraliste se définissant comme médecin de famille, le discours des acteurs proches peuvent également informer le thérapeute. Ici encore, les médecins scolaires n'ont pas accès à ce genre d'informations. Nous l'avons déjà signalé, il vaut de le rappeler ici :

« Les parents c'est exceptionnel. [...] D'abord, ils savent pas qu'on existe, deuxièmement s'ils le savent, ils ne savent pas le jour où on est là. A moins qu'on ait des parents qui arrivent pour des pathologies organiques, oui il peut y avoir des parents parce que quelque part, il y pas de honte. Donc un gamin qui a une mucoviscidose, il arrive que les parents viennent en début d'année ou voire même en Juin, « voilà, comment est-ce qu'on peut organiser les choses ». Mais pour des problèmes psychologiques, des problèmes de souffrance, de TS, d'anorexie, JAMAIS ! »

(Médecin scolaire)

A l'inverse, les médecins généralistes, notamment les omnipraticiens pouvant suivre une famille, sont souvent alarmés par les proches. L'un d'eux note ainsi :

« Souvent c'est la famille qui nous le dit, au bout d'un moment, quand ils se disent que quelque chose ne vas pas ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les discours des proches permettent ainsi de s'alarmer de certains comportements s'ils ne correspondent pas à l'image qu'il s'est faite du patient et des rôles successifs qu'il peut revêtir auprès de son entourage. Un praticien citait ainsi le cas d'un adolescent, brillant élève, mais par ailleurs pris d'une « lubie », qui lui faisait désertier le domicile familial chaque week-end afin d'aller camper. Ces comportements et propos, rapportés par l'entourage, sont venus rompre l'image que

le thérapeute entretenait de son patient, l'invitant à s'alarmer de l'évolution de son comportement.

Diagnostic intuitif et altération de la relation

L'étude de ces différents faisceaux de signes nous renseigne sur les modalités de détection des troubles psychopathologiques. Nous allons maintenant examiner les modalités d'élaboration du diagnostic, à partir des déclarations des médecins généralistes et scolaires.

Le diagnostic des médecins généralistes et scolaires apparaît comme essentiellement intuitif. Nous avons fait remarquer plus haut que les différents médecins se déclaraient pour la plupart incompetents, ou en tout cas incapables d'établir un diagnostic psychiatrique fondé sur un examen clinique. Nous avons examiné les catégories employées pour décrire les troubles, et remarquer que celles-ci apparaissent comme des catégories exotériques. Les entretiens révèlent l'importance du « contact » pour qualifier de tels troubles. Les signes dits évidents désignent en effet, nous nous sommes efforcés de le montrer, un ensemble d'*inconvenances situationnelles* venant compromettre l'interaction et la relation entretenue avec le patient. Certaines déclarations le montrent d'ailleurs bien. Ainsi, un médecin généraliste indique clairement raisonner ici de façon intuitive, selon le contact avec son patient :

« En fait c'est très intuitif, c'est un peu du pif quoi, mais bon, ça dépend vraiment du contact que j'ai avec la personne, comme ça je sens si ça va bien ou pas »

(Médecin généralistes, secteur 2)

Le ressenti du médecin apparaît ainsi comme un élément essentiel de désignation des troubles psychopathologiques. Un autre médecin généraliste ajoute ainsi :

« Ben en fait ça dépend du ressenti, il y a des patients je le sens, je suis avec eux, et je sens que ça accroche pas, qu'ils sont pas là. C'est un peu angoissant, et c'est ça je crois qui fait la différence. Cette inquiétude là, pour le patient et puis moi sur le coup ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les comportements psychopathologiques semblent ainsi apparaître à la faveur d'un sentiment d'étrangeté. Ici, un médecin scolaire, évoquant le cas d'un adolescent, le dit clairement :

« Il avait un comportement extrêmement bizarre, très bizarre... c'est l'impression qu'on peut avoir, je ne sais plus mais vraiment on se dit, celui-là il est pas comme les autres, vraiment cette sensation d'étrangeté, de truc dans ses propos, son regard, tout était vraiment en décalage ».

(Médecin scolaire)

Sentiment d'étrangeté qui semble apparaître lorsque le comportement du patient, manifestant des inconvenances situationnelles, ne lui permet pas de jouer son rôle de support de rencontres et interdit au médecin de mener à bien le cadrage relationnel examiné plus haut :

« Le contact, c'est vraiment ça. Des fois on voit le patient, mais ça accroche pas, on arrive pas à le cerner, quoique ce soit. Il est là, mais le contact passe pas, c'est comme si on se heurtait à... Vraiment là, c'est presque angoissant d'ailleurs, on a l'impression d'être face à autre chose, incompréhensible quoi ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

Ici encore, la relation entretenue avec le patient vient permettre le diagnostic. Et si le contact ne parvient pas à s'établir, alors l'hypothèse d'un comportement pathologique apparaît comme plausible.

Perte de maîtrise et détection des troubles

L'étude des différents faisceaux de signes et le caractère intuitif du diagnostic élaboré par les médecins nous invitent ainsi à considérer que la désignation des troubles se produit lors d'une *altération de la relation*, où le médecin perd la maîtrise de son intervention. C'est notamment lorsque sa compétence clinique est prise à défaut que les médecins généralistes, *omnipraticiens* ou médecins *communautaires*, envisagent une telle possibilité. Citons ici un médecin *communautaire* :

« Dès que je trouve que la clinique ne va pas simplement vers du somatique, j'oriente ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

De la même façon, un médecin généraliste appartenant à la catégorie des *omnipraticiens* indique :

« C'est quand la maladie stagne, qu'on sait pas quoi faire, qu'on va chercher ailleurs des conseils ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Le référent du réseau Prépsy estime, en des termes très similaires :

« C'est quand la maladie s'enlise qu'on va chercher des conseils diagnostics et thérapeutiques auprès d'un spécialiste, qui donne son avis, voit généralement les patient une ou deux fois, et renvoie ensuite vers le médecin traitant si la pathologie est légère, ou le garde si c'est plus grave ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Un dernier médecin, *omnipraticien*, note pour sa part :

« Pour moi il y a toujours une recherche clinique, somatique, avant de dire : « C'est psychiatrique » ».

(Médecin généraliste, non conventionné)

Un médecin scolaire note pour sa part :

« Je commence toujours par un entretien clinique, parce que c'est ce que je sais faire. Et puis si ça marche pas, enfin si je trouve rien, et que ça va toujours pas, là je commence à creuser un peu le psychique, et à envisager la psychiatrie »

(Médecin scolaire)

Ainsi, il semble que les troubles soient susceptibles d'être désignés comme troubles pathologiques lorsque sont prises en défaut les compétences cliniques et somatiques des médecins généralistes et scolaires.

Ajoutons de plus, que la désignation des troubles paraît se produire lorsque sa compétence relationnelle se trouve elle aussi prise à défaut et ne lui permet pas de maintenir un contact avec son patient au cours de l'intervention. Un médecin généraliste nous narrerait ainsi l'histoire d'une jeune fille s'automutilant, mais parvenant à masquer ses stigmates lors des consultations et à adopter une ligne de conduite convenable lors de la relation thérapeutique. Le médecin n'a dès lors « rien vu venir », dans la mesure où cette jeune fille, par ailleurs « intelligente et critique vis-à-

vis » d'elle-même, n'a pas compromis l'ordre de l'interaction et troublé le déroulement de l'intervention par son comportement.

« C'est souvent très difficile de savoir où est l'urgence. Par exemple cette adolescente, c'est vrai que progressivement elle ne voulait plus aller à l'école, elle cachait à ses parents et donc à moi ses mutilations, et c'est tout à fait par hasard qu'on a découvert ça. Avec moi elle était très bien, je sais pas, quand je la voyais, je la trouvais bien. [...] Cette adolescente là qui s'auto-mutilait, elle était intelligente, brillante à l'école, très critique par rapport à elle-même. On discutait beaucoup, ça se passait toujours bien. Rien qui pouvait laisser penser que... [...] Mais bon on a fini par découvrir ça [ces mutilations], ça faisait un moment qu'elle était pas bien, qu'elle voulait plus aller en classe, qu'elle avait accepté de voir un psychologue en ville, elle voulait pas entendre parler de psychiatre, et puis bon, tout d'un coup, quand il y a eu la découverte de ça, ça a été l'hospitalisation en urgence ». (Médecin généraliste, secteur 1)

Nous voyons, dans cet exemple, que le comportement de cette jeune adolescente, « brillante à l'école », ne semblait pas pouvoir être désigné au sein du dispositif scolaire comme pathologique. Nous pouvons de plus ajouter que le médecin souligne que, lorsqu'il la voyait, il « la trouvait bien ». En parvenant à cacher ces mutilations, et se soustrayant au régime de désignation du dispositif scolaire et en parvenant à maintenir une cohérence figurative lors de ses entrevues avec le médecin généraliste, cette jeune fille ne semble pas avoir altéré la relation entretenu lors du colloque singulier. Ces troubles n'ont dès lors été détectés que tardivement, de façon contingente, impliquant une prise en charge en urgence.

Un tel récit, et les multiples constats que nous avons pu faire auparavant, nous incitent ainsi à considérer que la désignation d'un comportement comme relevant de la psychopathologie dépend de l'altération de la relation qu'il implique pour le médecin et son patient. Le diagnostic apparaît dès lors intuitif à double titre. Élaboré et énoncé sur la base de catégories profanes, il désigne, plus qu'une pathologie ou un trouble déterminé, cette altération de la situation relationnelle. En d'autres termes, le diagnostic porte moins sur les troubles eux-mêmes que sur la situation à la faveur desquelles ils se manifestent.

Cette altération revêt toutefois une gravité et des modalités diverses selon les situations auxquelles le médecin se trouve confronté. Nous souhaitons donc ici introduire une typologie des *pathologies situationnelles*.

3- Typologie des pathologies situationnelles

Nous souhaitons ici proposer un essai de typologie des différentes pathologies situationnelles²⁵ induites par l'altération de la relation que nous avons examinée plus haut. Il s'agit de regrouper les différents récits de cas, afin de dégager la logique des situations définissant l'intervention du médecin. Outre de permettre un examen des différentes modalités de l'altération du lien, cette typologie ouvre la possibilité d'une analyse du travail des médecins en fonction des contextes définissant leur intervention.

²⁵ Le terme de pathologie situationnelle est métaphorique. Il renvoie au fait que les troubles émergent dans un cadre situé, doté de normes et d'attentes chaque fois spécifiques, et à la faveur d'une interaction. « Situationnelle » renvoie donc au caractère local et interactif du processus de désignation des troubles.

Pour caractériser ces pathologies situationnelles, nous nous appuyons sur l'analyse que développe Anselm Strauss (1992, p. 260) des propriétés structurelles qui définissent un *contexte de négociation*, que nous modifions pour l'adapter au processus étudié ici. Nous distinguons ainsi le degré de certitude du diagnostic intuitif émis par le médecin, le degré d'altération du lien entre le médecin et le patient, la visibilité des transactions pour les autres, c'est à dire leur caractère public ou privé, le rythme des transactions (ponctuel, répété, en séquences, en série, en groupes...), la configuration des jeux d'alliances entre les acteurs dans la négociation même, la nature des *enjeux* de la négociation, la séquence de tâches typique, la position occupée par le médecin dans la négociation.

Nous distinguons trois types de *pathologies situationnelles*. Ces idéaux-types sont des *catégories analytiques* qui doivent permettre l'analyse et la compréhension de la logique des situations. Elles ne désignent pas des situations concrètes et effectives. Ces situations-types ne constituent pas non plus des catégories fermées, mais de nature processuelle. Il est ainsi possible qu'une situation évolue d'un type à un autre. Ce changement de type d'une situation, qui correspond à une modification de son cadre et de ses enjeux, constitue d'ailleurs une stratégie possible pour le thérapeute.

Reprenant les catégories diagnostiques employées par les thérapeutes, nous les qualifions selon les termes de *démence*²⁶, *délires*²⁷, et *border-line*²⁸. S'ajoutent à ces situations-types, qui définissent l'émergence des troubles, les situations de *suivi conjoint*, pour lesquelles un travail de mise en relation avec la psychiatrie a déjà été initié. La configuration structurelle et les enjeux de ce type de situations les apparentent aux situations *border-line*. Elles se structurent généralement autour d'une négociation relative au traitement.

Les situations d'urgence : délire et démence

Démence et *délires* correspondent l'une et l'autre à des situations d'urgence. L'appréciation de cette urgence varie toutefois d'un thérapeute à l'autre. Ainsi, nous avons pu voir le médecin communautaire psy, spécialiste des troubles psychiatriques, prendre en charge une tentative de suicide par téléphone dans le plus grand calme. De la même façon, il indique, interrogé sur la prise en charge en urgence justement :

« J'ai un bon réseau, car je connais beaucoup de monde, il suffit de passer un ou deux coups de fil et puis on se débrouille »

(Médecin généraliste, secteur 2)

Nous examinons dans le chapitre suivant la question du réseau, et son importance sur le travail d'affiliation entrepris par le thérapeute. Le terme d'urgence employé ici désigne le caractère *ponctuel* de ce type de situations, dont l'issue se détermine généralement en *une* fois.

²⁶ 2 des 4 cas de ce genre qui nous ont été narrés sont ainsi qualifiés par les praticiens que nous avons rencontrés.

²⁷ Le terme définit 4 des 6 cas de ce type que nous avons pu recueillir.

²⁸ Ce terme est employé de façon indifférenciée par un grand nombre de thérapeutes, et désigne des situations variées. Nous le reprenons ici pour suggérer l'incertitude quant au diagnostic ou à l'évolution de la situation relationnelle, qui caractérise ce type de situations.

Les situations de démence

Ces situations se distinguent par leur caractère *privé* ou *public* et le nombre d'acteurs impliqués. Les cas de *démence* revêtent ainsi un caractère *public*. De façon typique, elles se produisent au domicile du patient et implique son entourage. Un médecin en donne une description succincte :

« Le problème c'est quand les gens font des crises à domicile, des crises de démence comme ça, spontanées [...] et la famille est absolument dépassée ».

(Médecin généraliste, non conventionné)

Les cas de *démence* correspondent alors à une urgence « aggravée ». Ce sont, pour les intervenants, des « urgences urgentissimes ». Ce type de situation désigne des « crises aiguës », accompagnées d'« éclats » et d'excès de violence. Voici la description qu'en donne l'un des médecins généralistes confrontés à ce type de situations sur lequel il a beaucoup insisté lors de l'entretien :

« Le problème vraiment, c'est le jeune qui pète un plomb chez lui, dément, avec des excès de violence, un accès de rage »

(Médecin généraliste, secteur 1)

Il ajoute d'ailleurs :

« Le problème c'est que souvent on est appelé à domicile, avec un état de crise, un éclat de violence, et un jeune dément, etc. »

(Médecin généraliste, secteur 1)

La dangerosité, pour le patient ou son entourage, est un critère essentiel de définition et de qualification de la situation de *démence*. Les troubles se manifestent ainsi à la faveur de « crises », au cours desquelles un patient s'« enferme seul », souvent avec des « médicaments » ou tout autre objet potentiellement létal, refusant de plus toute intervention extérieure. Le même médecin évoquait ainsi un situation de ce type, qu'il avait eu à gérer par le passé :

« Une autre patiente qui était dans la démence comme ça, sa mère m'avait appelé parce qu'elle s'était enfermée dans sa chambre avec un couteau et une corde, et bon elle voulait pas sortir, et c'est vrai que on est quand même plutôt inquiet, donc on appelle les pompiers pour défoncer la porte ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Elle peut également, mais les cas semblent plus rares, s'accompagner de violences vis-à-vis de l'entourage. On considère alors que le patient « a pété les plombs ». Ce même médecin nous a décrit un cas de ce type, en ces termes :

« La première fois que je l'ai vu c'était... il était dans un état de démence, il avait donc cogné sa mère, c'était quand même difficilement acceptable, et il voulait pas se faire soigner ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les praticiens scolaires ne semblent pas être directement confrontés à ce type de situation. Si une situation de *démence* venait à se déclarer au sein de l'institution scolaire, il semble qu'elle fasse l'objet d'une contention par d'autres acteurs, qui prennent alors eux-mêmes la décision d'une orientation en urgence, vers un intervenant psychiatrique extérieur ou vers le thérapeute scolaire.

Les jeux d'alliances qui structurent les cas de *démence* s'articulent autour d'un accord du praticien et de l'entourage quant à la légitimité de l'intervention et de son enjeu. Un médecin généraliste, confronté à ce type de situation, le dit bien :

« Des résistances de la famille, non, parce que la famille quand elle vous appelle, elle est au bout du rouleau, donc ce qu'elle veut c'est qu'on trouve une solution. Parfois même il nous aide ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ainsi, les différents acteurs, professionnels et profanes, peuvent s'efforcer conjointement de maîtriser et contenir les manifestations symptomatiques. L'entourage peut parfois renoncer à prendre part à l'intervention, mais il tend à soutenir le thérapeute. Celui-ci dispose donc du soutien des proches, mais doit affronter les réticences du patient. Le médecin que nous avons déjà cité y a beaucoup insisté lors de l'entretien et nous pouvons ici mobiliser plusieurs extraits pour le montrer :

« Mais le malade dément, le jeune qui pète un plomb, il est jamais consentant ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ce à quoi il ajoute :

« Le problème c'est que bien souvent ils ne consultent pas, alors on se retrouve dans un climat d'agressivité, avec le jeune qui refuse de se soigner, etc.... »

(Médecin généraliste, secteur 1)

L'intervention revêt donc un caractère *antagonique*, mais le praticien dispose d'un ascendant pour construire son intervention.

Les situations de délire

Les situations de *délire* impliquent elles aussi une intervention *ponctuelle*, à l'issue *immédiate*. Elles se distinguent toutefois de la situation de *démence* par son caractère *privé*. Ces situations se distinguent en effet par le cadre dans lequel elles s'insèrent. Elles ont pour cadre le cabinet du thérapeute, qui doit seul faire face aux troubles. Ainsi, les différents patients délirants qui nous ont été décrits étaient tous venus consulter le médecin de leur propre fait. Citons ici les propos d'une intervenante généraliste :

« Je peux vous citer un exemple, une personne, qui était en plein délire paranoïaque, elle était seule devant moi et je pouvais pas lui dire que ce qu'elle racontait c'était simplement de la folie furieuse quoi. Je connaissais personne de sa famille, donc elle est repartie, et j'ai rien pu faire... ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les médecins scolaires, confrontés à ce genre de situations, peuvent être épaulés par l'infirmière pour y faire face. L'infirmière peut d'ailleurs avoir à gérer de telles situations. Un médecin scolaire nous contait ainsi le cas d'un patient, qu'elle suspectait de présenter des troubles, sans que pour autant son comportement ou ses résultats soient venus confirmer son interprétation et qui, un jour, s'était présenté à l'infirmierie :

« Un jour il est passé voir l'infirmière avec qui il avait bien sympathisé : il a commencé à lui dire qu'il l'avait vu nue sur internet. Elle a pensé avoir à faire à un « maniaque sexuel » et est allé voir le proviseur ».

(Médecin scolaire)

Prenant place au cabinet du thérapeute, cette situation implique typiquement le seul praticien et le patient. Les troubles ne se manifestent pas ici à la faveur de comportements violents ou dangereux, mais par une série d'inconvenances situationnelles correspondant au glissement, analysé par Goffman (1973), d'une folie *dans* la place à une folie *de* la place. Les patients décrits comme délirants semblent ainsi manifester l'ensemble des inconvenances situationnelles les plus évidentes que nous avons étudiées plus haut. L'altération de la relation est ici préjudiciable, et le médecin ne peut notamment pas espérer voir le patient coopérer dans le déroulement de l'intervention. Un médecin généraliste le dit de façon explicite :

« Un patient qui délire comme ça, il est seul face à vous, c'est à vous de gérer le truc, comme ça, alors que lui, il est complètement ailleurs, tout dans son comportement le montre, il est venu mais il sait même pas encore pourquoi, et puis s'il le sait, souvent c'est pas gagné de lui expliquer que ce qu'il raconte ne tient pas debout ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Les alliances qui structurent les situations de *délire* sont complexes à analyser. L'extrait que nous avons cité semble indiquer une situation structurée autour d'un rapport d'antagonisme. Toutefois, le patient peut aussi bien adhérer et coopérer, même partiellement, à l'intervention du thérapeute. Le médecin généraliste *communautaire psy* nous a ainsi décrit le cas d'un patient délirant mais qu'il considère lui-même comme « compliant » :

« Je peux vous citer l'exemple d'un patient que je ne vois plus, qui va bien et est suivi par un psy. Je l'ai connu à une époque où il était délirant, un délire assez bizarre, lui-même n'y croyait pas beaucoup, ça paraissait être quelqu'un d'assez déprimé à l'évidence qui avait un délire assez construit, avec des thèmes particuliers... Mais [...] il a d'ailleurs accepté de me voir, de prendre des médicaments, il était très compliant ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

Ce récit nous invite ainsi à considérer que les jeux d'alliance restent relativement indéterminés et ne peuvent suffire à caractériser ce type de situations.

Le ravage des urgences

A travers ces manifestations symptomatiques, ces situations d'urgence, *délire* et *démence*, se traduisent donc par un *ravage* qui vient mettre à mal le cadre participatif de l'intervention et rendent impossible le travail de figuration entrepris par le thérapeute afin de construire l'ordre négocié de son intervention. Ici donc, l'altération de la relation paraît paroxystique.

Par l'emploi du terme *ravage*, qui est repris des analyses de Goffman et des travaux d'Isaac Joseph, nous souhaitons suggérer que ces deux types de pathologies situationnelles se caractérisent par des manifestations symptomatiques qui viennent troubler le cours de l'intervention professionnelle et en compromettre le déroulement en ruinant la base structurelle sur laquelle elle s'instaure.

Situations borderline et de suivi conjoint

Incertitude diagnostique et situation borderline

Le type *borderline* correspond quant à lui aux situations pour lesquels le diagnostic reste *indéterminé* et pour lesquels la trajectoire n'a pas été initiée. Elles impliquent de la part du praticien généraliste un travail d'articulation de trajectoire et de recherche visant à confirmer le pré-diagnostic intuitif qu'il a pu formuler. Reprenons le propos du référent du réseau Prépsy déjà cité pour illustrer une telle situation :

« C'est quand la maladie s'enlise qu'on va chercher des conseils diagnostics et thérapeutiques auprès d'un spécialistes, qui donne son avis, voit généralement les patient une ou deux fois, et renvoie ensuite vers le médecin traitant si la pathologie est légère, ou le garde si c'est plus grave ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Le type *borderline* renvoie donc à une multitude de situations, impliquant une *recherche diagnostique* afin de déterminer le caractère pathologique, et la nature des troubles manifestés. Les situations *borderline* correspondent ainsi au cas « à surveiller », pour lesquels le médecin ne peut conclure d'évidence au caractère pathologique du comportement. Le médecin généraliste suivant le dit bien :

« Cette jeune fille justement, il n'y a pas de diagnostic précis, tout juste une suspicion. A suivre par la suite donc ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Un autre médecin, scolaire cette fois, le dit également :

« Ben il y a les cas aussi où on est pas sur, et où on fait en sorte de rester en contact, pour voir comment ça évolue, et faire le point ».

(Médecin scolaire)

Ici, donc, l'intervention se produit de façon *séquentielle*, et l'issue du processus d'affiliation se détermine au terme d'une *série* de négociations ponctuelles. C'est ce qu'exprime le médecin généraliste référent du réseau Prépsy, lorsqu'il insiste, dans ce genre de situation, sur la nécessité de maintenir un lien avec le patient et d'instaurer avec lui une relation de confiance afin de pouvoir contrôler, sur une longue plage diachronique, l'évolution de ces troubles :

« Quand j'ai un doute comme ça, avant de proposer de voir un psy, ou d'orienter vers un psy, j'essaye d'instaurer une relation de confiance, ce qui est un peu long, au moins 6 mois environ ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ce type de situation revêt de plus un caractère *semi-public*. Si elle se déploie généralement à l'occasion d'une consultation médicale, l'entourage peut être présent. Ainsi, un médecin généraliste note :

« Des fois comme ça on reçoit le jeune avec ses parents, et on se rend compte qu'il y a un truc qui cloche, et bon, c'est difficile quand même dans ces cas là, d'aborder la chose etc... »

(Médecin généraliste, secteur 1)

Quand l'entourage est absent, il pèse néanmoins sur le déroulement de la situation. Les parents peuvent ainsi être à l'origine du signalement et avoir envoyé leur enfant chez le médecin. Un médecin nous confiait ainsi :

« Là j'ai un jeune qui m'a été envoyé par ses parents, bon, c'est pas facile, il faut voir, ils me l'ont envoyé parce qu'ils le trouvaient bizarre depuis un moment, de drôles d'idées qu'ils ne lui connaissaient pas, un peu agressif en plus, je sais pas trop encore, j'attends de voir, mais c'est difficile d'en parler aux parents ».

(Médecin généraliste, secteur 2)

Ces propos nous invitent d'ailleurs à remarquer que la structuration des jeux d'alliance varie grandement d'un cas à l'autre. Les effets symboliques d'un diagnostic psychopathologique interviennent dans cette structuration. L'inquiétude et l'incertitude du thérapeute se doublent en effet de difficultés et réserves face à l'énonciation d'un tel diagnostic. Afin de comprendre cette *réticence*, nous introduisons le terme de *profanation*²⁹, pour désigner le processus par lequel un tel diagnostic tend à contaminer et ruiner l'identité de l'individu et le rapport à son entourage. Un tel diagnostic met en effet en jeu le principe organisateur de la multitude de rôles que l'individu a pu revêtir à la faveur des expériences successives qui définissent son histoire qui se trouve mis en jeu.

Nous retrouvons cette préoccupation dans les propos des médecins généralistes interrogés. Ainsi, l'un d'entre eux note :

« Mais alors là je fais attention, je vois avec les parents, parce qu'à mon avis tout est lié, je suis pas là pour régler les comptes, donc il faut préparer l'enfant, en essayant de préparer les parents, et faire attention parce que c'est une génération, c'est pas leur faute ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Cette idée d'une génération singulière, prompte à culpabiliser, se retrouve d'ailleurs chez un autre médecin généraliste, selon qui les parents, héritiers de mai 68, sont enclins à prendre sur eux la responsabilité de tels troubles, ce qui lui rend particulièrement difficile l'énonciation d'un tel diagnostic. Un dernier médecin généraliste notait à nouveau à son tour les difficultés qu'il éprouvait à évoquer la situation auprès de la famille, quand bien même elle l'aurait initialement contacté :

« Souvent la famille intervient, même si parfois c'est moi qui le découvre. Mais c'est une situation très difficile pour moi de faire comprendre à la famille que ça va pas ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ces remarques expliquent alors la *réticence* des patients, et leur possible déni des troubles. Elles expliquent aussi les réserves d'un certain nombre de praticiens généralistes face à l'énonciation d'un tel diagnostic. L'un d'eux le dit bien, qui remarque :

« Je me vois mal poser un tel diagnostic. Les psychiatres eux-mêmes refusent la définition, le diagnostic est difficile. D'autant que la schizophrénie est une maladie au long terme, qui engage et ternie l'avenir ».

²⁹ Nous introduisons les termes de *profanation* et de *réticence*, suite aux remarques d'Anne M. Lovell, qui a souligné, à juste titre, l'usage trop large qui est fait de l'analyse goffmanienne en termes de *stigmat*, dont Goffman donne effectivement une définition extensive : un « *attribut qui jette un discrédit profond* », ou le « *produit d'un décalage entre identité sociale (réelle) et virtuelle* » (Goffman, 1975).

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ces réticences des médecins paraissent d'autant plus grandes qu'elles ne correspondent pas aux attentes du patient et au rôle du médecin généraliste. Ainsi, un médecin généraliste notait :

« *Et puis il y a la question de la demande, on vient chez le généraliste pour du somatique, pas pour du psy* ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ce caractère sacrilège nous paraît expliquer les réticences des praticiens, et l'énonciation tardive d'un diagnostic. Outre le risque d'erreur, la crainte de faire perdre la face au patient et à son entourage semblent appeler à la prudence.

La configuration des alliances dans les situations borderline se révèle particulièrement difficile à synthétiser. Nous pouvons ici citer un cas, narré par un médecin généraliste. Celui-ci éprouvait une certaine inquiétude au sujet d'un jeune garçon de 16 ans, et craignait que son contexte familial ne soit une cause possible de certains troubles. Il s'est toutefois heurté au refus du père, sans pouvoir du coup évoquer ces doutes avec un autre membre de la famille :

« *Une fois j'ai été opposé au père d'un enfant souffrant visiblement de problèmes de poids liés à des désordres familiaux. Alors là ça été très difficile d'en parler ou d'essayer de faire quoique ce soit, parce que le père. Enfin, il avait une attitude vraiment très négative avec moi, il était toujours comme ça, négatif par rapport à moi. Je ne voyais pas comment j'aurais pu... Même son comportement à mon égard était négatif. Vu le comportement du père, je ne voyais pas comment parlé devant... qu'il y avait peut être un problème, peut être familial. Un jour j'ai vu la mère, mais la mère... Et je pouvais pas parler devant l'enfant, quand ils on quinze ans, seize ans, ils comprennent* ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ici donc, les jeux d'alliances paraissent se structurer autour d'un antagonisme entre les parents, notamment le père, et le médecin généraliste. Une telle situation a été rencontrée par un médecin scolaire, mais selon des modalités différentes. Ainsi, ce médecin a évoqué au cours de l'entretien la situation d'une jeune fille, dont elle a pu détecter les troubles et organisait la prise en charge, mais a dû composer avec sa mère. Celle-ci nous a été décrite comme particulièrement envahissante, appelant sans cesse le médecin, refusant que sa fille ne soit dérangée en classe, mais insistant pour qu'une prise en charge soit faite. Au terme de ce récit, le médecin en est venu à nous décrire la parente en évoquant la possibilité d'une pathologie, ou du moins d'un problème psychologique l'amenant à adopter un comportement envahissant et hyper protecteur vis-à-vis de sa fille. A la faveur de ce récit de cas se dessine alors une variation du premier cas de figure envisagé, qui tend à définir le contexte familial comme *pathogène*.

Maintien de l'affiliation et suivi conjoint

Nous avons remarqué plus haut que les situations de *suivi conjoint* présentaient une configuration structurelle analogue aux situations *border-line*. Elles se distinguent cependant par leur situation singulière dans le processus d'affiliation à la psychiatrie qui implique, pour le thérapeute, une séquence de tâches spécifique.

La jeune fille évoquée plus haut, hospitalisée suite à la découverte inattendue des ces mutilations, a par la suite été suivie par le médecin généraliste que nous avons rencontré. Voici comment elle décrit la suite de son intervention :

« Je reviens à cette jeune fille qui s'auto-mutilait, c'est un véritable parcours du combattant, parce que ces parents voulaient pas la mettre à Ste Anne, et que c'est pas évident de faire hospitaliser, de toute façon ils étaient presque contre, et c'est très difficile, on connaît pas assez les façons de les prendre en charge en dehors de... Les parents refusaient tout ce qui était secteur psychiatrique, et alors quoi faire par rapport à ça ? Les parents étaient conscients donc à la limite on pouvait pas faire un placement d'office, et alors, que faire ?... Et en fait comme elle avait accepté de voir une psychologue, donc on s'appelait avec le psychologue pour voir l'important, être sûrs de pas louper le moment, où il faudrait faire quelque chose, et pendant que moi, je travaillais les parents, pour leur dire qu'il fallait à tout prix qu'elle soit prise en charge. Et je dirais que c'est eux qui se sont renseignés, pour mettre leur fille dans leur secteur où il y aurait plutôt des adolescents, etc... Et ça a pris du temps, plusieurs séjours en fait, actuellement elle est donc en hôpital de jour à Montsouris, mais c'est pas l'idéal. Je dirais qu'il faudrait la mettre dans un établissement où elle pourrait poursuivre sa scolarité, mais les parents préfèrent la garder chez eux, estiment que c'est eux qui pourront s'en occuper, donc un foyer... et là, je sais pas quoi faire quoi... ».

(Médecin généraliste, secteur 1)

Ce récit montre que les situations de *suivi conjoint* se caractérisent par leur caractère *semi-public*, impliquant l'entourage. Les propos de ce médecin illustrent bien l'importance de l'ingérence des proches dans son intervention. Son propos nous paraît de plus montrer que son intervention se déploie de façon *séquentielle*, et que son issue se détermine au terme d'une *série* de négociations ponctuelles. Nous pouvons d'ailleurs remarquer ici que ces négociations, une fois de plus, implique aussi bien les proches que l'entourage. Nous pouvons de plus ajouter qu'ici encore, la situation paraît se définir par une relative ambiguïté des rapports d'alliance, que nous semble manifester l'adhésion conflictuelle des parents au processus d'affiliation.

Ce récit tend d'ailleurs à surestimer l'importance de la négociation avec les proches. Il nous faut le nuancer d'un second cas de *suivi conjoint*, confié par un médecin scolaire. Il s'agit d'une jeune fille schizophrène, affectée au lycée par le rectorat à la suite d'une longue période de déscolarisation consécutive à son traitement. Cette jeune fille était scolarisée en terminale, mais ses professeurs en sont rapidement venus à considérer que son niveau scolaire ne lui permettait pas de poursuivre de études à un tel niveau. Toutefois, la jeune fille a manifesté à plusieurs reprises son désir de poursuivre ses études afin d'obtenir son baccalauréat pour pouvoir ensuite s'inscrire en faculté de médecine. Ici, le médecin scolaire a insisté sur le caractère irréaliste d'un tel projet et nous a confié avoir, à de multiples reprises, tenté d'en convaincre la jeune fille. Elle s'est également efforcée de convaincre ses parents, son père notamment, de la nécessité de la faire soigner avant de pouvoir envisager la poursuite de ses études. Un tel récit nous permet de nuancer le précédent et de suggérer que la négociation peut engager aussi bien le patient que ces proches.

Ajoutons de plus que ces deux exemples nous paraissent justifier l'emploi du concept de négociation. Ils nous semblent en effet manifester, l'un et l'autre, l'*adhésion*, au moins *partielle*, du patient et des proches au processus d'affiliation psychiatrique. Cette adhésion reste toutefois problématique et les acteurs profanes semblent vouloir ici en maîtriser les modalités. La négociation, dans ces deux récits, vise alors à déterminer une mise en forme acceptable de la trajectoire.

Présentation synthétique des pathologies situationnelles

Nous pouvons maintenant proposer une typologie synthétique des pathologies situationnelles. Le tableau suivant résume notre analyse des configurations structurelles définissant la situation, et détaille les mécanismes caractéristiques de chacune des situations-types. Nous ajoutons également la séquence de tâches typiques qui définit l'intervention du thérapeute et sa participation au processus d'orientation vers la psychiatrie.

		<i>Pathologies situationnelles typiques</i>			
		Démence	Délire	Border-line	Suivi conjoint
Propriétés structurelles du contexte d'intervention	Certitude relative au diagnostic	<i>Evident</i>	<i>Evident</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Trajectoire initiée, diagnostic établi ou indéterminé</i>
	Altération du lien	<i>Forte</i>	<i>Modérée à forte</i>	<i>Potentielle</i>	<i>Potentielle</i>
	Publicité de l'intervention	<i>Public</i>	<i>Privé</i>	<i>Semi-public</i>	<i>Semi-public</i>
	Caractère temporel	<i>Intervention Ponctuelle</i>	<i>intervention ponctuelle</i>	<i>intervention séquentielle et sériée</i>	<i>Intervention séquentielle en série</i>
	Configuration des rapports d'alliance	<i>Adhésion des proches, Antagonisme du patient</i>	<i>Variable</i>	<i>Indéterminée</i>	<i>Indéterminée</i>
	Enjeux symboliques	<i>Ravage</i>	<i>Ravage</i>	<i>Profanation</i>	<i>Profanation</i>
	Séquence de tâches typique	<i>Pacifier la situation, organiser la prise en charge en urgences</i>	<i>Persuader le patient, organiser sa prise en charge en urgences</i>	<i>Convaincre le patient, initier sa trajectoire</i>	<i>Offrir une nouvelle représentation de soi, contrôler l'affiliation</i>
	Stratégie figurative typique	<i>Pacificateur</i>	<i>Conspirateur</i>	<i>Entrepreneur de pathologie</i>	<i>Modérateur</i>

4- Conclusion

Au terme de ce chapitre, nous avons éclairé les modalités du diagnostic élaboré au cours du colloque singulier que constitue la consultation médicale par les intervenants non-spécialistes interrogés. Nous avons interrogé les catégories diagnostiques mobilisées par les médecins généralistes et scolaires interrogés pour classifier les troubles psychopathologiques auxquels ils se trouvent confrontés. L'étude de ces catégories nous a permis de distinguer les différents signes à partir desquels s'élabore le diagnostic exotérique de ces intervenants. Nous avons alors montré que ces signes, plutôt que des désigner des troubles selon leur étiologie, constituaient autant d'inconvenances situationnelles. Nous avons ensuite montré que le diagnostic proposé par ces intervenants revêtait un caractère intuitif. Ici, nous avons développé l'hypothèse selon laquelle ce diagnostic vient consacrer la perte de maîtrise du professionnel sur son intervention, en raison d'un déficit simultané de ces compétences médicale et relationnelle. Nous avons enfin établi une typologie de ces pathologies situationnelles, afin d'examiner les différentes situations auxquelles les médecins généralistes et scolaires se trouvent confrontés. Cette typologie caractérise chacune de ces situations en fonction de la typicité des séquences de tâches que le professionnel doit déployer pour parvenir à contenir les troubles de son patient et rétablir sa maîtrise sur son intervention. Elle permet de plus de dégager des voies privilégiées d'entrée en contact avec la psychiatrie, par le biais du médecin généraliste, voies que nous étudierons plus en détail dans la seconde partie de ce rapport.

Deuxième partie

RENCONTRER LA PSYCHIATRIE

PLAN DE LA DEUXIEME PARTIE

Dans la seconde partie de ce rapport, nous changeons d'angle d'approche. Nous quittons les professionnels et leur participation au processus de qualification des troubles, pour nous tourner vers les jeunes et leur entourage. Les entretiens réalisés ont été l'occasion de questionnements méthodologiques importants, et ont révélé une forte demande d'écoute (chapitre I). A partir de récits de parcours qui remontent souvent à l'enfance des jeunes concernés, nous avons exploré les circonstances d'apparition de difficultés et le processus éminemment social de leur transformation en troubles psychiatriques. Nous avons également analysé comment, au cours de ce processus, ils ont été amenés à établir des contacts avec la psychiatrie (chapitre II), et la suite qui a été donnée à ces premiers contacts (chapitre III). Mais par la nature même du matériau recueilli, des récits de parcours, et par le moment de vie particulièrement difficile où ils ont été recueillis, il a été nécessaire de rendre compte des interprétations de ces parcours qu'en donnent les jeunes et par leur entourage, ou plus exactement qu'ils « travaillent ». Interprétations qui interagissent avec le parcours, ce que nous avons cherché à montrer (chapitre IV).

CHAPITRE I - RETOUR SUR LA METHODE

Ce chapitre vise à introduire l'analyse des parcours des jeunes rencontrés depuis leur premier recours à la psychiatrie jusqu'au moment de l'entretien. Il nous faut en effet préciser les spécificités du corpus, afin de mieux caractériser ces parcours. Nous proposons également un retour réflexif sur le déroulement des entretiens, à la fois pour rendre compte des richesses et des limites de la méthode adoptée, et parce qu'il ont informé les questions de la recherche.

1- Parcours précédant l'arrivée au Centre d'Evaluation (CE)

Les tests du Centre d'Evaluation, seul point commun aux jeunes rencontrés

Comme nous l'avons précisé dans l'introduction générale, 35 entretiens ont été réalisés pour cette partie de la recherche. Ils se répartissent en 16 entretiens menés auprès de personnes ayant passé un test d'évaluation au centre d'orientation du Centre Hospitalo-Universitaire de Ste Anne et 19 entretiens menés dans l'entourage de ces personnes. Ces 19 entretiens se sont centrés sur 8 jeunes (3 considérés « à risques » et 5 considérés « 1^{er} épisode »). L'idée était d'aborder les parcours à partir de ce qu'en disent les personnes concernées directement par ces parcours, c'est-à-dire les patients, mais aussi leur entourage.

Tous les patients rencontrés ont, à un moment de leur parcours, accepté de se rendre à une consultation d'évaluation dans un service de psychiatrie, puis de réaliser des tests visant à établir s'ils se situaient dans la catégorie « à risque » ou de « premier épisode » psychotique. La consultation d'évaluation se situe au sein d'un CMP, et reçoit des jeunes à la demande de divers professionnels de santé, lorsque ceux-ci suspectent un éventuel trouble psychiatrique. Le recrutement se fait essentiellement par réseau d'interconnaissance entre professionnels.

Le passage de ce test constitue pour nous le **point fixe méthodologique** qui réunit l'ensemble des patients de notre corpus. Au-delà de ce point commun, les situations sont diverses. Non seulement les parcours qui précèdent l'arrivée au CE sont variés, allant des premiers recours à la psychiatrie au 9^{ième} recours erratique... mais de plus, pour un même patient, on peut identifier autant de démarches qu'il y a de protagonistes (parents, enfants, psychiatres...). C'est pourquoi nous nous appuyons sur ce passage par l'évaluation, en le posant comme commun à tout le corpus, pour travailler sur les parcours de prise en charge en psychiatrie et voir quelles sont les différentes logiques à l'œuvre. Dans cette définition du corpus, nous estimons que le fait de passer par le Centre d'Evaluation entérine l'inscription dans un certain rapport avec la psychiatrie que nous chercherons à caractériser. Les parcours sont résumés dans le tableau (voir annexe 5). En gras apparaissent le premier recours « psy » identifié et le passage du test d'évaluation.

Thomas (I1 – CSP 1) A risque	M	Suivi psychiatrique libéral (75)	17	Meme psychiatre en urgence	18	Idem	18	Entrée en Clinique universitaire privée (75)	18	Test d'évaluation	18								
Yaku (I1 – CSP 2) 1 ^{er} épis.	M	Psychologue CMP (?) (1 séance)	17	Hospitalisation en HDT à Ste Anne	17	Suivi psychiatrique par psychologue CMP (Villepinte ou 15 ^{ème}) (1,5 an)	17-18	Hospitalisation à Gonesse (95) (3 mois)	21	Test d'évaluation	21								
Aurélie (I3 – CSP 2+) A risque	F	Suivi par psychologue libérale (75010)	17	Psychothérape ute libéral (15 ^{ème})	19	SOS médecin	20	Généraliste pour crise	20	Psychothérape ute libérale (75006)	20	Psychiatre CMP 15ème - > Test d'Evaluation	20						
Jérôme (I3 – CSP 1) A risque	M	Un psychiatre libéral (75017)	21	Une psychiatre (75017)	21	Psychiatre hopital (Grenoble)	22	Suivi psychiatrique à Ste Anne	23	Hopital intercommunal (Montreuil)	23	Hospitalisatio n à Maison Blanche	23	Test d'Evaluation	24				
Lucas (I1 – CSP 1+) A risque	M	Psychiatre CMP (75008)	19	Psychologue CMP (75008)	19	Sophrologue (75)	20	Psychiatre libérale (75002)	21	Consultations à Ste Anne en addictologie	21	Suivi psychiatrique à Ste Anne	22	Test d'Evaluation	23				
Sébastien (I3 – CSP 2) A risque	M	Généraliste (Dreux)	17	Hospitalisation (HDI) 10 jours (Dreux)	17	Suivi psychiatrique hospitalier jusqu'à ses 18 ans	17	Hospitalisation après TS (1 jour) (St Nazaire)	18	Suivi psychiatrique en ville sous contrainte judiciaire	18	Psychiatre CMP	19	Hospitalisation libre à Ste Anne (8 jours)	20	Test d'évaluat ion	21		
Benjamin (I3 – CSP 2) A risque	M	Généraliste pour crise (Tours)	19	Cardiologue (Tours)	19	Suivi Psychologue – sophrologue (Tours)	19	Suivi Psychiatrique (La Charité sur Loire)	19	Psychologue libérale (Cosne sur Loire)	22	Suivi psychologue CMP (Cosne sur Loire)	22	Suivi psychiatrique en clinique (Nevers)	22	Test d'Evalua tion	24		
Jean-Baptiste (I2 – CSP 2+) 1 ^{er} épis.	M	Psychologue (75)	14	Hospitalisation au SHU de Ste Anne	21	Hospitalisation à La Rochelle	21	Hospitalisation à Rocheport	21	Hospitalisation à La Rochelle	21	Hospitalisatio n à l'hopital de Clermont	21	Hospitalisation à Nimes après TS	21	Suivi psychiatri que à Nimes	21	Transfert du suivi à Ste Anne -> Test d'évaluation	22

L'hétérogénéité des parcours avant le CE

Le tableau met bien en évidence l'hétérogénéité des parcours. Le test d'évaluation peut constituer la 1^{ère} démarche entreprise dans la sphère « psy », souvent impulsée par des parents inquiets, ou bien arriver après un long parcours de soins, de psychologues en psychiatres, d'hôpitaux en psychothérapeutes.

Comment identifier le point de départ des parcours ?

Pour identifier les parcours précédant le recours au test d'évaluation, il nous a fallu préalablement définir le « premier recours psychiatrique ». Plusieurs options se présentaient à nous :

- Privilégier une entrée par l'offre de soins, c'est à dire prendre en compte le profil du professionnel rencontré, en retenant la première rencontre mentionnée avec un psychiatre. Si cette option présentait l'intérêt de la simplicité, elle n'était pas totalement satisfaisante, car elle masquait les nombreuses démarches de recherche de soins auprès d'autres professionnels de la « psy » tels les psychologues ou les psychothérapeutes, ainsi que les généralistes et les professionnels orientateurs ?
- Privilégier le contenu effectif de la « transaction » lors du premier recours, en choisissant le premier recours ayant donné lieu à diagnostic et / ou prescription médicamenteuse, pratiques considérées comme au coeur de l'intervention psychiatrique. Or il est apparu que la pratique psychothérapeutique est un outil fréquent des psychiatres et que d'autres professionnels sont engagés dans les prescriptions médicamenteuses.
- La dernière option envisageable était de privilégier une entrée par la demande, c'est à dire prendre en compte le premier recours intentionnellement initié pour chercher une solution à une problématique « psy », que ce soit par le jeune et / ou son entourage. Mais si les généralistes y trouvaient alors leur place, comment prendre en compte les situations où c'est l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour trouble à l'ordre public ou pour surconsommation de produits psychotropes qui est à l'origine d'un premier contact avec la psychiatrie ?

On voit bien la complexité de la définition de cette notion de « premier recours psychiatrique ». Les situations rencontrées s'alimentent en effet de toutes ces dimensions en les croisant : les pratiques de diagnostic, d'écoute, d'orientation et de prescription s'entrecroisent et se juxtaposent, relevant de multiples professionnels et de multiples contextes. Face à cette indétermination, nous avons intégrées ces 3 dimensions, faisant ainsi figurer tant les recours auprès d'un « psy » y compris dans une lointaine enfance que la consultation de généralistes. Plutôt que le terme de « premier recours psychiatrique », nous avons choisi celui de « premier recours psy », qui permet de rendre compte de cette option.

Les circuits du premier recours

Les points de départ des parcours se répartissent équitablement entre secteur public (hospitalier (2) et ambulatoire (5)) et secteur libéral (7), plus 2 secteurs indéterminés. Le tableau montre l'existence d'un lien entre le secteur du premier recours et l'arrivée au Centre d'Evaluation : le circuit du premier recours comporte tendanciellement moins de professionnels publics et privés ont été consultés lorsqu'il est initié par un recours dans le public, et inversement, un plus grand

nombre de professionnels publics et privés consultés lorsqu'il est initié par un recours dans le secteur libéral. Cette corrélation sera analysée ultérieurement, mais précisons d'entrée que les multiples passages d'un secteur à un autre dans une même trajectoire médicale interdisent l'hypothèse d'une orientation plus rapide par un premier recours public vers un test réalisé lui aussi dans le cadre de la médecine publique. A titre d'exemple, si Sébastien a eu comme premier recours un généraliste en libéral, il rencontre le secteur public très rapidement mais on compte 6 professionnels publics et libéraux différents sur une durée de 4 années avant qu'il ne fréquente le Centre d'Orientation.

Les âges au premier recours psy sont au contraire plutôt homogènes. Hormis pour Arnaud qui mentionne une consultation pour son agitation pendant sa scolarisation maternelle, et Jean-Baptiste une consultation chez un psychologue en libéral à 14 ans, l'âge du premier recours psy mentionné se situe entre 17 et 22 ans. Cet âge se situe dans la période considérée par la psychiatrie comme correspondant à l'émergence des troubles psychotiques, mais l'on peut aussi faire l'hypothèse que des consultations à ces âges rencontrent les soucis de prévention des professionnels de santé, les incitant à maintenir les liens avec ces patients.

Nous avons fait figurer dans ce tableau les départements des recours. Ces mentions montrent une large aire géographique de recrutement du Centre d'Evaluation puisque des jeunes habitent à Marseille, Nevers ou Dreux au moment du test. Si l'on prend en compte les quelques mois précédent ce test, d'autres jeunes étaient à Nîmes ou à Quimper. Ces mobilités à court terme sont à mettre en lien avec des trajectoires de vie marquées par une grande mobilité, pour les jeunes mais aussi pour un certain nombre de leurs familles. Cette mobilité précédant immédiatement l'arrivée au Centre d'Evaluation est très souvent liée à une recherche tous azimuts et tous horizons de professionnels aidant, illustrant ainsi de réelles difficultés de recours aux soins en santé mentale.

Un corpus « filtré »

Le point commun méthodologique entre les jeunes du corpus, qui est leur passage par le Centre d'Evaluation, rend possible l'identification de biais de recrutement. En effet, on peut légitimement supposer que n'importe qui n'accède pas au Centre d'Evaluation. Les données recueillies concernant les modalités d'accès au Centre d'Evaluation indiquent que notre corpus est le résultat de plusieurs « filtrages » successifs :

- L'accès au test proposé par le centre d'évaluation est médiatisé par des intervenants. Les jeunes y sont orientés via des psychologues ou psychiatres, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de leurs parents. On peut d'ailleurs remarquer que plusieurs parents entretiennent ou ont entretenu des liens étroits avec le milieu « psy », pour un suivi personnel ou par le suivi d'un proche, ascendant ou enfant, et sont donc en quelque sorte « enculturés » à la démarche « psy ». Plus généralement, les jeunes et/ou leur entourage sont tous engagés dans des contacts avec le milieu « psy » lorsqu'ils se rendent au CE. Même si nous ne disposons pas de statistiques sur les profils sociaux des patients de ces professionnels, on peut émettre l'hypothèse que le recours à ces professionnels est socialement situé, comme en témoigne notre petit échantillon où les classes moyennes supérieures et classes supérieures sont surreprésentées.
- Environ ¼ des patients testés (et donc inclus dans notre corpus) ont été orientés par le CMP où se trouve le CE. Ils font l'objet d'une double sélection. L'une est implicite et repose sur les

conditions socio-médicales d'accès à un CMP. N'y accèdent pas les personnes qui ont « une mauvaise image de la psychiatrie » personnelle ou familiale, celles qui accèdent à la psychiatrie par les urgences et surtout celles souffrant de « symptômes négatifs » (phobies, manque d'énergie, etc.). La prise en charge de ces symptômes, quand elle a lieu, est beaucoup plus tardive que celle de personnes manifestant des « symptômes positifs » (violences, hallucinations, tentatives de suicide, etc.). Ce sont ces derniers qui, par les « dérangements » provoqués, suscitent rapidement une intervention sociale (proches, enseignants, policiers, pompiers, justice, etc.) pouvant orienter vers la psychiatrie. L'autre sélection opérée par le CMP est un choix explicite ancré sur un pré-diagnostic, l'« intuition clinique ». Sont privilégiés les patients présentant des éléments considérés comme illustrant une rupture nette avec un contexte de normalité, des symptômes prodromiques (délires), des consommations importantes de cannabis et/ou des antécédents familiaux de psychose.³⁰

- Les trois-quarts restants des personnes orientées vers le test sont adressés directement ou indirectement via les parents, par des psychiatres souvent en lien avec l'hôpital Ste Anne, que les personnes aient été ou non hospitalisées. En effet, la réputation du service fait que des orientations vers le centre d'évaluation, non sectorisé, émanent de professionnels (surtout psychiatres) exerçant sur tout le territoire français. Nous retrouvons ces origines géographiques diverses dans notre corpus, dont nous avons déjà dit qu'elles témoignent des trajectoires médicales parfois erratiques des « patients » et de leurs proches.

L'ensemble de ces caractéristiques de notre corpus montre qu'il ne peut prétendre être représentatif de tous les parcours de patients. En dehors de la sélection liée au milieu social, ceux notamment qui sont en rupture de suivi nous ont été ici accessibles, même si certains des patients rencontrés sont très éloignés d'un suivi régulier.

2- Relation d'enquête : une difficile neutralité

Nous avons choisi d'aborder les parcours par le recueil de récit. Or le récit induit un travail de relecture biographique des situations, où s'imbriquent différents registres d'interprétation, actuels et passés (Velpry, 2003), ce qui complique l'analyse. Il est donc nécessaire de s'interroger ici sur la présentation de soi et la relation d'entretien. En premier lieu, la mise en place d'une relation de confiance *a minima* avec des personnes concernées par le trouble mental, directement ou par proximité, donc atteintes dans leur réputation (au sens de Goffman, 1974) de personnes sensées, nécessite quelques précisions. Une des postures méthodologiques de cette recherche a consisté, dès la prise de contact, à nous démarquer au maximum de l'approche psychiatrique (présentation de l'étude, lieu de rencontre proposé, rupture avec le discours psychiatrique dans le guide d'entretien). Que les prises de contact aient été ou non faciles, que la relation d'enquête se soit ou non bien déroulée, les enquêtrices ont dû, dans toutes les situations, se positionner comme extérieures à la sphère « psy », c'est à dire tant « psychiatrique » que « psychothérapeutique ». Cette posture était nécessaire pour pouvoir accéder au discours des personnes les plus réticentes à la psychiatrie, mais également à des registres de discours plus variés de la part de l'ensemble des personnes rencontrées.

³⁰ Cf. Entretien avec le pédopsychiatre du CMP du 15^{ème} arrondissement parisien.

Ces précautions ne nous ont pas toujours permis d'échapper à une attitude de méfiance de la part de certains patients, qui renvoie certainement à l'image sociale de la maladie mentale, aux impératifs sociaux de présentation de soi, mais aussi à notre position, et à un supposé « pouvoir », dans le jeu des acteurs autour de la prise en charge (Verhaegen, 1985). La description du déroulement des entretiens montre cependant qu'ils ont fonctionné comme des espaces de parole dont se sont saisis les enquêtés, des espaces interstitiels entre la vie quotidienne, la psychiatrie et la psychothérapie, sans qu'ils en soient complètement déconnectés.

Nous développons ci-dessous les deux principales facettes pratiques de cette posture méthodologique. La gestion de la proximité supposée des enquêtrices avec la sphère psychiatrique s'est manifestée dans la présentation préalable de la recherche aux enquêtés, dans le choix du lieu d'entretien et dans la prise de distance des enquêtrices avec la nosographie psychiatrique durant les entretiens. Et la gestion de la proximité méthodologique des entretiens avec la psychothérapie s'est caractérisée par la gestion de l'investissement des enquêtés dans l'espace de parole proposé, par l'accompagnement d'un rapport au temps parfois perturbé, par l'utilisation tout autant que l'approfondissement de récits de vie préélaborés par des jeunes « entraînés » à la relecture biographique, et par la gestion des émotions des parents. Tous éléments qui amènent à réinterroger la question de la neutralité dans toute relation d'enquête sociologique.

Gérer la proximité supposée des enquêtrices avec la psychiatrie

La présentation de l'enquête

Dès la présentation de l'enquête lors du premier contact téléphonique, nous avons veillé à n'utiliser aucun des concepts de la psychiatrie, ne nous référant au parcours des jeunes que par le terme générique de « difficultés ». Cette posture fut d'autant plus difficile à tenir que notre accès aux enquêtés transitait par un service de l'hôpital Sainte Anne... Il nous fallait donc également nous distinguer professionnellement le mieux possible, afin d'éviter tout amalgame qui aurait pu être dommageable à notre entrée en contact. Nous n'y avons pas toujours réussi comme l'illustrent certains motifs exprimés de refus d'entretien de l'un ou l'autre parent, tel le père de Thomas dont la femme pointe qu'« *il n'aime pas trop (la psychiatrie)* » : « *Parce qu'on a eu l'expérience de mon père en 1990 qui a été assez difficile. Il y a des choses très graves qui se sont faites et donc mon mari en veut à la profession en général et il n'a pas tort puisqu'il y a encore une imbécile de psychiatre qui a trouvé que mon père allait très bien et qu'il pouvait gérer lui-même sa vie (ndr : depuis sa sortie de l'HP, le père mène une vie infernale à ses proches). Donc, il n'a pas tort de trouver qu'il y a des gens incompetents dans ce domaine et que ça a des conséquences très graves.* » En cela, la réaction à la proposition d'entretien peut être considérée comme un indicateur fiable du positionnement des enquêtés potentiels, sinon effectifs..., à l'écart d'avec la psychiatrie : les refus ont toujours été argumentés par le constat des proches de l'impuissance voire de l'incompétence de la psychiatrie à soulager les difficultés rencontrées, et à l'inverse, les adhésions les plus enthousiastes se sont accompagnées d'une grande proximité perçue entre enquêtrices et psychiatrie.

Mais si elle n'a pas toujours fonctionné, c'est cette posture de distanciation théorique qui nous a permis de rencontrer des profils tel que celui de la mère de Benjamin avec qui, après pourtant un accord téléphonique de sa part et un trajet de 4 heures, il fallut cependant batailler ferme pour la convaincre de notre distance avec le champ psychiatrique et qu'elle accepte finalement de livrer

son point de vue. Les arguments qu'elle a mis en avant pour refuser initialement l'entretien décline toute la gamme des obstacles plantés par des parents hostiles, afin de « tester » l'enquêtrice. Ces arguments dessinent différentes figures du soupçon :

- **Le soupçon de la mise à l'écart**, du type « vous, vous savez qu'il est schizophrène, alors que moi, on ne m'a jamais rien dit ». Ce soupçon concerne en premier lieu la sphère des professionnels de la psychiatrie : « *Je n'ai rien à dire puisque je ne sais rien !* » (sous-entendu « on ne m'a jamais communiqué le diagnostic de Benjamin »), « *Pourquoi êtes-vous là ? !* », « *Comment se fait-il que vous veniez me voir, de Paris en plus, alors que je n'ai jamais pu voir un médecin (psychiatre) 2 heures de suite !* ». Mais ce soupçon entache aussi ses relations domestiques : « *Je suis mise devant le fait accompli : Benjamin était debout à côté de moi quand je vous ai eu au téléphone* » (sous-entendu « je ne pouvais pas refuser le rendez-vous pour cet entretien, Benjamin et son père avaient déjà décidé pour moi »).
- **Le soupçon du dossier** : « Qui vous a communiqué le numéro de téléphone de Benjamin ? ! » ; « On va faire un dossier, en plus à Paris ? ! » ; « Je ne veux pas que Benjamin en pâtisse. » ; « Qui va avoir connaissance de tout ça ? ! ». Et lorsqu'elle accepta le principe de l'entretien, elle refusa toute trace, enregistrement ou prise de notes : « je ne veux pas qu'il y ait un dossier quelque part ! ».
- **Le soupçon de non-légitimité et/ou d'utilitarisme** : « *Pour quelle raison êtes-vous là ? Comment se fait-il que vous passiez autant de temps ? !* » Puis elle mentionne une remarque de Benjamin sur mon rendez-vous à Saint-Denis avec son père, à qui j'avais dit que je n'étais pas loin : « *il a dit « si sa boîte est à Saint-Denis, ça ne doit pas être très sérieux... »* Madame me demande alors si je travaille bien pour le CNRS, puis, d'un ton un peu soupçonneux : « *Vous allez faire des statistiques ? Un article ?* » Cette question rejoignait d'ailleurs les préoccupations initiales de Benjamin avant notre entretien.

Bien sûr, ces soupçons sont ceux auxquels doivent faire face tous les enquêteurs dont les matériaux de travail sont des discours recueillis auprès de personnes non demandeuses (journalistes, chercheurs, sondeurs...). Mais une autre clé de compréhension est apparue au cours de ce même entretien avec la mère de Benjamin : Madame venait quelques mois auparavant d'entendre un diagnostic « sauvage » de schizophrénie, sauvage puisque énoncé hors contexte psychiatrique mais émanant d'une personne crédible puisque investie dans une association de parents de schizophrènes. Ce diagnostic l'a beaucoup ébranlée, elle était toujours sous le choc au moment de l'entretien, alors même qu'elle se sentait mise à l'écart du suivi de son fils à la fois par les professionnels « psys » et par son mari.

Le choix du lieu d'entretien

Compte tenu des thématiques abordées lors des entretiens, dont beaucoup ont à voir avec les sphères de l'intime, et compte tenu de notre souci de nous démarquer de la sphère « psy », il nous importait que les enquêtés puissent choisir le lieu d'entretien qui leur paraissait le plus adéquat. Il est significatif de remarquer que les jeunes ont majoritairement choisi des lieux extérieurs à la fois à leur domicile, qu'ils habitent chez leurs parents ou non, et à la « psy », un seul jeune ayant choisi le CMP où il est suivi, car il ne supportait pas la promiscuité des lieux publics ou semi-publics. Dans les autres cas, il s'est agi surtout de cafés, mais également d'un banc dans un parc parisien... Ces lieux distants du milieu familial sont à mettre en lien avec les fréquents conflits émaillant les relations jeunes / parents et le souci de préserver la vie privée, notamment pour ceux issus de

milieux sociaux très favorisés, milieux particulièrement soucieux de cette protection. Pour les jeunes qui ont un logement indépendant, le choix d'un lieu semi public peut s'expliquer par des conditions de logement précaire (foyer, cohabitation dans un espace réduit...).

Le choix majoritaire des cafés comme lieu de rencontre a probablement permis la construction avec les jeunes d'un espace hors du quotidien, si l'on compare avec les quelques entretiens qui se sont déroulés dans l'espace familial où l'aisance oratoire était notablement réduite. Cependant, même si enquêtés et enquêtrices recherchaient les endroits calmes à l'intérieur des cafés, la longueur des rencontres s'accompagnait d'un changement du mode de fréquentation des cafés, notamment aux alentours des horaires de déjeuner et de dîner, où la densité devenait plus importante. Cette promiscuité a parfois été dommageable, comme pour Marcel visiblement indisposé par une personne seule installée à une table proche mais sans qu'il reconnaisse cette gêne, m'interdisant de lui proposer un changement de place. Marcel est toujours resté dans une attitude très réservée, et certaines problématiques délicates n'ont pu être abordées.

Prise de distance avec la nosographie psychiatrique en cours d'entretien

Au-delà de notre présentation initiale, c'est tout au long des entretiens que nous avons veillé à ne pas utiliser les concepts de la psychiatrie, ni comme locuteurs, ni comme auditeurs. C'est pourquoi les entretiens sont ponctués de précisions sur notre méconnaissance de la nosographie psychiatrique, avec quatre principaux effets recherchés :

- Eviter toute superposition des discours entre médecine et sociologie.

Ego - Quand on me dit « vous avez un petit aspect paranoïaque », ça me dérange pas plus que ça, parce que comment voulez-vous faire autrement si vous êtes phobique...

Enq. - Ah c'est pas ce que j'ai dit hein ! (sourire)

Ego - Non non non non (rire), je veux dire, quand je repense à E. ou au Dr. C. quoi...

- Prise de distance avec les catégories psychiatriques de ce qui pouvait apparaître comme l'objet de l'entretien :

Ego - Et là, t'as rencontré d'autres schizo ou pas ?

Enq. - Je sais toujours pas ce que c'est que la schizophrénie, mais des gens considérés comme, oui, avec plein de parcours différents quoi.

- Prise de distance avec les outils de pensée de la psychiatrie :

Ego - Au moment où C. dit « vous avez des troubles psychotiques », et de... de « caractère » euh... pas « névrotique » mais euh... « psychotique », je voudrais pas dire de bêtise... je suis pas du tout d'accord quoi...

Enq. - C'est quoi, moi j'y connais pas...

Ego - Bah/

Enq. - « Psychotique »... ou « névrotique », c'est quoi ?

Ego - Euh... bah je vais pas réussir à vous... vous retraduire le truc exactement parce que je m'en rappelle pas mais euh...

Enq. - Ce que vous en avez... retenu...

Ego - En fait, bon... psychotique », c'est... c'est moins grave que « névrotique », euh... avec le... le psychotique, comment dire, peut se... s'assembler l'aspect paranoïaque, euh... avec le « névrotique », c'est plus l'aspect anxieux, euh... phobique, etc. qui... qui peut se... »

On le voit ici, ce positionnement offre l'opportunité heuristique d'accéder à une acception profane de la nosographie médicale.

- Prise de distance avec les allants de soi dans un souci d'ouverture des espaces interprétatifs possibles :

Enq. - Tout à l'heure, vous employiez le terme de « malade ». Alors moi, je sais pas si c'est une maladie ou pas, encore une fois, je suis pas psychiatre, je sais pas du tout. Donc vous employez ce terme-là. A quel moment déjà vous vous êtes dit « y'a quelque chose qu'est pas normal » ?

A noter enfin que cette prise de distance avec la nosographie psychiatrique et ses catégorisations a également valu de façon réflexive pour les enquêtrices au début de la démarche : à la description d'une scène de fuite dans les HLM de la ville de Paris digne d'un roman policier, conséquence d'un meurtre tout aussi invraisemblable, l'enquêtrice s'est astreinte à éliminer toute hypothèse psychiatrique sur le profil de l'enquêtée, afin de pouvoir entrer dans une relation d'enquête *a minima* empathique... Car les enquêtrices appartiennent elles aussi à une société où la culture « psy » est prégnante, d'autant plus qu'elles disposent de peu d'outils professionnels pour opérer la rupture avec les allants de soi, la sociologie éprouvant elle-même des difficultés à mettre à distance l'imposition du regard « psy » sur les questions de santé mentale.

Une difficile neutralité

De fait, plusieurs éléments sont venus perturber l'idéal sociologique d'entretiens menés avec une « bienveillante neutralité ». Dans une telle recherche articulant investigation sur un objet douloureux et croisement des regards des proches sur le parcours de jeunes dont le moins que l'on puisse en dire est qu'il est difficile, l'enquêteur est convoqué pour apporter sa petite pierre à l'édification d'un sens qui se dérobe aux intéressés : demande d'information experte sur l'accès aux soins, sur les troubles mentaux, sur la validité des thérapies existantes... Positions d'expertise que les sociologues sont bien en mal d'occuper, y compris dans la sphère sociologique...

En témoigne ce père qui positionne l'enquêtrice du côté de « ceux qui savent » lorsqu'il s'enquiert *a posteriori* sur la possibilité d'un dépistage précoce des difficultés de sa fille :

« Moi je pense que les problèmes de Jeanne auraient pu être... étaient décelables. Je suis pas à votre place hein, je suis pas quelqu'un de ce métier-là mais... d'abord quand je vois, je me dis que... que le cas de Jeanne était décelable. »

Ou bien ce proche en attente *a priori* d'un échange « psy » :

- Donc Jeanne c'est ma petite sœur (sourire). Le fait qu'elle soit malade... qu'elle ait été diagnostiquée schizophrène, c'est ça ?

Enq. - (signe de méconnaissance de la part de l'enquêtrice)

- Parce que moi, c'est ce qu'elle m'a dit en fait...

Enq. - (même signe de méconnaissance).

- *Vous allez me répondre quand même pendant l'entretien ? Non parce que si je dois parler toute seule (sourire)... parce que y'a des trucs aussi qui restent assez étranges, mais moi Jeanne, je la vois pas du tout souvent. »*

Plus déstabilisant pour notre « neutralité bienveillante » sont les expressions d'une inquiétude profonde sur des perspectives d'avenir que les troubles sont venus brouiller, qu'il s'agisse des jeunes pour leur propre avenir ou des parents pour la capacité de leur enfant à accéder un jour à une autonomie d'autant plus vitale lorsqu'ils ne seront plus de ce monde pour les assister. Ces interrogations intervenaient systématiquement en fin d'entretien, la relation de confiance mise en place, à l'heure du bilan où l'évocation d'une éventuelle chronicité ne peut être évincée, même pour les plus optimistes. Sortant de notre réserve méthodologique, nous nous devons alors d'intervenir tant bien que mal devant les peurs notamment parentales, en bricolant des discours sur les bienfaits des médicaments, sur les probabilités de résorption et de gestion des troubles à l'âge adulte, sur tous les possibles qu'offre la jeunesse...

Cette impossibilité d'occuper la place confortable du tiers neutre a été plus particulièrement mise en lumière à l'occasion des entretiens renouvelés. La mise en place d'une relation de confiance plus approfondie est allée de pair avec une plus fréquente évocation de ces peurs. Nous l'illustrons ici avec trois extraits d'entretiens menés avec Jeanne, autour de laquelle fut par ailleurs constituée l'unité la plus importante :

- Bricoler du relativisme socio-historique

Jeanne - Et c'est une maladie qui existait déjà avant ou qui est accentuée au XXème siècle ?

Enq. - Apparemment, ça a toujours existé. Ça a toujours existé... Maintenant, c'est vrai qu'il y a des exigences sociales aujourd'hui qui sont plus fortes qu'avant. Avant, tu pouvais trouver des petits boulots, y'avait plein de petits boulots, balayer dans la rue...

Jeanne - Ah oui oui...

Enq. - Y'a pas besoin d'être super en forme dans sa tête pour faire ça quoi. Alors que là, c'est vrai qu'on nous demande d'être performant, donc du coup, ça devient un peu moins supportable d'avoir des difficultés comme ça...

Jeanne - Maintenant, on a la chance d'avoir les médicaments quoi.

- Prendre position pour amoindrir les effets destructeurs de pratiques médicales abusives, comme celle de ce psychiatre qui, lors de la toute première rencontre avec Jeanne, lui a diagnostiqué illico et avec aplomb une schizophrénie, diagnostic visiblement mal vécu par l'intéressée :

Enq. - Il est gonflé de dire ça... Bah... Parce qu'on sait qu'il y a plein de... plein de cas où effectivement au moment de rentrer dans l'âge adulte, t'as une période difficile et puis après, bon ça revient... en fait, tu peux vivre une vie un peu comme tout le monde même si effectivement, t'as toujours un petit peu la peur...

Jeanne - Oui, voilà...

Enq. - T'as vécu un truc qu'est marquant...

Jeanne - Oui oui oui... Bah je sais pas moi, il m'a dit ça...

Cette prise de position est délicate puisqu'elle ne doit pas non plus discréditer les professionnels en question qui sont aussi des soutiens :

Enq. - Mais je pense que c'est par contre pour t'obliger à faire quelque chose.

Jeanne - Oui.

Enq. - Et pas te dire « bon, bah dans quelques mois, ce sera passé », parce que du coup là... C'est vrai que les médicaments, bon, ils solutionnent pas à la base puisqu'on sait pas d'où ça vient...

Jeanne - Oui.

Enq. - Mais au moins ça te stabilise et puis tu peux réfléchir à...

Jeanne - Oui.

Enq. - A quoi faire pour aller mieux quoi, alors que sinon, t'es complètement bouffée par des ballus, par des trucs... t'es prisonnier de ça quoi. Il a peut-être dit ça pour ça.....

– Pointer les incertitudes médicales, y compris dans les sphères de la recherche :

Enq. - (A propos question sur modalités de diagnostic) Tu vois bien, quand tu compare avec Corinne...

Jeanne - Mais Corinne, elle a jamais voulu se soigner...

Enq. - Oui mais tu vois, à symptômes équivalents...

Jeanne - Bah oui !

Enq. - Suivant les personnes que tu rencontres...

Jeanne - Oui. C'est pour ça aussi.

Enq. - C'est vrai que c'est très très incertain. Même les psychiatres qu'on rencontre dans le cadre de la recherche, ce sont des gens qui ont réfléchi à la question, mais... c'est vachement... bon t'as un noyau dur quoi. Si effectivement, si t'as vraiment des séquences d'ballus systématiques, avec de la violence, mais c'est des cas qui sont très limités en fait.

Gérer la proximité méthodologique avec l'entretien psychothérapeutique

Un espace de parole dont se sont saisis les enquêtés

Les entretiens ont duré entre 1 heure 30 et 6 heures (pour les 2 enquêtés qui ont été rencontrés à deux reprises) avec une moyenne d'environ 3 heures. Les entretiens avec les parents étaient généralement plus longs. Ces durées relativement conséquentes pour des entretiens semi-directifs indiquent bien l'investissement des enquêtés. Si ceux-ci ont parfois été rencontrés à leur domicile, les conditions d'entretien ont pu être beaucoup moins confortables sans que cela n'abrège les entretiens. Une averse n'est pas parvenue à mettre un terme à un entretien sur un banc public... Il est arrivé à plusieurs reprises que les enquêtés « oublient » l'heure et empiètent sur leurs activités suivantes, avec rappel à l'ordre par leur entourage (Lucas, Jeanne, Lucas, Denis, Marcel...). Ces espaces quelque peu atemporels ont permis d'aborder à la fois la trajectoire passée des jeunes et le détail de leurs relations avec le milieu médical. Cependant, ces quelques heures sont restées insuffisantes pour construire un espace d'échange susceptible d'approfondir des questionnements nouveaux. A titre d'exemple des limites d'un recueil de données par entretien

unique, les deux entretiens renouvelés qui se sont déroulés sur deux moments différents, éloignés de plusieurs semaines (Jeanne, Sarah) montrent une très nette « progression » du degré de confiance entre le 1^{er} et le second entretien, et ce dès le début du second contact. C'est alors qu'une réelle distance avec la psychiatrie s'est actualisée, ainsi que l'opportunité d'aborder des éléments « oubliés » lors de la 1^{ère} rencontre, quelle que soit par ailleurs l'intentionnalité ou non de cet « oubli ». Plus généralement, une seule rencontre a rarement permis d'aborder une des hypothèses apparues en cours de terrain, à savoir la perturbation de la construction de l'identité de genre comme contexte d'émergence des troubles. Seuls, des entretiens renouvelés, et donc une relation de confiance plus aboutie, pouvaient permettre d'approfondir un tel objet.

Un certain nombre de remarques indiquent que les enquêtés disposent de peu d'espaces de parole où aborder leurs difficultés :

« (La psychologue), c'est la personne qui connaît le truc dans sa globalité le plus (bon, mis à part que là, j viens d tout dire), parce qu'elle a eu droit à Paul Bert, elle a eu le droit à tout quoi... c'est vraiment la personne la plus au courant... » (Benjamin) ;

« Ca m'a fait du bien de sortir tout ça. Parce que tu es la troisième personne à qui j'en parle. Maintenant, je sais que tout le monde peut avoir de la dépression, qu'on s'en sort. Je sais que tout ça, c'est pour toi, c'est tenu par le secret professionnel. Je me dis, cette personne, elle m'écoute pas à moitié. » (Sandra)

Cette dimension est aussi valable pour l'entourage des jeunes, telle la soeur de Jeanne qui a exprimé post entretien ses difficultés à parler des problèmes de sa soeur :

« Dès que tu dis « schizophrène », les gens te disent « ah bon ! » (étonnement un peu peureux) et te regardent bizarrement, c'est comme si c'était contagieux. Moi je la vois tout à fait normale ma soeur. »

Dans un tel isolement, il est clair que les enquêtés se sont saisis de l'espace de parole qui leur était proposé.

Insistons ici sur le fait que les deux enquêteurs sont des enquêtrices, et que les jeunes sont dans leur grande majorité de sexe masculin. Or dans le partage des tâches entre les genres, les pratiques demandant de la disponibilité, notamment les pratiques d'écoute, sont associées au pôle féminin. D'ailleurs, plusieurs jeunes masculins, déçus par certains de leurs contacts avec des professionnels de la « psy », ont motivé leurs changements d'interlocuteur par le souhait d'avoir un « psy » femme. On peut donc faire ici l'hypothèse que le sexe des enquêteurs a favorisé cette perception comme partenaires « psys ». Par ailleurs, l'une des enquêtrices a sensiblement le même âge que certains des jeunes, et cette proximité générationnelle a été pointée comme un facteur de mise en confiance.

La proximité avec l'entretien thérapeutique a été soulignée à plusieurs reprises par les jeunes, parfois sous forme de boutade :

Jeunes - (A propos de l'enregistrement de l'entretien) / c'est encore pire que chez un psy alors... (sourire)

Enq. - Ah bon ! (rires)

Jeunes - On est enregistré... (sourire)

Si une comparaison est explicitée, elle l'est toujours à l'avantage des enquêtrices, considérées comme plus disponibles et moins prisonnières d'une grille de lecture « psy » parfois vécue comme trop rigide. Politesse oblige ?... Ainsi Sandra qui insiste sur le bon « feeling » qu'elle a ressenti avec l'enquêtrice, à la différence de certains de ses interlocuteurs « psy » :

« Mais qu'ils essayent de mieux comprendre les détails, qu'ils s'y mettent avec sérieux. Parce que quand j'y vais, ils me posent des questions qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai. Des fois, ils me racontaient des choses qui n'avaient rien à voir. Ils me posaient deux questions et après, c'était : « bon, à la semaine prochaine. » C'est énervant. Pas comme toi. Toi au moins, tu me poses des questions logiques, qui apportent plus à ce que je dis réellement, (...) pour bien se situer dans les choses concrètes que je ressens. »

De fait, nombre de jeunes sont très proches culturellement de la sphère « psy ». Or le « rituel » de l'entretien sociologique ressemble par bien des aspects à l'entretien psychothérapeutique. On retrouve aussi chez les parents cette perception de l'enquêtrice comme un interlocuteur « psy », perception facilitant le déroulement des rencontres : la mère de Jeanne mentionnant que son fils, donc frère de Jeanne, a accepté l'entretien en se justifiant d'un « oui, si ça peut aider Jeanne »... Cependant, si cette étiquette de professionnel de l'écoute a favorisé la mise en confiance, elle a nécessité paradoxalement une mise à distance de la « psy » pour que, le cas échéant, puissent émerger d'autres outils d'appréhension de la situation qui ne relèvent pas que d'une lecture « psy » que l'on nous supposerait intrinsèque, ce dont ont pu témoigner certains enquêtés. Par exemple, lorsque l'enquêtrice lui a demandé si l'entretien n'avait pas été trop pénible pour lui, compte tenu de ses difficultés exposées pour rencontrer de nouvelles personnes, Benjamin répondit qu'il avait trouvé intéressant de raconter à nouveau son histoire, que ça l'avait aidé à « décompenser » (sic) et qu'il avait pu tirer des fils nouveaux, faire de nouveaux liens.

Le rapport au temps : dans les trous de la mémoire...

D'une façon générale, l'exercice de relecture biographique est un exercice difficile en ce qu'il suppose une ponctuation précise des événements et donc du temps. Avec les jeunes, cet exercice a souvent été complexifié par deux facteurs. D'une part, des périodes de leur vie sont embrumées par les consommations de psychotropes, licites ou illicites, avec des conséquences parfois sur le long terme, comme en témoigne Arnaud :

« Quand je me défonçais, j'allais en état de coma, et quand tu fais des comas, ça te bousille des neurones, donc c'est pour ça que je n'ai pas beaucoup de mémoire, en fait. Donc, il y a des fois, j'ai des... comme pour les psychologues, je sais plus. »

D'autre part, et ce n'est pas exclusif du cas de figure président, des périodes de « trous » peuvent être liées aux difficultés psychiques rencontrées par les jeunes. Ainsi, Denis a eu un passage à vide de plusieurs années dans lesquelles il n'arrive pas à se repérer

« Les repères des années, je suis perdu... (...) Le Dr G. a essayé de faire une chronologie de ces 4 dernières années : j'ai été incapable de lui dire en telle année, en telle année, qu'est-ce qu'il s'est passé. Incapable quoi. C'est à dire que... c'était tellement des années de merde que... (...) Comme y'a rien de construit, y'a pas de repères... (...) le temps, il passe et on est là, on est là... (...) C'est à dire que pendant 3 ans, je peux pas... Vous voyez ? Je vous dis 3 ans mais c'est peut-être 2 ans, c'est peut-être 4 ans, j'en sais rien, en fait j'ai aucune notion du temps quoi. »

Le travail de lecture et de relecture biographique par le passage par la « psy », en tentant de reponctuer le temps passé, n'a pas été sans effet sur le déroulement des entretiens :

« (Maintenant) je me rappelle un peu parce que comme on avait fait ça avec le Dr G., je peux vous raconter un petit peu (sourire). »

Ces mêmes difficultés de repérage temporel se posent pour les parents lorsqu'il s'agit de retracer le parcours de soin de leur enfant, exercice de haut vol pour tout un chacun. Nombreux sont les

parents à s'être concocté un document synthétisant toutes ces démarches. Ce pense-bête est en fait conçu à l'intention des multiples professionnels qu'ils sont amenés à rencontrer. Ce peut être dans un souci de précision et d'économie du temps de consultation :

*« Déjà, première chose, pour le Dr C. – heureusement, j'avais prévu – je m'étais fait un papier avec ce qui c'était passé dans la vie de Sébastien. Vous savez les dates, telle année... Je savais pas combien de temps il pourrait nous accorder. J'avais pris à partir des événements en fait, à partir du départ de son père. Mais le docteur C., il a pris avant : « à partir de votre grossesse ». Il m'a dit de dire tout ce qui s'est passé. »
(Mère de Sébastien)*

Ou bien dans un souci d'évitement de l'incontournable et roboratif récit des faits :

« Il faut que je vous dise, moi j'en avais un peu marre de raconter ces salades à tout le monde parce qu'il faut s'en rappeler quand même, et donner dans l'ordre chronologique et tout ça, c'est pas évident, donc avec Benjamin, on avait décidé déjà depuis l'automne 2002 de mettre tout ça par écrit, donc on a donné ça au docteur C., au psychiatre à Nevers, au comportementaliste à Fontainebleau, là je voyais que c'était une bonne solution pour les TOC notamment, j'ai pris la précaution d'aller lui porter ».

C'est un investissement qui dans ce cas n'a pas été toujours « rentable » :

« Je suis tombé sur la secrétaire, c'était pas grave, j'ai dit « surtout, très important, il le lit, il a une semaine pour le lire, il faut qu'il le lise parce que sinon, moi je sais pas comment Benjamin pourrait réagir », parce que si le gars l'avait pas lu et que Benjamin se rende compte que le gars est à côté de la plaque, Benjamin pouvait lui casser la gueule, je veux dire, Benjamin il était quand même très violent toute cette période-là. Et manque de pot, le mec l'avait pas lu... »

Donc exercice pénible de remémoration auquel nous avons de nouveau soumis les enquêtés...

Des jeunes « entraînés » à la relecture biographique

Comme l'indique le tableau de présentation du parcours des jeunes avant le Centre d'Evaluation, un seul, Cédric, n'a jamais fait l'expérience de la parole psychothérapeutique. Tous les autres ont derrière eux plusieurs années d'expérience de cette pratique :

« C'est à partir du moment où j'ai commencé à réfléchir sur ma situation, à faire le point, (...) à vraiment vouloir une amélioration nette et vraiment essayer de vouloir être heureux une fois pour toute, que j'ai commencé à prendre en compte l'ensemble de ce qui avait pu m'arriver, pour ne surtout rien oublier et si y'a eu un truc y'a très longtemps, essayer de s'en rappeler et voilà. » (Benjamin)

Les entretiens avec les jeunes ont à la fois bénéficié et à la fois pâti de leur proximité avec un exercice discursif souvent maîtrisé par les enquêtés. On peut distinguer quatre effets principaux sur le déroulement des entretiens :

Le biais d'une surdétermination des outils psychothérapeutiques

Ce biais apparaît nettement dans les récits inauguraux auxquels les enquêtrices ont convié les jeunes en début de rencontre. Ainsi Aurélie, en suivi psychothérapeutique depuis de longues années, propose une relecture de sa trajectoire très informée par une optique psychanalytique liée à ses lectures et aux psychothérapies qu'elle a entreprises. Son entretien commence par une scène d'exposition où tous ses éléments biographiques sont mis en lien avec l'assassinat de son père : les consultations chez les psy pour en parler, les crises d'angoisse au moment de l'anniversaire de son décès, etc. Dans son discours, les références au registre psychanalytique sont omniprésentes :

« inconsciemment, je le savais... », « des hallucinations auxquelles je me rattachais », « ça ne m'atteint plus du tout, enfin, peut-être inconsciemment, mais consciemment, ça ne m'atteint plus du tout », « parce que c'est quelque chose qui a toujours été refoulé ».

L'accès à des événements tragiques par « désensibilisation ».

Par la répétition, les jeunes peuvent objectiver sans émotion apparente leur parcours, y compris le récit des événements biographiques les plus douloureux, tel celui évoqué par Arnaud :

Enq. - Donc, tu me dis que ta mère te torturait ?

Arnaud - Oui, elle était alcoolique et elle nous torturait tous les trois.

Enq. - Qu'est-ce qui se passait ? Enfin, je veux pas non plus...

Arnaud - Ben, non, j'en ai tellement parlé, qu'aujourd'hui, c'est pas que ça me fait plus grand chose, mais maintenant, j'en ai tellement parlé que c'est un peu un discours que je ressasse sans arrêt.

On le voit, l'accès à ces informations s'en est trouvé facilité pour l'enquêtrice. Comme pour Aurélie, l'un des jeunes les plus familiarisés avec la parole psychothérapeutique. Dès le début de l'entretien, pour retracer l'origine de ses consultations en psychiatrie, Aurélie évoque l'assassinat de son père dans des circonstances macabres et les conséquences de cet événement sur sa vie, dans une longue scène d'exposition. L'évocation de cet acte de perversion et de la suite reste purement factuelle, sobre et distant.

Le risque de biais par « mise en conformité » avec les hypothèses psychothérapeutiques

La fréquentation de la psychothérapie peut inciter les jeunes à modifier leur discours initial pour l'inscrire dans une logique du retour sur soi :

« Moi, j'allais consulter pour l'anxiété, pas pour autre chose. Bon, finalement, on en est venus à remonter jusqu'au décès de mon père, donc on a parlé de tout, en fait. » (Aurélie).

C'est ce que laisse également penser le déroulement d'un entretien, celui avec Marcel, dont la tonalité diffère nettement entre le début et la fin de la rencontre, deux heures et demie plus tard : au début, Marcel s'exprime d'une voix plutôt ferme et avec un niveau soutenu d'élocution, alors qu'en fin d'entretien, son débit de parole devient plus hésitant, avec des moments proches du bégaiement lorsqu'il sort des « rails » psys et propose une lecture beaucoup moins « conforme » de son parcours, imputant les événements qu'il a vécus non plus à la tension de ses rapports avec son père, mais à l'intolérance d'une société qui propose la folie à ceux qui sortent de ses cadres. Encore plus explicite est cette digression de Benjamin pointant l'influence directe de la psychothérapie sur sa perception, peu convaincue... :

« Je dirais que c'est plus maintenant, depuis... à peine une année quoi que... comme on n'a rien trouvé d'autre avec ma psychologue euh... on... pfff on dit que j'ai été traumatisé dans l'enfance à cette école primaire-là et que... j'avais pas les défenses... normales de base de tout le monde et que voilà. »

L'avantage biaisé d'enquêtés entraînés à l'auto-analyse psychothérapeutique.

Autre facette de la situation rencontrée avec Marcel, la fréquentation de la « psy » peut surdéterminer les grilles de lectures proposées par les jeunes. Par exemple, Lucas s'est exprimé très lentement durant tout l'entretien, en cherchant ses mots avec application. Il s'en justifiera

spontanément par une attitude rétro analytique constante, issue de sa fréquentation de la psychothérapie. Et à un autre moment, abordant ses relations avec un psychiatre, il insinuera à demi-mot que ses discours ont besoin d'être « grattés » pour dépasser ses propos de façade.

La gestion des émotions des parents

Contrairement aux jeunes qui pratiquement tous disposent ou ont disposé d'un espace de parole, rares sont les parents à avoir cette opportunité. Seules, deux mères sont engagées dans une psychothérapie. C'est vraisemblablement la raison pour laquelle les parents se sont à ce point saisis de cet espace de parole proposé par l'entretien. Ainsi, la mère de Sébastien a d'emblée accepté un entretien initialement prévu sur l'heure du déjeuner, et qui a finalement empiété sur ses heures de bureau. Elle y a manifesté sa satisfaction de pouvoir parler de ses inquiétudes, de ses incertitudes, de ses insatisfactions vis-à-vis des démarches qu'elle a engagées, à un interlocuteur hors du champ « psy » et prêt à entendre les propos critiques qu'elle tient sur la base de son expérience. Par ailleurs engagés, par la recherche de solutions via les soins « psy », dans une relecture pathologique de la trajectoire de leur enfant, l'entretien offrit pour certains parents une occasion rare de se souvenir des bons moments. En témoigne par exemple le père de Jeanne qui redécouvre, à l'évocation de ses relations passées avec sa fille, de bons moments aujourd'hui enfouis, lorsqu'il visitait les expositions que celle-ci organisait :

« Ses expositions, c'était à un niveau modeste, mais n'empêche qu'elle avait eu un franc succès... c'était très chouette et puis c'était d'excellents souvenirs parce que c'était en plus à l'époque où y'avait la musique techno qui apparaissait. Et alors, elle s'inscrivait un peu dans ce mouvement, donc c'était un excellent souvenir. On fait bien d'en parler (rire). Oui, c'était un excellent souvenir, c'est vrai, cette période-là. (sourire)... »

Nous y reviendrons ultérieurement, mais remarquons d'ores et déjà que cette évocation n'est pas tout à fait celle de bons moments, mais des bons souvenirs qui y avaient été associés un temps, avant que la maladie diagnostiquée ne vienne les entacher d'irréalisme : « c'était (souligné par nous) un excellent souvenir ». Emerge l'« ancien » enfant, avant la maladie mais surtout avant la recherche de ses causes, car comme le souligne une mère à plusieurs reprises au cours de l'entretien, le processus de relecture biographique en cours, impulsé par le diagnostic proposé de schizophrénie et de chronicité, est en train de l'amener à une nouvelle perception de son fils comme malade, gommant lentement mais sûrement l'image du « petit gamin rigolo, hyper cool », qui fut exhumée avec plaisir lors de l'entretien comme un « vestige » d'un passé heureux révolu.

Dans un tel contexte émotionnel, à un moment ou à un autre, ces entretiens avec les parents se sont accompagnés de pleurs, expressions de grande tristesse, voire de désespoir. Et ces pleurs se sont imposés surtout à l'évocation de la possible chronicité psychiatrique des troubles de leur enfant.

- Ainsi, la mère de Jeanne « craque » lorsqu'elle évoque l'impassibilité de sa fille lorsqu'elle lui a annoncé un diagnostic de schizophrénie. Pour la mère, ce fait évoque cet autre monde dans lequel aurait basculé Jeanne. Pour la 1^{ère} fois, elle utilise le terme générique « les malades » ou bien le pronom « ils » qui supposent une rupture entre « nous » et « eux » :

Enq. - Et comment elle vous a présenté ça Jeanne ? Comment est-ce que elle, elle l'a... quand elle vous en a parlé ?

Mère - Oh bah pff... On a l'impression que... que... ça la... enfin je sais pas, moi ça me met les larmes aux yeux par exemple. Elle, bah non, mais c'est... les malades, ça doit être différent, enfin je sais pas. Elle, elle dit « bah je suis schizophrène ». Voilà. C'est tout hein. On n'en sait pas plus, on sait pas... enfin on sait d'après les médecins que bah ils en sont malheureux, ils en souffrent, mais elle, on le sait pas, elle nous dit pas, elle nous dit pas... (...) Et voilà, mais bon, c'est pas grave, on sait qu'ils sont là, même si ils sont loin. On sait qu'ils sont présents. Et puis bon maintenant, pff... on accepte quoi enfin c'est... Là, j'ai les larmes aux yeux, c'est plus... pff parler de tout ça bien sur mais... c'est plus pour l'avenir de Jeanne quoi, c'est ça qui me... des fois j'ai des... excusez-moi... (voix très basse)

- C'est à la l'évocation du premier diagnostic « sauvage » de schizophrénie que le père de Benjamin craque, hypothèse d'une chronicité qui leur est proposée alors que lui et sa femme sortent de problèmes de santé lourds (blocage du dos de Madame pendant huit mois et cancer du colon pour Monsieur...) :

« Parce qu'on s'est dit bon, pff, « ça va être terrible encore » (pleurs) « on commence à s'en sortir et maintenant, on se ramasse la schizo »... Ca a été... horrible (pleurs)... Bon, on va essayer de lutter contre tout ça. »

Face à l'expression de ces émotions et désespoirs, l'enquêtrice se trouve dans l'impossibilité d'occuper une position neutre. Neutralité pas au sens émotionnel du terme, mais au sens sociologique, tout comme avec les jeunes, en mettant en avant les poncifs (mal maîtrisés...) d'une relation d'aide :

Enq. - Elle travaille...

Mère - Oui... oui... (voix très basse) Je sais... enfin je sais, je sais pas mais... je me dis qu'elle retrouvera sans doute jamais le dynamisme qu'elle avait quoi (pleurs proches des sanglots)... Excusez-moi... Et sans dynamisme, pff... je vois pas trop... l'avenir quoi... Le dimanche, elle passe sa journée à dormir, elle a plus gout à rien... ça va peut-être revenir mais pff...

Enq. - Elle est jeune hein...

Mère - Oui... Je sais qu'elle est malade quoi donc pff... Alors on nous rassure toujours en nous disant « y'a des artistes très connus, des écrivains, des médecins qui sont schizophrènes »... Oui oui bien sur, oui, bien sur mais bon, c'est pas non plus... Voilà...

Enq. - Vous parliez du soutien de votre mari aussi, ça a été un élément important ?

Mère - Oh oui, oui oui, mon mari, il est vraiment très bien, très très bien. C'est là qu'on se dit aussi d'être deux dans des situations comme ça, pff c'est bien... Oui. Oui, très bien... On se soutient de toute façon tous les deux, c'est sûr, pour moi, heureusement que je l'ai quoi quand même. Oh la la... Oui.....

Enq. - Vous voulez qu'on fasse une pause peut-être ?

Mère - Oui je veux bien. Vous voulez boire quelque chose ? (Pause enregistrement)

On le voit à travers cet exemple, la prise de distance des enquêtrices avec la sphère « psy » se pose tant dans le choix des outils de relecture proposés que dans la méthodologie d'enquête.

3- L'apport de l'approche par unité

L'approche méthodologique des unités

Le choix de rencontrer l'entourage des jeunes répondait initialement à la préoccupation de croiser leurs discours à ceux des jeunes, afin de mieux appréhender l'enchaînement des faits et d'éventuelles incohérences. Très vite, nous nous sommes aperçu que les décalages reposaient davantage sur des omissions et des méconnaissances plutôt que sur des perceptions différentes des événements biographiques. Par contre sont vite apparus des décalages dans l'interprétation des faits mentionnés, faisant apparaître des configurations relationnelles où le recours à la psychiatrie s'inscrivait dans des tensions, surtout intrafamiliales. Il devenait alors pertinent de considérer le recours à la psychiatrie comme un facteur opératoire de gestion de ces conflits. Ne disposant pas du temps nécessaire pour constituer des unités autour de chacun des jeunes, nous nous sommes limitées à 8 unités, réparties équitablement entre les 3 principales modalités d'accès à la psychiatrie qui seront définies dans le chapitre suivant. Les 8 « unités » d'enquête élaborées se composent ainsi :

	Jeunes	Entretiens réalisés dans l'unité
<u>Type I</u>	Charles	Mère, père
<i>(par les parents)</i>	Thomas	Mère
<u>Type II</u>	Jean-Baptiste	Ami, mère, père
<i>(par l'hospitalisation)</i>	Jeanne	Sœur, amie, mère, frère, père
	Sarah	Père
	Yaku	Père et mère
<u>Type III</u>	Sébastien	Mère
<i>(par jeunes)</i>	Benjamin	Psychologue, mère, père

Associer les jeunes au choix de la composition des unités

Le choix de la composition des unités reposait sur deux principes : rencontrer d'une part les parents, d'autre part des personnes considérées comme aidantes par les patients. Ce choix d'associer les jeunes à la composition des unités correspondait à un souci sociologique d'approcher les ressources que les jeunes ont pu ou non trouver autour d'eux pour donner sens aux difficultés rencontrées, tout autant qu'à des précautions éthiques vis à vis de personnes souvent engagées dans un parcours biographique sur lequel elles ont peu de prises. Il était important que les jeunes aient ici prise sur le choix de leurs « témoins », en les associant également à la prise de contact. Puisque nous les rencontrions toujours en premier, c'était eux qui

nous fournissaient les modalités de contact les plus appropriées : soit ils contactaient eux-mêmes ces personnes pour leur présenter la démarche et l'objet de notre requête, démarche que nous les encourageons à adopter, soit ils nous fournissaient les contacts téléphoniques en nous suggérant les meilleurs moments d'appel.

Cette association des jeunes à la composition des unités a quelque peu compliqué l'explicitation de l'obligation de confidentialité, qui allait parfois à l'encontre des attentes des enquêtés, avec le risque d'être vécue comme une démarche d'aide sans contre don. Ce fut tout particulièrement vrai avec les jeunes rencontrés plusieurs fois, c'est à dire ceux avec qui la relation d'enquête a été la plus approfondie, comme en témoigne cet échange avec Jeanne :

Enq. - Sinon, sur le principe des rencontres que je vais avoir avec des gens qui sont autour de toi, moi c'est comme si tu m'avais rien dit, tu vois... Je laisse les gens...

Jeanne - Oui, dire ce qu'ils ont envie de dire quoi... Mais toi après, tu me diras ce qu'ils ont dit ou pas ?

Enq. - Ah non...

Jeanne - Ah merde. Même Patricia ? ! (amie la plus proche de Jeanne)

Enq. - (signe de dénégation)

Jeanne - Quoique elle, elle me racontera ! (rire)

Enq. - Bah oui, voilà.

Jeanne - Ah le vieux schmilblick... Non mais c'est bien que tu l'aies appelé Paula, parce qu'au début, je me disais... Enfin elle m'en a pas du tout parlé quoi (ton un peu déçu), donc j'ai dit « oh je sais pas »...

Enq. - On s'est en quoi... deux minutes, et on s'est dit qu'on se rappellerait... Y'a rien d'arrêté...

L'assurance de la garantie de confidentialité a pu être aussi exigée, notamment pour les faits renvoyant à des pratiques illicites, telles le deal :

- Par contre, je veux quelque chose (sourire) : on ne divulgue pas ce genre de chose, même aux parents (sourire).

Enq. - Pas de problème.

- Bon d'accord. Non, le reste encore ça va, mes parents le savent, mais ça, je tiens à ce que ça reste au frais... (sourire)

Des contacts qui interfèrent avec les relations dans les unités

Le choix et l'entrée en contact avec les personnes autres que les parents ont posé peu de problèmes puisque reposant sur le libre choix. Justifiant notre appel par le fait que le jeune ait positionné notre interlocuteur comme aidant, les contacts ont été aisés puisque valorisants. Ils ont pu même avoir un effet de retour sur les relations entre le jeune et la personne mentionnée comme aidante. Ainsi, Jeanne a mentionné sa sœur Elodie comme aidante, alors que leurs relations sont peu fréquentes. A deux reprises, Jeanne me signifiera la satisfaction (quelque peu exagérée...) de sa sœur après mon premier contact avec elle : « elle était super contente ! (sourire). » De fait, en préambule à l'entretien avec Elodie, celle-ci insistera sur son étonnement ravi de l'appréciation de Jeanne, induisant une relecture de leurs relations préalable à l'entretien : « Moi c'est vrai qu'en pensant à l'entretien qu'on allait avoir... ». On peut faire l'hypothèse que cette entrée en matière a généré une nouvelle perception de sa sœur.

Quel statut pour les récits recueillis ?

Croiser les récits

Les entretiens avec des personnes de l'entourage des jeunes ont permis en retour de porter un regard méthodologique sur les entretiens non croisés. En effet, les entretiens croisés montrent que les décalages importants entre les récits des jeunes et ceux de leur entourage sont rares. Les différences se situent surtout au niveau des focales utilisées par les uns et les autres pour présenter les difficultés. La focale médicale, par exemple, a été beaucoup plus développée par les parents, qui sont les premiers investis de l'accompagnement des enfants et attentifs au temps long des troubles. Du fait de leur plus grande implication dans les démarches médicales et par une meilleure connaissance du système de soins, leurs récits sont beaucoup plus précis. A l'inverse, la focale contextuelle est celle qui a été la plus utilisée par les jeunes pour rendre compte de leurs difficultés. Ils sont davantage attentifs au temps court des troubles par « immersion », à l'inverse des parents, comme l'exprime Arnaud : « *Eux (mes parents), ils pourront te raconter pas mal de choses aussi parce qu'ils étaient à l'extérieur.* »

Un certain nombre de décalages sont plus à mettre au registre des omissions qu'à celui du masquage. Cependant, on ne peut éliminer l'hypothèse que le masquage soit présent de façon continue, toujours dans ce souci de préservation de l'image de soi. En témoigne la dynamique de certains entretiens où les aspects « sensibles », c'est à dire ceux pouvant altérer la présentation de soi des jeunes, ne sont apparus qu'en fin d'entretien, probablement une fois testée la tolérance des enquêtrices à la différence, quand soi est un autre... Par exemple durant l'entretien avec Sandra, l'évocation des « événements » a été progressive, à tâtons, Sandra disant certains mots au hasard pour voir comment l'enquêtrice les prendrait et les comprendrait, « *j'avais peur qu'on me prenne pour une folle* » dira-t-elle à propos de son recours à l'assistante sociale. Ce n'est qu'à la moitié de l'entretien qu'elle évoque vraiment les hallucinations qui ont en fait été l'objet de la rencontre avec l'infirmière scolaire qu'elle disait, en début d'entretien, avoir rencontrée pour une dépression. D'autres adoptent le registre de la mise à distance pour aborder leurs difficultés, telle Aurélie qui ne parle pas de ses hallucinations en son nom mais par l'intermédiaire des médecins et sa façon de les énumérer évoque un recul ironique sur ce dont elle souffre : « *j'ai croisé pleins de fois Jésus dans la rue !* ». Tout en faisant part de la dimension schizophrénique de ses symptômes, elle en euphémise le caractère en présentant ces symptômes comme le fait d'une originalité personnelle. Elle se présente ainsi comme si elle était un « cas » particulier, exceptionnel, qui ne pouvait pas entrer dans les catégories psychiatriques préétablies, celle de la schizophrénie notamment, comme si elle était un sujet à part entière irréductible à une forme d'objectivation psychiatrique sauf celle des médicaments.

Il n'y a donc pas de partition du récit recueilli en entretien entre ce qui relèverait du « vrai » et ce qui relèverait du « faux » ou du « caché », mais les omissions sont fréquentes. Quel regard porter sur ces omissions ? Nous mentionnons ci-après trois cas d'écarts importants qui empêchent de porter un regard analytique ferme, tout en attirant l'attention sur les enjeux sous-jacents aux récits.

La variabilité des récits : trois exemples

Un premier exemple concerne un jeune issu d'une famille migrante laotienne, Yaku. Les difficultés linguistiques des parents, et dans une moindre mesure de leur enfant, ainsi qu'un déficit de connaissance du fonctionnement des institutions, tant médicales qu'autres, n'ont pas permis l'élaboration d'un récit cohérent lors de l'entretien. Les soucis de protection de l'entourage, abordés précédemment, ont été dans ce cas probablement très forts, incitant à euphémiser les situations jugées stigmatisantes, tel l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Par ailleurs, l'entretien avec la mère se faisant avec le père, traducteur le cas échéant, a montré les éléments sur lesquels les parents ne voulaient pas répondre et les différences de visions des choses. Yaku lui-même a été plus soucieux que d'autres jeunes de montrer une image lisse et calme de lui, en cohérence avec ses options religieuses bouddhiques : il a parlé avec beaucoup de détachement de ce qui s'est passé (violence, etc...), et avec recul pour signifier qu'il a changé. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien qu'il a osé parler des délires qu'il a pu avoir, toujours avec recul mais en montrant clairement qu'il reste convaincu de leur réalité.

Le second exemple concerne un jeune au parcours chaotique, Sébastien. Globalement, le récit de Sébastien est moins étoffé que celui de sa mère, et de nombreuses lacunes apparaissent dans sa trajectoire. Par exemple, un épisode de désorientation est raconté avec beaucoup de détails par sa mère qui mentionne hallucinations et délires, alors que l'intéressé, s'il évoque l'éventualité d'être schizophrène, dit n'avoir jamais été sujet à ce genre de symptômes. Enfin, il n'évoque que quelques recours à la psychiatrie de manière évasive alors que sa mère en rapporte plusieurs.

Plus complexe à analyser est le constat d'omission par les jeunes eux-mêmes d'événements importants de leur trajectoire. Il ne fut constaté qu'une seule fois, puisque rares furent les occasions de rencontrer à plusieurs reprises les jeunes. Il concerne Jeanne. Ce n'est que lors du second entretien qu'elle mentionna un viol qu'elle a subi 4 ans auparavant, contemporain du début de ses troubles, viol qu'elle introduit à demi-mot comme une omission volontaire :

Jeanne - On n'a pas parlé du viol d'ailleurs. Tu sais, je me suis faite violée...

Enq. - ? ! (expression de surprise douloureuse)

Jeanne - Je t'avais pas dit ?! (réel étonnement)

Enq. - Non...

Jeanne - Si, je te l'avais dit obligatoirement...

Dans la suite de l'entretien, elle en euphémise les circonstances tout autant que les conséquences. Il n'en reste pas moins que cet événement apparaît comme très lié à l'émergence de ses troubles, puisqu'il alimenta sa réputation locale de « pute », réputation qui deviendra vite pour elle invivable.

Ces trois exemples d'omission ont pour point commun de concerner des événements forts, qui concernent tous des situations de « déprise » de soi : déprise par une hospitalisation à la demande d'un tiers, déprise par l'irruption de phénomènes délirants, ou déprise par un acte criminel subi. La question se pose alors du sens à accorder à cette variabilité des récits ?

La variabilité du sens accordé aux récits : l'identification de situations problématiques

L'analyse de ces variabilités, en ce qui concerne le parcours personnel des jeunes et/ou leur

parcours médical, peut donc se faire en terme d'accès différentiels aux informations. Mais on peut aussi les interpréter par rapport aux enjeux interactionnels et sociaux des descriptions des troubles et des contacts avec la psychiatrie : protéger l'image d'un collatéral diagnostiqué schizophrène. L'exemple suivant est signifiant dans la mesure où il ne concerne pas une personne enquêtée mais son frère. Charles a utilisé à plusieurs reprises le terme de « dépression » pour nommer la pathologie de son frère alors qu'ayant fait des études de médecine, et d'après les propos de la mère, il était parfaitement au courant du diagnostic psychiatrique. L'entretien avec sa mère laisse supposer que par volonté de protéger son frère, il a omis de mentionner certains faits tels les hallucinations de son frère. Cette protection de son frère est aussi, dans une lecture héréditaire de la maladie, une protection de lui-même puisque tous deux sont liés par le même sang :

« J'ai rencontré d'autres difficultés au début de mes études puisque j'ai été amené à comprendre que j'ai fait plus ou moins un syndrome dépressif au moment où mon frère en a fait un.. ».

Le frère de Jeanne est dans la même position, puisqu'elle dit être schizophrène. Il se prêtera « sagement » à l'entretien, tout en donnant à l'enquêtrice l'impression d'une part, qu'il ne dit pas tout ce qu'il aurait à dire dans un souci de protection de chacun des membres de la famille, et d'autre part, qu'il éprouve des difficultés à gérer sa proximité à la fois consanguine et comportementale avec Jeanne, ce qu'il exprimera d'ailleurs clairement.

De fait, évoquer, y compris parfois auprès des professionnels « psy », des comportements ou des diagnostics évoquant la folie équivaut à mettre à l'écart de la communauté la personne concernée, et dans une moindre mesure les personnes qui lui sont les plus proches, comme par un effet de contamination. Les écarts entre les récits sont alors interprétables comme souci de préserver son image et/ou celle des proches.

Conclusion : quel statut pour les récits recueillis ?

La période qui précède l'émergence de troubles psychotiques constitue un processus, souvent long, au cours duquel la personne et son entourage modifient leurs perceptions de « ce qui se passe », en interaction avec les intervenants qu'ils rencontrent. Analyser les parcours des personnes à partir de ce qu'elles et leur entourage en disent nécessite de prendre en compte cette dimension. Cette dimension se caractérise à la fois par l'existence de différents registres identifiables, pas forcément cohérents entre eux, et par leur imbrication permanente dans le discours des personnes (Velpry, 2001).

Le discours recueilli auprès de la personne sur sa maladie, sa prise en charge et parfois plus largement sa vie, s'apparente à un aménagement empirique et résulte d'une interaction et d'une négociation avec les différents discours disponibles, et notamment celui des soignants et de l'entourage. S'intéresser aux parcours de façon rétrospective, en cherchant à mêler l'analyse des événements et celle de leur perception, suppose de toujours associer à la dimension « objective » de reconstitution des orientations, prises en charge, lieux de vie par exemple, celle du sens et de la valeur que la personne leur attribue, autrement dit, du système de référence dans lequel elle s'insère.

Les entretiens avec les patients sont parfois fournis, mais comportent (tout comme ceux avec leurs proches) des lacunes identifiables dans la confrontation avec les autres entretiens effectués au sein d'une unité. Nous faisons l'hypothèse que ces récits sont cohérents, et ne justifient pas un traitement différent des entretiens réalisés avec d'autres interlocuteurs. Cette hypothèse est

d'ailleurs amplement justifiée par le fait que l'on trouve tout autant de lacunes dans les entretiens avec les membres de l'entourage.

L'existence de ces lacunes nous amène à exploiter l'ensemble des entretiens avec un angle double : d'une part en s'appuyant sur ce qui apparaît comme signifiant pour l'enquêté (et non pas sur une hypothétique reconstitution exhaustive), d'autre part en travaillant sur des unités plutôt que sur des entretiens isolés, lorsque c'est possible. Car les discours des jeunes ne sont ni des récits de « fous », ni des récits exhaustifs. Les précautions auxquelles ils nous invitent sont les mêmes que celles qui doivent, ou devraient être mobilisées dans toute analyse sociologique de discours, même si c'est ici de façon exacerbée. Cependant, compte tenu des enjeux associés à la variabilité des récits dans les configurations relationnelles, les données des uns et des autres n'ont pas été cumulées « naturellement ». Ainsi, dans le chapitre suivant concernant les modalités du 1^{er} accès à la psychiatrie, le recours à des informations issues des récits de l'entourage est toujours spécifié. A la fin du chapitre, une analyse croisée des discours dans une unité est proposée.

CHAPITRE II - LA PREMIERE CONFRONTATION A LA PSYCHIATRIE

Après ce chapitre méthodologique, nous entrons dans l'analyse proprement dite des parcours. Nous commençons par présenter brièvement les parcours des jeunes dans les principaux cadres socialisateurs avant les premiers contacts avec la psychiatrie, ainsi que les perturbations éventuelles dans ces cadres. Nous nous intéressons ensuite aux circonstances immédiates du premier recours à la psychiatrie, organisé en une typologie.

1- Avant le premier recours psychiatrique : de multiples marginalisations

Il s'agit ici de présenter la période précédant l'orientation vers la psychiatrie en restituant les parcours des jeunes enquêtés au sein des cadres institués de socialisation. Par « cadres institués de socialisation », nous faisons référence à différentes instances sociales, comme par exemple, la famille, l'école, le cadre professionnel, régies par des normes, des valeurs et dans lesquelles les individus prennent place en conformité ou pas avec des attentes de rôles propres à ces institutions. La socialisation est un processus complexe et diffus, qui met en jeu, et parfois en opposition, différents cadres institués. Dans l'enfance, et l'adolescence, il s'agit principalement de la famille, de l'école et du groupe de pairs. Par la suite, ils se diversifient avec le processus d'autonomisation vis-à-vis du cadre familial. La famille constitue donc un pôle central avant l'entrée dans l'âge adulte. Or, les normes, valeurs et attentes de rôle de ce cadre diffèrent selon les inscriptions culturelles de la famille, sa structure spécifique ou encore ses stratégies propres.

Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les entretiens menés avec les jeunes et avec des membres de leur entourage. Le retour sur le passé que nous avons proposé aux enquêtés, dans le cadre d'entretiens portant sur l'orientation vers la psychiatrie, les a conduit à une recherche des causes et des signes des difficultés rencontrées par le passé jusqu'à aujourd'hui. L'actualité indéniable de ces questions au moment de l'entretien, du fait de la persistance de l'incertitude sur ce qui se passe et sur les possibilités de résoudre la situation dans son ensemble, malgré la prise en charge psychiatrique, a favorisé cette recherche du sens des événements. Le fait de rapporter tel ou tel élément doit donc être replacé et analysé dans le contexte de la relation d'enquête et de la vie au moment de l'entretien. Les données que nous avons recueillies et sur lesquelles nous nous appuyons ici ne sont donc pas le fruit du recueil systématique d'un observateur unique suivant son seul point de vue, mais bien la reconstitution partielle et partielle, plurivoque, de cette période de la vie des enquêtés par les différents acteurs impliqués.

Il faut insister sur le caractère sociologique de cette analyse. En décrivant la façon dont des personnes aujourd'hui considérées comme à risque de devenir psychotique, ou comme ayant déjà fait un premier épisode psychotique, se sont inscrites socialement aux différentes étapes de leurs vies, nous ne recherchons pas une psychogenèse de la maladie, ni même une sociogenèse. Notre objectif est de mettre en évidence certaines spécificités de leurs trajectoires sociales.

Le déroulement de ce chapitre suit la trajectoire des enquêtés aux différents âges de leur vie : enfance et adolescence dans un premier temps, marqués par la prégnance du cadre familial, puis la jeunesse, prélude à l'entrée dans l'âge adulte, caractérisée par un processus d'émancipation vis-à-vis de ce cadre. Les premiers symptômes ont tous été repérés entre 15 et 25 ans. Cette tranche d'âge renvoie à la période de transition entre adolescence et âge adulte, une période qui se caractérise par l'entrée dans un processus d'autonomisation par rapport à la famille (Galland, 2001). Qu'il s'agisse des jeunes eux-mêmes ou de leur entourage, tous sont concernés par les processus de changement des statuts, des sphères de mise en responsabilité, des identités sociales, etc.... *in fine* des cadres intégrateurs.

Le cadre familial

Des milieux familiaux plutôt favorisés

La plupart des jeunes rencontrés proviennent de milieux familiaux où au moins l'un des deux parents se situe dans la catégorie socioprofessionnelle des « professions intellectuelles supérieures ». Près d'un tiers des jeunes enquêtés ont un père ou une mère qui exerce ou a exercé des fonctions de direction au sein d'entreprises ou d'administration. Seuls deux jeunes sont issus de parents appartenant à la catégorie « ouvriers » (Arnaud et Sandra). Les catégories socioprofessionnelles intermédiaires, par exemple les « professions intermédiaires » et les « employés », ne sont pas représentées, alors qu'elles constituent près de la moitié des actifs de la population française.

Cette appartenance à des classes sociales favorisées a été évoquée par les personnes rencontrées, jeunes et entourage, en relation avec une pression sociale envers les jeunes. Thomas met ainsi en lien les préoccupations de son père relativement à sa réussite scolaire avec la période au cours de laquelle le statut social de ce dernier s'est trouvé remis en question par une période de chômage. La mère de Thomas de son côté explique cette situation d'« acharnement » de son mari vis-à-vis de son fils comme le résultat du sentiment de ne pas avoir aussi bien réussi que les autres membres de sa famille. De la même façon, Lucas met en lien l'attachement de son père à la réussite avec la mise en question du statut social de son père par la famille de sa mère.

La forte présence de familles appartenant à des milieux sociaux favorisés est liée au mode de recrutement, et donc aux modalités d'orientation vers le centre d'évaluation³¹. Notons que les personnes d'origine populaire de notre corpus se sont orientées d'elles-mêmes vers le service hospitalier ou vers le dispensaire, alors que leur famille n'était pas ou plus impliquée. Ceci contraste avec l'engagement important des parents qui appartiennent à des milieux relativement favorisés dans la prise en charge de leurs enfants.

Cette appartenance tendancielle à des catégories socioprofessionnelles favorisées recouvre cependant des statuts sociaux différents, et renvoie à des ressources économiques et relationnelles contrastées.

³¹ Voir le chapitre précédent.

Des ruptures de la vie familiale

Environ le tiers des jeunes que nous avons rencontrés a vu la structure familiale modifiée, dans la petite enfance, par l'absence soudaine de l'un ou des deux parents. Cela peut être dû à un décès (Auréli), à une séparation (Jérôme, Sébastien, Jean-Baptiste), ou à une décohabitation ponctuelle de plusieurs années (Arnaud, mis en famille d'accueil pendant 3 ans, et Yaku, venu en France avec son père, en laissant derrière lui, sa mère et ses frères et sœurs en Asie).

Ce sont en général les jeunes eux-mêmes qui ont fait part de ces situations. Mais les parents apportent aussi leur point de vue sur les événements, là encore en lien avec l'élaboration d'hypothèses sur le parcours de leur enfant. Pour les jeunes, il s'agit surtout de retracer les différentes étapes de leur vie. Cette rupture dans leur trajectoire est parfois succinctement décrite comme quelque chose qui a tout simplement eu lieu, ou bien approché avec des conséquences à plus ou moins long terme sur leurs trajectoires. Les parents peuvent donner aussi des indications précieuses sur ces conséquences. Si les conséquences de ces événements ne sont pas toujours mises en évidence dans le récit des parcours, un lien hypothétique entre ces événements originels et les troubles actuels des jeunes est parfois souligné. Ce qu'il faut souligner ici, c'est que le lien entre ces ruptures et des problèmes psychologiques apparaît comme socialement légitime.

Le cadre scolaire

Sortie des « rails » scolaires

Les niveaux d'étude des jeunes rencontrés se répartissent de façon à peu près équitable entre les différents niveaux d'études (niveau 3^{ème}, niveau terminale, niveau universitaire). Le niveau d'étude atteint est associé à une certaine reproduction sociale : les enfants issus des milieux favorisés vont relativement plus loin dans les études, avec un recours dominant aux établissements privés. Cependant, dans le récit des parcours scolaires des jeunes apparaissent beaucoup de situations d'échec scolaire, et ce à tous les niveaux.

Ainsi pour Marcel et Lucas, il s'agit de conflits virulents qui ont opposés ces derniers à leur père, au cours de l'enfance et de l'adolescence, autour de la scolarité. Leurs pères dans les deux cas leur apparaissent comme très soucieux de préserver le niveau social familial par leur intermédiaire. De la même manière, Thomas évoque l'attention soudaine que porte son père à son travail scolaire alors qu'il est au lycée. Son père devient alors plus regardant sur son travail scolaire et surtout lui interdit de jouer à l'ordinateur, son principal loisir. Lui et sa mère associent ce comportement à une incertitude du père, qui se trouve alors au chômage, sur la possibilité de préserver son niveau social.

On peut introduire ici la notion de tolérance du milieu, qui est le pendant de cette notion d'exigence. La tolérance familiale peut s'analyser en fonction des différences familiales entre le permis, le prescrit, l'interdit. Elle est liée au statut de l'enfant (sexe, âge, place dans la fratrie), les stratégies familiales, la structure et la culture propre à la famille. Dans notre corpus, on peut observer une tendance, dans les unités les plus favorisées socialement, à la focalisation sur la réussite scolaire.

Plus généralement, les activités extrafamiliales sont l'objet de conflits dans la mesure où elles renvoient à des modes d'insertion actuel et futur dans la société en conformité avec les horizons d'attentes familiaux. Pour le père de Arnaud, on imagine que l'insertion de son fils après une

filière professionnelle est envisageable alors que pour les parents de Lucas ou de Marcel, il s'agira d'un déclassement. Mais par contre, pour le père d'Arnaud, il semble inacceptable de voir son fils trouver un mode d'insertion délinquant au sein de la société. On observe par ailleurs un effet de réassurance de la réussite scolaire qui rend les parents plus tolérants sur des pratiques qui dans un autre contexte seraient jugées illégitimes. Le père de Yaku n'acceptait pas que son fils rentre vers les 10-11h du soir, tandis que le père de Sarah ni voit rien d'anormal, dans la mesure où sa fille réussit correctement à l'école.

C'est aussi le cas pour Jeanne, dont le père se satisfait tout particulièrement de sa réussite scolaire, même si par ailleurs des éléments l'amène à s'interroger, ou encore de Marcel et de Lucas que leurs pères ont laissé tranquilles à partir des premiers éléments tangibles de réussite scolaire au moment du bac. A des degrés d'exigence plus ou moins importants se pose donc la question de l'autonomisation des jeunes et de leur capacité ultérieure à s'insérer socialement, en dehors du cadre familial et des formes de cette insertion. On peut envisager la réaction particulièrement ouverte du père de Marcel suite à l'exclusion de son fils sous cet angle.

Les parents peuvent aussi en venir à réévaluer leur exigence et donc à faire preuve d'une plus grande tolérance. Cela semble être l'attitude adoptée par la mère de Sébastien qui face à la désinvolture de son fils en est venue à réévaluer ses exigences : « Un gamin qui fout rien, mais on s'inquiète pas non plus. » (Mère de Sébastien). C'est le cas aussi de la mère de Thomas qui relativise son modèle de sociabilité aux vues de la solitude de son fils. Une telle révision de ses positionnements semble être relativement plus le fait des parents pour lesquels les enfants n'ont pas de diagnostic lourd. Pour les autres, elle légitime l'orientation vers la psychiatrie.

Il apparaît donc que ces différents mouvements : l'exigence/tolérance initiale, relativisation, intransigeance, etc... sont des éléments importants dont il faut tenir compte dans l'analyse de la suite du parcours de ces jeunes.

Des fléchissements scolaires qui inquiètent les parents

Les niveaux et trajectoires scolaires sont contrastées. Certains jeunes rencontrés considèrent avoir été de mauvais élèves dès le début de leur scolarisation. Tel est le cas de Jean-Baptiste, de Denis, ou encore d'Arnaud. Ils attribuent alors ces situations à un manque d'intérêt pour l'école et à un goût pour la « *déconne* ». Leurs trajectoires sont au final similaires : ils ont été orientés dans des filières professionnelles qu'ils ont fini par abandonner.

Ensuite, viennent les jeunes qui disent avoir été des élèves moyens au début de leur scolarité (Jérôme et Sarah). Le niveau atteint apparaît à leurs yeux comme la résultante d'un investissement scolaire qui reste modéré.

Enfin, certains jeunes se sont avérés particulièrement brillants dès les débuts de leur scolarité, comme le confirment les parents. Tel est le cas de Charles et de Jeanne. Pour tous les deux, cette réussite est évoquée par les parents comme le fruit d'un investissement scolaire et de facilités. La mère de Jeanne nous décrit ainsi sa fille comme particulièrement studieuse tandis que le père souligne son intelligence. De leur côté les parents de Charles soulignent les facilités de leur fils qui a été reçu au bac S option mathématiques avec la mention très bien, alors que la même année, il préparait un concours de voile.

On note peu de problèmes d'apprentissage au sens strict dans les parcours scolaires initiaux, ce qui est mettre en lien avec les milieux sociaux plutôt favorisées où évoluent les jeunes rencontrés.

On voit également que les performances scolaires ont eu un effet de réassurance face aux interrogations des adultes, lorsque surviennent par exemple des problèmes de comportement. Parallèlement, plusieurs jeunes rencontrés évoquent avec insistance des moments de grande souffrance dans le cadre scolaire.

Au moment de l'adolescence apparaissent des inflexions sensibles dans les performances scolaires. Des problèmes disciplinaires se manifestent également tant dans le travail scolaire, que dans les comportements scolaires ou hors institution scolaire. Ils sont alors interprétés en terme de personnalité. Ces problèmes aboutissent à différentes modalités de la mise à l'écart : renvoi scolaire, déscolarisation, recours à l'enseignement privé, parfois dans des établissements scolaires en internat relevant d'une institution totale.

Pour près de la moitié de ces jeunes, on observe cette tendance aux fléchissements scolaires dont l'issue s'avère être bien souvent soit l'orientation en filières courtes professionnelles sans le bac (Benjamin, Sébastien, Sandra) soit l'abandon de la scolarité avant le bac (Sarah, Cédric, Yaku). Parmi les raisons invoquées pour rendre compte de ce fléchissement, on peut citer les problèmes d'intégration scolaire auprès du groupe de pairs ou le désinvestissement scolaire. Ces fléchissements peuvent être ponctuels. Rappelons ici que les jeunes ayant obtenu le bac constituent un peu moins de la moitié de notre corpus.

Les parents adoptent différentes stratégies pour tenter de remédier aux difficultés scolaires de leurs enfants. Certains surveillent de plus près le travail scolaire de leur enfant. Ils les assistent dans leurs devoirs ou font appel à du renforcement scolaire. Ils peuvent aussi changer leurs enfants d'établissement. Bien souvent, cela est nécessité par un redoublement ou pour favoriser leur travail. Parmi ces changements d'établissement, il y a l'orientation vers la pension : le tiers des jeunes que nous avons rencontrés sont passés par là. Enfin, les consultations chez le psychologue sont relativement courantes. Elles peuvent avoir lieu longtemps avant la première orientation en psychiatrie ou bien peu de temps avant. Nous verrons que l'orientation vers la psychiatrie pourra être une réponse immédiate à ce type de problème, sans passer par l'orientation sur un psychologue.

Tout ce passe comme si les parents des milieux les plus favorisés suivaient particulièrement de près les résultats scolaires de leurs enfants et refusait certains types d'orientation professionnelle ainsi que l'abandon scolaire, tandis que les parents des milieux les moins favorisés, avaient des niveaux d'exigence moindre et seraient moins regardant sur les orientations potentielles de leurs enfants. Cet état d'esprit se traduit dans les réactions des parents face aux fléchissements de leurs enfants par une détermination plus importante dans les milieux les plus favorisés. Elles renvoient dans l'ensemble à trois types de modes d'action liés à la grille de lecture du problème : le renforcement de la discipline, les tentatives de compréhension d'un blocage dû à des raisons psychologiques, et enfin le soutien scolaire. Dans les milieux les plus favorisés, la détermination semble donc plus grande que dans les milieux moins favorisés où la perspective de l'orientation professionnelle et d'une insertion précoce sur le marché du travail est envisagée, plus facilement. Le parcours de Denis en témoigne de façon exemplaire. Face à l'échec des différentes tentatives parentales, celui-ci s'est orienté vers des études courtes. Mais, pas dans n'importe quelle branche, puisqu'il commence un CAP dans le graphisme. Rien à voir avec l'orientation de Sébastien en tôlerie chaudronnerie, branche peu prestigieuse au regard du graphisme... En effet, comme en témoigne la suite de son parcours, la recherche de métier prestigieux est de mise, dans la famille de Denis, même s'il s'agit de filières courtes et sans le bac (graphisme, golf, théâtre).

On voit donc, que sans tenir compte d'éléments propres aux individus tels que la motivation, les capacités de concentration, ou tout simplement les capacités de compréhension, on peut analyser les trajectoires de ces jeunes dans les cadres scolaires en lien avec les exigences/tolérances parentales. Ceci nous permet de comprendre la place particulière qui est réservée aux mathématiques. C'est en quelque sorte la matière de référence. Les difficultés dans les autres disciplines ne sont d'ailleurs pas évoquées. Les mathématiques constituent un véritable enjeu dont les parents se font le relais en étant très regardant à ce niveau (Marcel, Lucas, Thomas). Dans le prolongement de cette attitude, cette discipline est présentée aujourd'hui, par les parents, comme constituant un indice de la relecture biographique. Tels sont les propos de la mère de Jeanne ainsi que de la mère de Benjamin, qui toutes les deux, mettent en lien les difficultés en mathématiques de leurs enfants avec les troubles dont ils souffrent aujourd'hui.

Indiscipline et exclusions multiples dans le cadre scolaire

On constate que quelques enquêtés, peu nombreux, certes, se sont révélés incapables de se conformer à la discipline propre au cadre scolaire, au-delà des simples questions d'apprentissages scolaires. Certains enquêtés se sont avérés être des élèves particulièrement indisciplinés, transgressant les normes et les valeurs du cadre scolaire. Arnaud et Denis racontent leur tendance naturelle à ne pas respecter les normes prescrites dès le primaire et à les mettre en échec. Denis est particulièrement explicite lorsqu'il évoque son incapacité à se soumettre à l'autorité et sa provocation constante des professeurs. Pour Cédric, cette effronterie et insolence est plus tardive.

On observe que ces jeunes se sont fait exclure à une ou plusieurs reprises de leurs établissements scolaires du fait de leurs comportements. S'ensuit alors bien souvent une orientation vers des établissements plus stricts, près à accepter des élèves exclus dans de telles circonstances : établissements privé, pensions, etc...

Leur parcours est alors marqué par des exclusions plus ou moins nombreuses, et selon les exigences du milieu familial, l'envoi dans des établissements plus ou moins stricts, sans que cela ne les canalise. De manière plus générale, cependant, près de la moitié des enquêtés, ont perçu la discipline au sein de leurs établissements scolaires comme particulièrement stricte et traumatisante, du fait notamment d'abus de pouvoir de la part des professeurs, sans que l'on puisse trancher, là encore, sur l'origine des conflits.

Qu'il s'agisse des jeunes « *indisciplinés* » ou des autres, le vécu de ces établissements et de la discipline qui y règne est alors parfois difficile. Cela conduit les jeunes à classer les établissements en fonction du degré de liberté qu'ils laissent aux élèves, entre deux pôles : celui de l'ambiance carcérale et celui de l'ambiance de détente. Pour rendre compte de ces ambiances, les images utilisées sont assez fortes : un rapport « *maton/prisonnier* », le « *club Med* », la « *déconne à tout prix* », etc... Elles symbolisent des couples d'opposition entre l'ouverture et la fermeture, la détente et le travail, les rapports de pouvoir entre profs et élèves. Elles laissent, respectivement, un souvenir amer lié au sentiment de « *détresse* » et d'« *injustice* », ou un souvenir nostalgique du bon vieux temps où les jeunes s'amusaient bien.

Ces expériences difficiles dans le cadre scolaire, parfois décrites par les jeunes et leurs parents comme traumatisantes, remontent parfois à l'école primaire. Elles sont alors souvent mobilisées comme explication des difficultés actuelles. Tel est le cas de Thomas et de Jean-Baptiste mais aussi de Benjamin. On peut noter que l'institution scolaire dans certains cas, influe, voire renforce les difficultés rencontrées par ailleurs, au sein du groupe de pairs. Dans le récit de Benjamin, il est

fait mention, tout comme dans le récit de Lucas, des problèmes de pédophilie au sein de l'établissement. On peut noter que ces événements sont rapportés, brièvement, comme un élément ouvert à toutes les interprétations possibles. Ces éléments apparaissent dans tous les cas, comme un moyen de renforcer l'argumentation d'un discours orienté sur la victimisation de ces jeunes dans le cadre scolaire.

A l'issue de cette description des trajectoires des jeunes rencontrés dans les cadres scolaires, se dégage une typologie. **Un premier groupe** est constitué par des élèves qui se présentent comme peu motivés par l'école, dès le départ ou en cours de scolarité, qui refusent de se plier aux contraintes scolaires, notamment en termes de discipline, et qui se retrouvent bien souvent en situation d'exclusions des établissements dans lesquels ils se trouvent du fait de leurs comportements et de leurs mauvais résultats. Pour la plupart, ils sont orientés vers des filières professionnelles courtes. Il s'agit de Denis, Arnaud, Jean-Baptiste, Sébastien, Cédric et Benjamin. **Un second groupe**, à l'opposé, est constitué de bons élèves, disciplinés et motivés. Dans leur récit et ceux de leurs proches n'est faite aucune mention de vécus scolaires traumatiques, contrairement à l'ensemble des enquêtés des autres groupes qui font mention de cadres scolaires difficiles notamment du fait du groupe de pairs. On y trouve peu d'enquêtés : Jeanne et Charles, uniquement. Enfin **un troisième groupe**, intermédiaire, est composé d'élèves moyens, sans problèmes de discipline majeurs, qui fléchissent scolairement suite à un désinvestissement scolaire ponctuel, du fait notamment de difficultés psychologiques, mais pas seulement. Leurs trajectoires ultérieures renvoient clairement alors à leurs origines sociales et aux moyens qui sont déployés pour leur permettre de réussir. Ainsi, Thomas, Lucas, Marcel, Jérôme, Aurélie continuent leur trajectoires après le bac, tandis que Yaku, Sandra, Sarah, de milieux moins favorisés, abandonnent leur scolarité avant cette échéance.

L'entrée dans l'âge adulte : une émancipation difficile

La confrontation à l'orientation professionnelle

Une partie des enquêtés (3) n'est pas incluse ici, car ils ont été orientés en psychiatrie avant ou en cours d'élaboration d'un projet professionnel et sa mise en œuvre.

La confrontation du projet professionnel à la réalité aboutit souvent à la modifier. Seuls deux jeunes, Jeanne et Marcel, restent dans leur filière initiale tout au long de leurs études. Les autres sont amenés à remettre en question la première orientation, et donnent lieu à des parcours chaotiques dont certains sont à l'origine de l'orientation vers la psychiatrie. Ceux qui avaient faits leurs choix par compromis ou par convenance remettent parfois leur décision en question. Ce changement, nous le verrons par la suite, est le prélude à toute une série de réorientations. Enfin, pour ceux qui avaient choisi de s'orienter vers le métier qu'il souhaitaient faire depuis tout petit, le constat peut être amer, surtout pour Charles, qui prend progressivement conscience qu'il ne souhaite pas poursuivre ses études de médecine et qui redouble à plusieurs reprises sa deuxième et troisième année. De son côté, Benjamin, fait l'apprentissage douloureux du métier de dessinateur, qui selon lui, n'a rien à voir avec la pratique qu'il en avait auparavant. Enfin, pour Denis, c'est sa sensibilité et son impulsivité qui le conduisent à abandonner l'un des projets auxquels il tenait le plus jusqu'à aujourd'hui.

Rappelons tout de même le contexte dans lequel les enquêtés réalisent leur orientation professionnelle. La décohabitation familiale, la nécessité de trouver un nouvel endroit pour se

loger, la nécessité parfois de travailler pour financer ses études, sont autant d'éléments qui ne facilitent pas les conditions de vie aux yeux des enquêtés. Tel est le cas de Jérôme, particulièrement angoissé par les questions financières alors que sa mère et son beau-père sont dans une situation financière délicate. Il est alors amené dans ce cadre à partager un appartement avec des gens qu'il connaît à peine et se sent donc très peu chez lui. Charles, lui aussi, nous évoque des difficultés dans son nouveau logement où ses colocataires font du bruit, tandis que chez lui, la présence de son frère, en train de sombrer progressivement dans la maladie, lui est particulièrement difficile à vivre.

Les projets professionnels des enquêtés renvoient donc à des domaines divers : médecine, sciences politiques, science, commerce, droit... Mais un domaine détient une place tout particulière : l'art. Pour certains, elle apparaît plus comme un choix par défaut, suite à des échecs d'autres formations. Pour la plupart cependant, cette orientation est présentée comme une passion. On observe chez ces derniers un foisonnement créatif notamment au cours des périodes vécues comme difficile, un investissement à corps perdu dans l'activité artistique. Donc certains sont « artistes depuis toujours », cette activité ayant été depuis longtemps reconnue et valorisée par le milieu familial (Benjamin, Jeanne, Jean-baptiste). D'autres sont des artistes « contrariés » et/ou « reconvertis » suite à des échecs ailleurs (Denis, Lucas, Marcel).

Premières expériences de travail : stages et petits boulots

L'ensemble des enquêtés ont été orientés vers la psychiatrie avant de connaître une insertion professionnelle stable. Certains, cependant, ont eu un premier contact avec le monde professionnel dans le cadre de leurs études (stage, apprentissage, etc...) (Arnaud, Sébastien, Lucas, Charles) ou encore dans le cadre de « petits boulots » pour se faire de l'argent (Jean-Baptiste), Sandra, Jérôme, Jeanne, Charles, Sarah). Les autres ne travaillent pas et sont entièrement financés par leurs parents (Sébastien, Yaku, Aurélie, Benjamin, Cédric, Marcel).

Le cadre des stages renvoie au cadre scolaire et à celui de l'orientation professionnelle. Ceux qui sont orientés en filière professionnelle courte, comme Arnaud et Sébastien sont en situation d'échec, notamment du fait d'un faible investissement. Il en est de même pour Lucas qui est déçu par le milieu professionnel de son stage et qui n'arrive pas à se plier aux contraintes du milieu en question.

Viennent ensuite ceux qui sont confrontés au monde professionnel dans le cadre de « petits boulots » dont l'enjeu est essentiellement financier. Sont concernés les jeunes dont les parents n'ont plus les moyens de financer les études, comme Jérôme, qui est contraint de travailler. Sont concernés aussi les jeunes qui veulent s'offrir ce que leurs parents ne sont pas prêts à leur financer, comme Sandra qui cherche à marquer son individualité dans l'achat de vêtements, mais aussi Charles, qui souhaite partir du foyer familial alors qu'il peut encore y habiter. Pour d'autres, c'est la fin des études avec la décision des parents d'arrêter de subvenir à leurs besoins qui nécessite de trouver des ressources financières. C'est le cas de Jeanne, principalement. Enfin, certains essayent, par ce biais, de financer des projets professionnels plus délicats à mettre en place. Tel est le cas de Jean-Baptiste qui a obtenu un travail dans un domaine lui permettant parallèlement de vivre tout en mettant en place ses projets dans le domaine de la musique.

Les expériences de ces petits boulots sont perçues négativement par les enquêtés et par leurs parents. Ces emplois s'avèrent selon certains enquêtés durs à tenir car peu intéressants. Par ailleurs, des conflits sont mis en évidence par les enquêtés eux-mêmes. Tel est le cas de Charles

lors d'une colonie. De son côté Jean-Baptiste rencontre des difficultés puisqu'une petite fille l'accuse d'attouchements. Enfin, comme nous avons pu le voir, certains enquêtés se révèlent incapable de se plier aux contraintes du cadre professionnel comme l'amabilité avec le client ou la ponctualité.

Les parents ressentent les difficultés dans ces cadres de différentes manières. Cela peut être la façon dont l'enfant restitue l'expérience qui les inquiète. Pour les parents de Charles, l'indifférence de leur enfant leur apparaît comme anormale et les conduit sur l'hypothèse de l'émergence d'une pathologie, comme cela a été le cas pour une de leurs fils. Le père de Jeanne, de son côté, perçoit les difficultés d'insertion de Jeanne dans son milieu professionnel comme une incapacité à se vendre. Face à l'échec de leur insertion professionnelle, deux enquêtés en sont venus à se faire de « l'argent facile » par différentes pratiques délinquantes comme le vol et le deal. Pour Denis, il s'agit de pratiques ponctuelles en lien avec ses besoins financiers du fait de ses consommations de drogues. Pour Arnaud, cette pratique est devenue un véritable mode de vie dont il ne se cache pas et qu'il revendique.

Bien qu'ils aient été orientés vers la psychiatrie avant une véritable insertion sur le marché du travail, plusieurs des jeunes ont rencontré des difficultés dans le cadre préalable à cette insertion, du fait notamment d'une incapacité à se plier aux contraintes de ces cadres : amabilité, ponctualité, respect de la hiérarchie, qualité du travail, etc... On peut mettre en lien cette incapacité avec des consommations importantes de substances psychoactives, comme le cannabis, mais pas uniquement. Tout se passe comme si ceux qui dans le cadre scolaire ne rencontraient pas de difficultés auparavant se mettaient à en rencontrer dans le cadre professionnel comme Charles, par exemple et que ceux qui en avaient continuaient à en avoir.

Ainsi les cadres professionnels apparaissent au même titre que les cadres scolaire comme un lieu où apparaissent des difficultés. Pourtant, ils ne sont pas directement à l'origine de l'orientation, comme nous le verrons par la suite, même si, bien évidemment, ils sont pris en compte dans la relecture des trajectoires, au moment de l'orientation. On peut supposer que cela est dû à la nature de l'expérience dans ces cadres et des liens qui s'y tissent. Si l'école a un enjeu éducatif en partenariat avec les parents, tel n'est pas le cas du monde professionnel. L'expérience rapportée au parents, comme dans le cas de Charles, les liens familiaux avec l'entreprise, comme dans le cas de Lucas, ou encore la contrainte financière qui pèse sur le jeune, comme pour Jeanne, sont autant d'éléments qui conduisent alors la famille à s'interroger sur la situation.

Décohabitation et sortie des « rails » familiaux

La moitié des jeunes n'habitaient plus chez leurs parents au moment de l'enquête. Ils étaient hébergé par un membre de la famille ou un conjoint, vivaient en foyer ou en location. Deux jeunes vivent en couple. L'autre moitié des jeunes rencontrés, qui vivaient avec leurs parents lors de l'entretien sont cependant nombreux parmi eux à avoir récemment décohabité, avant de réintégrer le milieu familial. Les décohabitations se sont souvent accompagnées d'un éloignement géographique important, et ont souvent été associées à la survenue de difficultés psychiques.

Quel que soit leur mode d'hébergement, les jeunes rencontrés sont pour la plupart aidés financièrement par leurs parents, du fait notamment de la difficulté pour certains à tenir les « petits boulots ». La fréquence de ces aides financières est à mettre en lien avec des origines sociales familiales favorisées.

La plupart des jeunes résidaient au domicile familial au moment de l'entretien. Cependant, la prise en compte de leurs parcours résidentiels antérieurs indique la grande fréquence des éloignements familiaux, qu'ils soient présentés comme subis ou comme recherchés.

Seuls un quart des jeunes rencontrés habitaient chez leurs parents, depuis toujours, avant leur orientation vers la psychiatrie (Thomas, Sandra, Yaku, Sarah). Ces jeunes poursuivaient leurs études secondaires. Nous avons pu voir plus haut que les situations au sein de la famille sont parfois très conflictuelles.

Les autres jeunes rencontrés ont connu un éloignement du domicile familial à l'occasion d'une orientation scolaire ou professionnelle. Ces éloignements ont pu être subi, pour diverses raisons souvent liées aux contraintes scolaires. Ils ont pu être recherché par certains jeunes, comme dans le cas de Aurélie qui profite d'une proposition de colocation pour prendre son indépendance vis-à-vis de sa mère.

On le voit, cet éloignement résidentiel a pu se réaliser dans des structures très encadrées, comme les internats. Cependant, il correspond à des périodes où la contrainte familiale pèse moins et où la socialisation dans le groupe de pairs s'accroît. Ces périodes sont marquées par une expérimentation ou recrudescence des consommations de cannabis ou d'autres substances. Elles peuvent correspondre pour certains à un laisser-aller plus général, et constituer des objets d'inquiétude pour les parents qui n'en ont qu'une appréhension lointaine. C'est le cas de la mère de Jeanne, par exemple, qui se pose des questions sur le mode de vie de sa fille étant donné l'état de ses appartements au moment de les rendre.

Il s'agit aussi pour certains d'une périodes où il font l'expérience de crise plus ou moins fortes, qui les conduisent ou pas à s'orienter vers la psychiatrie (Benjamin, Aurélie, Jeanne).

Non, en fait, j'ai consommé du cannabis, pendant l'année 2003 avec un ami chez qui j'ai habité pendant un an, l'année dernière, avec un ami d'enfance qui venait de Nouvelle Calédonie et qui comme il venait de Nouvelle Calédonie fumait pas mal de haschich. Donc, en fait, c'est là que ça a commencé parce que je fumais énormément. On fumait tous les deux comme des pompiers. Et c'est là que ça a commencé les crises d'angoisses... (...) Ben, quand j'étais ado, normal, je fumais 1 ou 2 joints pour faire comme les autres et aussi parce que ça donnait une euphorie qui n'est pas déplaisante. Donc voilà. Et quand j'en suis venue à habiter avec ce garçon, j'appréciais plus ou moins de fumer un joint de temps en temps, mais là, la consommation s'est accrue énormément. (Aurélie)

Plusieurs jeunes sont ensuite retournés au domicile familial avant l'orientation vers la psychiatrie. Cette situation est en général mal vécue car elle nécessite de réintégrer le foyer familial qui a pu changer d'organisation entre-temps, ou encore faire reprendre un statut avec des attentes de rôle qui ont changé aux yeux du jeune et pas forcément pour les parents.

Des sociabilités à la marge

On a vu que la sociabilité avec les pairs dans le cadre scolaire avait été difficile pour la moitié des jeunes rencontrés. On observe également, pour plusieurs jeunes, le développement de sociabilités à la marge, que ce soit autour de la consommation de substances psychoactives ou avec des amis présentant eux-mêmes des troubles psychiques.

Conclusion

Il apparaît donc que le contexte qui précède le premier recours psychiatrique est marqué par d'importants changements dans les cadres intégrateurs. Les trajectoires sociales des jeunes témoignent de profonds changements, tant dans les cadres familiaux que scolaires, ou professionnels pour certains. Nous n'avons pas cherché ici à y apprécier le rôle éventuellement joué par les difficultés psychiques.

Qui plus est, l'analyse des trajectoires sociales engagées permet de pointer l'engagement des jeunes dans un processus de déclassement social, avec une remise en cause progressive de la reproduction du statut social familial. L'identification de difficultés psychiques vient entériner cette remise en cause, tout en rendant désormais incertain l'accès à un statut social « normal », quel qu'il soit.

Dans un premier temps, les fréquentes situations d'échec scolaire constatées parmi les jeunes rencontrés amorcent une première remise en cause de la reproduction de la position familiale. A la fin de l'adolescence, apparaissent de façon récurrente des situations d'éloignement géographique du milieu familial, qui ont presque toujours pour motif la poursuite d'une formation initiale dans un lieu ou un champ professionnel jugé plus propice. Les difficultés psychiques mentionnées sont souvent en corrélation avec ces situations d'éloignement. L'engagement dans une professionnalisation artistique apparaît souvent comme un palliatif à l'échec scolaire. Ces engagements artistiques s'accompagnent souvent de sociabilités « à la marge ». Cette crainte est exprimée tant par les jeunes que par leurs parents, avec une plus grande précocité pour ces derniers.

Il apparaît donc que, peu avant l'orientation vers la psychiatrie ou parfois bien avant, les jeunes rencontrés se sont trouvés dans une situation de marginalisation sociale. Cette situation est l'aboutissement d'échecs dans les processus de socialisation proposés par l'école ou la famille, ou le cadre professionnel, qui s'étend à tous ces domaines. Elle a pu être l'occasion de conflit ou pas, et se faire dans un processus plus ou moins progressif. On a ainsi mis en contexte la période qui précède les premiers contacts avec la psychiatrie, que nous abordons maintenant.

2- Une typologie des premiers recours psychiatriques

Elaboration de la typologie

Définition des variables pertinentes

Le terme de 1^{er} recours prend en compte ce que l'on pourrait appeler « un segment de soins », (Strauss, 1992) c'est à dire le premier psychiatre rencontré ainsi que l'enchaînement immédiat des contacts avec la psychiatrie. Cette approche est apparue plus pertinente car elle évite une trop grande fragmentation des démarches, qui occulterait toute visibilité de la logique sous jacente. Ainsi, le premier contact de Marcel avec la psychiatrie est une consultation accompagnée par la sœur vers un psychiatre qui n'a perçu aucun signe psychiatrique. C'est un ou deux jours plus tard, les délires de Marcel continuant, que la sœur appelle SOS Psychiatrie qui immédiatement accompagne, via les pompiers, vers l'hôpital Ste Anne. Si les acteurs psychiatriques sont

différents, ces recours successifs sont étroitement liés entre eux par une même logique interne sous-jacente : le recours en urgence de l'entourage pour faire face à des crises perçues comme ingérables.

Ce terme de 1er recours désigne donc non seulement le premier contact, mais également le mouvement qui l'accompagne, à savoir les modalités d'orientation et d'accompagnement vers ce champ. Car accéder à la psychiatrie lorsque l'on est un jeune adulte ne se fait que sur incitation d'une tierce personne. Les premiers recours à la psychiatrie font tous apparaître des logiques collectives : aucun jeune n'a envisagé seul son propre recours psychiatrique. Cette éventualité est toujours annoncée par des tiers que nous avons appelés ici **agents orientateurs**. Si l'on adopte maintenant une focale transversale aux 3 types présentés, il apparaît nettement que dans la grande majorité des cas, les parents ne sont pas non plus les agents orientateurs. Ce sont des professionnels du système éducatif (4) ou du système médical (7) qui dominent. Dans ce dernier cas, on peut y adjoindre les conseils amicaux qui émanent toujours de proches eux-mêmes en contact avec la psychiatrie pour eux-mêmes ou dans leurs cadres professionnels, familial ou amical (4). Dans tous les cas, le premier recours a été déclaré orienté via ces 2 principales institutions sociales. On y trouve des mécanismes similaires à ceux décrits par Jeanne Favret-Saada (1977) à propos de la sorcellerie : de la même façon qu'il faut un tiers pour émettre l'hypothèse d'ensorcellement de l'interlocuteur, il faut ici une tierce personne pour émettre l'hypothèse d'un trouble psychiatrique du jeune... Le concept de recours permet ainsi d'appréhender l'accès à la psychiatrie comme un fait social.

Parmi la grande diversité des parcours, nous avons pu identifier quelques combinaisons spécifiques qui permettent de proposer une typologie du premier recours à la psychiatrie. Cette typologie repose sur la combinaison de plusieurs variables qui varient toutes d'un type à l'autre. Ces variables identifiées comme opérantes dans les parcours d'accès à la psychiatrie sont :

- Les cadres intégrateurs perturbés (scolaire, familial, amical ou amoureux)
- L'événement immédiatement orientateur (conflit, repli sur soi, « délire », souffrance)
- Les modalités de l'accompagnement (service d'urgence, parents, le jeune seul)
- La nature du recours (consultation, urgences)

Premier recours et évaluation clinique

Nous l'avons abordé dans le chapitre précédent, c'est par le Centre d'Évaluation que nous avons eu accès aux jeunes. Les personnes retenues pour faire partie de notre corpus étaient recrutées sur la base de l'âge (moins de 25 ans) et de l'évaluation clinique (comme « personne à risque de troubles schizophréniques » ou « personne ayant connu un premier épisode schizophrénique »), informations communiquées par le CE. Lors de l'élaboration de la typologie, nous n'avons pas repéré de différences significatives entre le corpus de patients identifiés à l'issue du test comme « à risques psychotiques » et celui des « premiers épisodes ». Ainsi, comme l'indique le tableau en annexe 2, certains jeunes identifiés comme « à risque » racontent des épisodes hallucinatoires qui n'ont rien à envier à ceux de leurs collègues identifiés « 1er épisode ». Seule différence, ces derniers ont été hospitalisés suite à ces épisodes, alors que les précédents ont vécu ces événements sans prise en charge hospitalière. Nos axes d'analyse, qui reposent sur les 4 variables offrant le plus d'occurrences, ne reprennent donc pas ces catégories.

Présentation de la typologie

Nous présentons maintenant succinctement les trois types de recours dégagés, avant de revenir plus en détail sur les circonstances de contact avec la psychiatrie propres à chaque type.

Dans le premier type (Type I, 5 jeunes), les parents sont toujours accompagnateurs, pour des difficultés identifiées dans la sphère scolaire et d'insertion professionnelle (mauvais résultats, échecs ou abandons) sans que ces difficultés ne se traduisent par une orientation de l'institution scolaire vers la psy. Ces difficultés sont accompagnées de perturbations de la sphère familiale. Elles se manifestent par des conflits jeunes/parents et/ou des replis sur soi du jeune, qui apparaissent comme les signes immédiatement annonciateurs d'un recours à la psychiatrie par la consultation, tant de professionnels du secteur privé que public. Ce sont plutôt des personnes appartenant à l'entourage proche de la famille qui suggèrent de solliciter la psychiatrie (ami(e)s, professionnel de confiance...). 4 de ces 5 jeunes sont issus de milieux favorisés voire très favorisés.

Dans le second type (Type II, 6 jeunes), les parents sont là encore souvent accompagnateurs, mais avec le concours parfois conjoint de services d'urgence (pompiers, SOS psy...). Car l'événement immédiatement orientateur n'est pas diffus comme précédemment. Ce sont des troubles importants de la perception et/ou du comportement auxquels des personnes extérieures à la famille ont assisté (des élèves, des passants, des agents de la force publique, des enseignants, des voisins, des invités...). La nature du premier recours est le plus souvent l'hospitalisation.

Dans le troisième type (Type III, 4 jeunes), au moment de leur premier recours, les jeunes sont tous engagés dans une trajectoire d'éloignement du cadre familial, qu'il soit ou non souhaité. C'est pourquoi le cadre amical et amoureux est dominant. C'est ce cadre qui est pointé comme principalement perturbé par les troubles, des troubles silencieux souvent subis depuis de longues années. C'est dans ce cadre qu'apparaissent des agents orientateurs, qui peuvent être aussi des professionnels mais avec lesquels les jeunes ont tissé des liens d'alliance forts. Les parents étant absents, les jeunes ne sont pas accompagnés lors de leur premier recours, et leurs parcours de soins tant antérieurs qu'ultérieurs au premier recours psychiatrique est des plus erratiques.

Type I : Les parents sont les principaux acteurs du 1er recours psychiatrique

Dans le type I, qui concerne 5 jeunes rencontrés, des échecs scolaires ou professionnels sont pointés par les enquêtés, que ce soit les jeunes ou leurs parents. Il s'agit toujours d'un échec récent, que ce soit au niveau du lycée, au niveau universitaire ou au moment de la première expérience professionnelle. Ainsi, Cédric vient de rater pour la seconde fois son baccalauréat, Thomas décroche en terminale, même avec le soutien intensif de cours de mathématiques pendant un an et demi, Lucas vient de redoubler sa 1^{ère} année d'école de commerce, tout premier échec de sa carrière scolaire, et remet en question son orientation professionnelle. Tout comme Charles qui abandonne en 3^{ème} année de médecine et s'engage dans une 1^{ère} expérience professionnelle dans un autre secteur et qui échouera. Jeanne est dans une situation similaire, dans l'impossibilité de s'insérer dans le milieu professionnel qu'elle a choisi, celui de l'organisation d'expositions artistiques. Davantage que ces situations d'échec dans le parcours d'insertion, ce sont leurs résonances dans la vie familiale qui éveillent les inquiétudes des parents. Ces inquiétudes sont alimentées par les situations de repli sur soi qui accompagnent le plus souvent

ces échecs, mais aussi par la crainte d'un déclassement social irrémédiable, ce type concernant les jeunes les mieux dotés socialement de notre échantillon.

Des replis sur soi et/ou des tensions qui inquiètent les parents

- **Cédric** vient de rater son baccalauréat pour la seconde fois après plusieurs années scolaires quelque peu mouvementées. Cédric n'entrevoit pas de porte de sortie et il doit repenser ses projets professionnels. Au mois de septembre, c'est à dire à cette période de l'année où reprennent les activités des jeunes en formation initiale, il « décroche » du rythme social pour se lever en début d'après-midi, passer la journée dans sa chambre et se coucher à une heure très avancée de la nuit. Ses contacts avec sa famille se réduisent alors au repas du soir, et les occasions de communication intrafamiliales se réduisent d'autant. Le **retrait de Cédric tant de toute activité sociale que de toute activité familiale** inquiètent des parents dont les tentatives de remise en route de leur fils restent visiblement vaines, dans un contexte familial où les **tensions** s'accroissent :

« On parlait pas tellement, donc donc le fait que je me replie sur moi-même, que je fasse un point, pour eux c'était forcément... un truc qu'allait pas. »

- **Charles** est retourné chez ses parents après une année d'autonomie résidentielle, et ce retour commence à lui peser. Il vient d'abandonner en 3^{ème} année ses études de médecine, et en même temps un projet qu'il formulait depuis son enfance. Son frère connaît des troubles psychiques qui le déstabilise. Il décide finalement de prendre une année sabbatique, durant laquelle il mène une première expérience professionnelle ratée. Les très **bonnes relations qu'il entretenait auparavant avec ses parents s'effritent** en même temps qu'il **se replie** sur lui :

« Pendant cette année, je me suis un petit peu plus coupé d'eux, de fait. J'ai aussi commencé à me replier sur moi et à m'enfermer. »

- **Jeanne** est dans une situation atypique dans la mesure où les parents l'orientent et l'accompagnent vers la psychiatrie pour des difficultés qu'elle pointe depuis plus longtemps que pour les autres jeunes. Elle est la seule à qui personne dans son entourage n'ait évoqué l'hypothèse psychiatrique. Car lorsqu'elle revient séjourner chez ses parents en Bretagne, il y a de nombreuses années qu'elle réside sur Paris et que sont apparus ses premiers troubles (désorientation, errance, troubles paranoïaques, hallucinations auditives...), dont a seule été témoin l'amie chez qui elle habitait, et qui vient de la renvoyer de chez elle. Dans le train, elle connaît une deuxième crise d'hallucinations auditives. Elle en parle alors à ses parents. Ils sont inquiets depuis plusieurs mois de ses **difficultés d'insertion professionnelle et sociale**, de sa **maigreur** et de sa **tristesse**, et lui ont déjà suggéré de consulter en psychiatrie, mais sans l'y accompagner, ce qu'ils décident de faire à ce moment-là.
- L'année de son premier recours à la psychiatrie, **Lucas** vient de connaître son premier échec scolaire, il réside à nouveau dans sa famille après une période d'indépendance résidentielle, son grand-père maternel auquel il était très lié décède et il connaît une grosse déception amoureuse. S'ensuivent **3 mois de « vide »**, puis 3 mois d'un stage obligé à l'occasion duquel il remet en question son orientation professionnelle. Dans cette incertitude, les **conflits avec son père** s'accroissent.

- **Thomas** connaît une période dépressive d'un mois qui inquiète ses parents. Ce passage à vide émerge sur fond de **tensions violentes entre le père et le fils** autour des faibles résultats scolaires, des forts taux de présence devant l'ordinateur et d'un manque de motivation généralisé :

« J'avais envie de rien faire. Enfin, c'est pas l'envie de rien faire, c'est aucune envie ! C'est bizarre... »

Des jeunes fortement orientés par leurs parents

Il est difficile d'identifier au travers des entretiens avec les jeunes ce qui a incité les parents à émettre une hypothèse psychiatrique sur les comportements de leurs enfants. Si les coordonnées du premier psychiatre rencontré sont communiquées par d'autres professionnels du monde médical déjà connus des parents (Charles, Thomas) ou sollicités pour la circonstance (Cédric, Jeanne), ou bien encore par des connaissances des parents (Lucas), on ne peut savoir si ce sont ces personnes orientatrices qui ont « annoncé » l'hypothèse psychiatrique ou bien si cette hypothèse était d'ores et déjà formulée par les parents.

Tous les jeunes ici concernés **résident chez leurs parents** au moment de leur premier accès à la psychiatrie, hormis Jeanne qui y est en séjour. Hormis pour Thomas dont les relations avec son père sont très dégradées, ce sont les parents ensemble qui accompagnent le jeune à leur première consultation psychiatrique. Et c'est sous la pression des parents, plus ou moins accentuée, que les jeunes ont accepté la démarche. C'est-à-dire que dans le type 1, **les jeunes ne sont jamais persuadés du bien-fondé de l'hypothèse psychiatrique**. De leur point de vue, s'ils s'y soumettent, c'est par obligation, par curiosité ou par stratégie personnelle.

« Pour leur faire plaisir » (Cédric)

Une recherche expresse d'orientation a été effectuée par ses parents auprès de plusieurs ressources puisque ne connaissant eux-mêmes aucun professionnel dans ce domaine : Internet, médecin de famille, psychiatres libéraux contactés par téléphone. Cédric n'a pas été associé à la démarche et la refuse tout d'abord : *« non, j'irai pas, allez, dis-moi pourquoi tu veux m'amener là-bas ? pourquoi ? pourquoi ? y'a aucune raison »*. Il semble que pour persuader Cédric du bien-fondé de la démarche, les parents se soient appuyés sur l'autorité médicale. Cédric rapporte ici les propos, eux-mêmes rapportés par sa mère, de certains des professionnels consultés par téléphone qui, sans avoir jamais rencontré l'intéressé, auraient conseillé une hospitalisation : *« Elle m'a dit « oui, les gens m'ont dit, il faut t'interner, (...) c'est ce qu'ils ont dit, il faut te faire hospitaliser, t'es dépressif »*. Une justification médicale que refuse en bloc un Cédric qui craint une hospitalisation associée à la folie, et qui ne se sent pas dépressif puisque *« j'ai mes amis, je suis très content de vivre, je vais pas me suicider, c'est bon, je suis pas atteint, y'a des gens pire que moi, ceux qui se suicident sous le RER, eux, ils ont besoin, moi ça va, je suis pas fou, c'est ce qu'ils ont dit, il faut te faire hospitaliser, t'es dépressif »*. Puis le choix final s'est porté sur un professionnel qui semblait garantir le non enfermement puisque présenté par la mère comme *« le seul qui lui, refuse l'internement d'office, c'est pas : il te reçoit, il t'interne, il veut quand même cerner le problème, discuter et tout... »* De guerre lasse, Cédric accepte *« pour faire plaisir »* devant l'argument du chantage affectif :

*« J'ai accepté d'aller voir C. pourquoi ? Parce que j'aime mes parents, parce que **c'est pour leur air de chien battu** : « c'est pour nous faire plaisir, tu sais, ta mère elle a eu un problème machin au Maroc, donc elle est pas bien, c'est pour faire plaisir, si tu le fais pas, elle est moins bien ». Donc oui, j'ai été obligé. »*

« Pour voir » (Charles, Thomas).

Ce sont des jeunes d'ores et déjà familiarisés, via leurs parents, à la démarche « psy ». Le frère de Charles est en suivi psychiatrique depuis de longues années. Comme motif de complaisance, Charles pointe la confiance qu'il porte à ses parents, facteur de son acceptation de la proposition parentale de consulter en psychiatrie, même s'il n'est plus tout à fait sûr aujourd'hui d'avoir eu raison :

« Ben, disons que (soupir), j'ai toujours eu confiance en ce que me disaient mes parents. J'ai pensé que ça m'apporterait quelque chose, que ce ne serait pas inutile ou vain de faire ça et que ça pourrait me bonifier. Et dans cette idée-là, je me suis dit : « tout est bon à prendre ». Donc, je n'ai pas eu peur d'aller en psychiatrie, même si maintenant, je me rends compte que j'aurais pu... Je me rends compte des conséquences, du traitement et que maintenant, j'ai été en psychiatrie... »

Dans l'entourage de Thomas, son frère cadet est en hôpital de jour depuis de nombreuses années, le grand-père maternel est suivi en psychiatrie depuis longtemps, et sa femme, donc la grand-mère maternelle, s'est suicidée, ne pouvant assumer les troubles psychiatriques de son mari. La mère de Thomas est elle-même suivie :

« Ma mère a eu des problèmes de santé aussi, elle est un peu dépressive, donc elle a compris qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas et elle a accepté d'arrêter tout de suite. En fait, mon grand-père est maniaco-dépressif. Il déconne complètement. Ça fait deux ans qu'on l'a pas vu. Ça fait deux ans qu'il nous a envoyé des lettres de menaces. Il a engagé un avocat contre nous... Parce qu'en fait, il a été en hôpital psychiatrique et puis ma mère a donné l'autorisation pour qu'on le transfère dans une maison de retraite. Et là, il a arrêté de prendre ses médicaments et il est devenu complètement taré. Et donc, ça a rendu ma mère un peu dépressive. Je sais pas si elle en a encore mais elle était au Prozac. Aussi parce que ma grand-mère s'est suicidée à cause de lui. Elle ne pouvait plus le supporter. Elle devait avoir 65 ans, c'était en 1996. »

Les parents tant de Charles que de Thomas ont donc une bonne connaissance du milieu psychiatrique, mais avec des jugements divers puisque le refus d'entretien du père de Thomas s'explique par son mécontentement du suivi de son beau-père. Probablement du fait du nombre importants de personnes de l'entourage de Charles qui ont été concernés par la psychiatrie, c'est lui qui aura la première prise en charge psychiatrique la plus lourde, avec une hospitalisation de 10 jours au SHU de Ste Anne qu'il présente comme un « bilan de santé » :

« Ils m'ont proposé de faire un bilan de santé général. Jamais je n'avais été chez des médecins auparavant. On a tout fait : les prises de sang, ECG, IRM. La totale. »

Cette hospitalisation a visé à faire un bilan pour savoir s'il souffrait de troubles psychotiques, c'est ce qu'il a vu sur le bilan d'hospitalisation, mais pour lui, il s'agit surtout de problèmes de démotivation. A la différence de Charles, Thomas mentionne un événement déclencheur de l'accompagnement vers la psychiatrie, à savoir une dispute avec sa mère au cours de laquelle celle-ci évoque le fait qu'il puisse aller voir un psychiatre, comme une punition :

« Un jour, j'ai pété un câble. Ma mère m'a gueulé dessus en me disant : « tu vas aller voir un psy ! ». J'ai répondu : « oui ». (...) Elle a demandé à son psy de donner l'adresse de quelqu'un pour moi... (...) Et donc, je suis allé voir le Dr P., deux ou trois semaines plus tard, qui venait d'ouvrir son cabinet, en fait. »

C'est un psychiatre libéral (« Heureusement, on a une bonne mutuelle ») qui lui prescrit des médicaments. Et il en tire aujourd'hui une satisfaction plus grande que Charles

« Le résultat était très positif donc comme quoi, les engueulades dans la vie, ça sert. »

Par stratégie personnelle, par souhait de débloquer les tensions avec le père (Lucas)

La famille de Lucas est peu familiarisée avec la psy mais sur les conseils d'amis, ils en arrivent à la concevoir comme un outil pour « débloquer » les tensions père-fils :

« Pour certains, ça avait marché donc ils se disaient pourquoi pas, mais je crois pas que... eux-mêmes, c'est pas qu'ils avaient pas mal de réticences, mais ça se voyait qu'ils étaient pas habitués et qu'il fallait qu'ils se familiarisent aussi avec... cet univers-là quoi. »

Sur ce fond de méconnaissance, le recours à la psychiatrie est proposée à Lucas, non pas comme une punition comme pour Thomas, mais comme une démarche familiale pour mettre à plat les problèmes relationnels dans la famille :

« Le système, c'était que moi j'y allais de mon côté, et les parents y allaient aussi tous les deux voir le même type. (...) C'est mes parents qui m'ont proposé ça. Parce qu'évidemment, avec mon père, la communication était un peu coupée, malgré le fait que je m'intéressais à pas mal de trucs mais... y'a un tel passif, encore maintenant d'ailleurs, voilà, le courant passe pas. Donc lui, ce type, le psy (psychiatre), devait un petit peu faire le lien. (...) C'était pas personnalisé, c'était pas « toi en particulier », c'est « débloquer la situation entre toi et ton père » et puis oui, j'en souffrais et lui aussi, je suis pas seul dans ce cas-là, c'est difficile pour lui aussi. »

Le suivi engagé alors a duré plusieurs années. Ce sont les parents qui ont souhaité l'arrêter, considérant que les résultats étaient peu probants, puisque Lucas est encore aujourd'hui en grande hésitation sur son parcours professionnel.

Par obligation (Jeanne)

C'est pour **Jeanne** que le premier recours à la psychiatrie a été le plus fermement accompagné par les parents qui conditionnent son séjour dans la famille par l'engagement d'un suivi psychiatrique. Il faut préciser qu'à cette époque, ils n'ont que peu d'informations sur les troubles vécus par Jeanne à Paris et qu'ils n'ont jamais assisté à une de ses « crises ». Si Jeanne n'est pas totalement opposée à un tel recours, son indécision est grande. Devant cette indécision, les parents, et principalement le père, décident de l'emmener « au saut du lit » en consultation psychiatrique à l'hôpital au prétexte d'un test de dépistage VIH, une de ses angoisses à l'époque. C'est alors que Jeanne a un accès de violence totalement inhabituel dans la salle d'attente où elle casse tout ce qui lui tombe sous la main, ce qui effraie ses parents. Elle est hospitalisée pour observation pendant une journée.

Dans le type I, le premier recours à la psychiatrie s'origine donc dans un milieu familial fortement perturbé par des changements de comportements des jeunes qui inquiètent les parents. Sur la question des violences familiales qui ont pu ici précéder le premier recours à la psychiatrie, il faut préciser que ces faits sont plutôt rapportés par les parents rencontrés que par les jeunes. Comme tous les parents n'ont pas été rencontrés, on peut faire l'hypothèse que ces tensions familiales très fortes sont plus fréquentes qu'il n'a été déclaré par les jeunes.

Type II : L'entourage proche a recours à la psychiatrie dans l'urgence

Des « crises » avec témoins

Caractéristique de 5 de ces 6 jeunes dont le premier accès à la psychiatrie se fit dans l'urgence, ils ont tous rencontré la psychiatrie après une période d'isolement familial. C'est à l'occasion d'une reprise de contact avec leur famille que des crises ont amené leurs proches à recourir à la psychiatrie au plus vite. L'identification des signes de l'anormalité est alors rapide puisqu'il s'agit pour 5 des 6 jeunes de crises très extériorisées dont sont témoins de nombreuses personnes. On peut ici opérer une distinction entre les jeunes dont les troubles ont provoqué une perturbation dans l'entourage immédiat des familles (Jean-Baptiste, Marcel, Sarah, Sébastien) et ceux dont les troubles ont occasionné des remous de plus grande amplitude qui ont également perturbé l'« ordre social » (Arnaud, Yaku). Ce sont alors des acteurs du maintien de l'ordre social (directeurs d'établissements scolaires, juges...) qui ont orienté vers la psychiatrie. Il n'est pas anodin de constater que ce sont pour ces deux jeunes que les déficits d'informations précises concernant leur premier recours sont les plus importants. Ces déficits peuvent être considérés comme des indicateurs de la crainte de nos interlocuteurs à l'évocation d'épisodes pouvant être considérés comme infâmant, au sens premier de ruine de la réputation (au sens de Goffman, 1974). Il s'agit également des jeunes issus des milieux les moins privilégiés de notre échantillon.

- **Jean-Baptiste** cohabite depuis quelques mois avec son père depuis le déménagement dans le sud de sa famille lorsqu'il développe soudainement un délire paranoïaque autour de la supposée infidélité de son amie. Cette crise dure une journée pendant laquelle il contacte et insulte de multiples personnes de son entourage (**père, frère, amie, belle-mère...**). Sa mère décide alors de venir d'Avignon à Paris pour comprendre de quoi il retourne. Elle reste alors la seule que les délires de son fils n'attaquent pas car il la positionne comme une victime, au même titre que lui-même. Reprendre contact avec lui se traduit par une déambulation rocambolesque dans Paris incluant **le frère, des policiers, des chauffeurs de taxi, sans compter les passants témoins...** C'est en voyant son regard inquiet, « *ce n'était plus mon fils* », qu'elle décide de ruser pour l'amener aux urgences psychiatriques, recours qu'elle avait d'ores et déjà envisagé puisque l'ex-amie de Jean-Baptiste avait « préparé le terrain » en remplissant un dossier préliminaire à l'accueil des urgences de l'hôpital. Il y passera une nuit en hospitalisation libre, avant de s'enfuir le lendemain matin. Après 2 mois d'errance d'hôpital spécialisé en hôpital spécialisé, sa mère décide de le sortir du circuit hospitalier. C'est alors qu'il fait une tentative de suicide qui l'amènera à rencontrer un psychiatre avec lequel il s'engagera dans un suivi psychiatrique toujours en cours.
- A l'occasion des fêtes de fin d'année, **Marcel** revient dans le milieu familial après 3 mois de séjour universitaire en Espagne. Ne voulant retourner dans le giron parental, il séjourne chez sa **demie-sœur**, qu'il admire depuis toujours bien qu'ils n'aient jamais vécu sous le même toit. Ce choix de lieu de séjour provoque un conflit ouvert avec ses parents, et surtout avec son père. C'est chez sa demie-soeur, agent artistique, qu'a lieu un événement que Marcel positionne comme immédiatement déclencheur : une soirée à laquelle participent des **célébrités** du monde du spectacle. Cette proximité aurait selon lui exacerbé ses rêves : « *Je croyais que j'étais dans un film.* » Il y a de fait des spectateurs à ses crises répétées : sœur, beau-frère et père. Cette crise dure 3 jours, « *je souffrais énormément, je croyais qu'il y avait des snipers, je me sentais en danger de mort tout le temps* », mais dès le second

jour, la sœur accompagne Marcel chez un psychiatre qui ne détecte aucun signe nécessitant une intervention psychiatrique. C'est le 3^{ème} jour, la crise continuant, qu'elle fait appel aux urgences psychiatriques, SOS Psy, qui appelleront les pompiers pour un convoi vers l'hôpital Ste Anne où Marcel restera 1 mois et demi (Janvier 2004). Il semble que ce soit sa totale confiance dans sa demi-sœur qui lui ait fait accepter de consulter un psychiatre d'abord, puis de se plier à un séjour à Ste Anne. Cette alliance avec sa demi-sœur s'illustrera quelques semaines plus tard, lorsque, encore hospitalisé, elle sera la seule à réussir à le persuader qu'« *il n'y a pas de film* », contrairement à ce qu'il pense depuis le début de sa crise. Dès sa sortie, il a engagé un suivi psychiatrique et psychothérapeutique toujours en cours.

- **Sarah** entend des voix depuis longtemps, mais dont elle ne parle pas. C'est à son retour d'un 3^{ème} séjour en Israël où elle pensait s'installer définitivement qu'elle se replie sur elle-même. Elle y a séjourné en partie dans un kibboutz et en partie chez une **tante** qui a assisté à de nombreuses crises de nerfs de sa nièce et en avertit le père. Dès son retour, les crises de Sarah se poursuivent et celui-ci l'accompagne au CMPP de la ville (octobre 2002). Elle y engage un premier suivi (thérapeutique avec prescription de Zyprexa) qui ne la satisfait pas et elle cesse ses prises de médicaments au bout de quelques semaines. Elle fait ensuite une tentative de suicide à la suite de laquelle elle change d'interlocuteurs « psy » et s'engage dans un suivi toujours en cours.
- Pour **Sébastien**, c'est sa tentative de suicide qui est à l'origine de ses contacts avec la psychiatrie. Il fait cette TS alors qu'il se retrouve seul à Saint Nazaire, pour faire une formation professionnelle, à plusieurs centaines de kilomètres tant de sa mère que de son père, après une séparation tumultueuse et conflictuelle avec celui-ci. Il habite alors en colocation, et c'est son **colocataire** qui appelle les **pompiers**. Il refusera tout suivi. Quelque temps après, les troubles persistant, c'est lui qui demandera à sa mère de l'accompagner à l'hôpital. Un court suivi sera engagé, auquel Sébastien mettra définitivement fin dès ses 18 ans.

Il faut noter que cette chronologie ne correspond pas avec celle de sa mère. Selon elle, le premier recours est antérieur de quelques mois à la tentative de suicide de son fils. C'est elle qui a assisté un jour à une grande désorientation de son fils. Sur conseil du médecin généraliste qu'ils étaient allés consulter ensemble, il fait un court séjour dans un hôpital spécialisé au motif de consommations abusives de cannabis, explication dominante que la mère donne des troubles de son fils. Cette divergence dans les versions de Sébastien et de sa mère peut trouver explication dans ce dernier élément : les démarches de la mère s'ancrent dans cette certitude et c'est dans cette seule perspective qu'elle cherche de l'aide pour que Sébastien cesse ses consommations, démarche à laquelle celui-ci n'adhère pas. On peut faire l'hypothèse que les recours dans ce cadre ne sont pas pour lui d'ordre psychiatrique, alors qu'il situerait sa tentative de suicide comme son premier épisode de troubles psychiques, pris alors en compte par ce qui lui apparaît comme la « vraie » psychiatrie.

Les 2 autres jeunes, ceux dont le premier recours à la psychiatrie a été fléché par des « garants de l'ordre public », sont encore plus flous, ainsi que leur entourage, sur les conditions de ce recours. C'est dans les décalages entre les dires et non-dits des uns et des autres, dans les ignorances des

parents, dans les zones d'ombre des récits, qu'apparaissent en grisé des scènes sur lesquelles personne ne s'est appesanti.

- **Arnaud** est très évasif sur son premier recours à la psychiatrie. Il a consulté un « psy » dès l'âge de 4 ou 5 ans, mais sans qu'il soit possible de statuer sur le profil professionnel de ce « psy ». Puis il évoque à demi-mot de multiples démêlés avec la justice depuis sa préadolescence à l'occasion de dégradations de biens (incendie d'un local désaffecté) et plus souvent de violences envers des « forces de l'ordre » (agents de police, patrons, etc.) Information plus sûre, son père l'accompagne chez un psychiatre à sa majorité, pour couper court aux violences entre son fils et lui, et pour tenter d'obtenir le statut Cotorep, démarche à laquelle adhère Arnaud mais qui n'aboutira pas, ses troubles étant uniquement renvoyés par leurs interlocuteurs à des problèmes familiaux et non sanitaires.
- Pour **Yaku**, il est également difficile d'établir avec précision l'enchaînement des démarches, les informations tant du jeune que de ses parents étant peu précises. Ceux-ci éprouvent des difficultés linguistiques, qui empêchent par ailleurs parents et enfants de communiquer entre eux, aucun ne maîtrisant suffisamment la langue de l'autre. Il s'agit ici d'un isolement à l'intérieur de la cellule familiale. Mais il semble que Yaku ait rencontré pour la 1^{ère} fois la psychiatrie sur orientation en urgence du médecin scolaire, probablement pour des manifestations ingérables par l'établissement, l'intervention du médecin scolaire s'apparentant à la gestion de troubles de l'ordre public. Celui-ci avait quelques mois auparavant conseillé la consultation d'un psychologue, que Yaku ne rencontrera qu'une fois, faute de savoir quoi lui dire. Quelques mois après, Yaku tente de s'engager dans la Légion Etrangère, projet qui échoue et l'oblige à revenir au foyer familial où il « *pète un câble* » dès son retour. Le père appelle la police, qui appelle un médecin et il passera 3 mois en hôpital psychiatrique.

L'imprécision des informations fournies est ici à mettre en lien avec le fait que le père de Yaku est violemment en désaccord avec l'entrée de son fils dans un parcours psychiatrique. Il s'est opposé au 1er séjour de son fils dans un hôpital spécialisé. C'est le seul cas dans notre échantillon d'un tel refus de l'hypothèse psychiatrique par un parent.

On voit que pour tous ces jeunes, l'entrée en psychiatrie, même si elle se fait suite à une crise, ne correspond non pas à la seule manifestation de délires, puisque certains les vivent depuis plusieurs années (Sarah), mais à leur publicisation (bruit, accès de violence, tentative de suicide) qui génère alors un accord général sur l'urgence d'un recours psychiatrique. Amener de jeunes gens énervés vers la psychiatrie n'est pas chose facile, et l'entourage a du souvent faire preuve de ruse ou de force pour y parvenir.

Type III : Les jeunes rencontrent seuls la psychiatrie

Comme dans les jeunes du type précédent, les 4 jeunes concernés par le troisième type de recours ont tous accédé à un logement autonome du logement familial au moment de leur premier contact avec la psychiatrie : Aurélie vient de prendre son indépendance en partageant avec un ami d'enfance un appartement payé par la mère de celui-ci ; Benjamin occupe un appartement seul depuis un an pour suivre les cours d'une école d'art à une centaine de kilomètres de chez lui ; Jérôme, originaire du sud de la France, est venu seul à Paris pour suivre une formation théâtrale,

qu'il abandonne, en même temps qu'il s'engage dans des consommations importantes de produits psychoactifs le mettant dans une situation de grande précarité matérielle ; Sandra, pour échapper aux tensions familiales, habite chez son ami avec la mère de celui-ci, malgré des tensions importantes. Cette autonomie résidentielle est aussi financière vis à vis des parents pour 3 des 4 jeunes concernés (Aurélie, Jérôme, Sandra). Comme on le verra ci-dessous, tous témoignent de souffrances vécues dans l'isolement pendant plusieurs années, pour lesquelles ils sont en recherche d'aide parfois depuis de longues années également. On peut rapprocher cet éloignement de la sphère familiale de la prépondérance des perturbations dans les cadres amicaux et amoureux préalables aux premières recherches d'aide, celles-ci étant souvent antérieures au premier recours à la psychiatrie. Issus pour la plupart de milieux familiaux non familiarisés avec la sphère « psy », leurs recherches de soutien se font au hasard des rencontres, et leur recours à la psychiatrie a été pour la plupart précédé d'autres recours, jugés non satisfaisants puisque n'ayant pu faire taire des troubles persistants de la perception. Enfin, mentionnons d'ores et déjà que leurs points de vue sur leur premier recours est plus négatif, à difficultés similaires, que les autres jeunes.

Des troubles de la perception persistants et silencieux

Les jeunes de type II et ceux de type III ont donc tous connu d'importants troubles de la perception. Mais si, comme on l'a vu précédemment, les jeunes de type II ont vécu leur premier recours à la psychiatrie suite à des troubles de la perception très « bruyants », les conduisant à une hospitalisation, les jeunes de type III, plus éloignés de leur famille, ont connu une plus longue période de troubles qui eux, sont restés « silencieux ». C'est pourquoi ces troubles ont pu avoir lieu tant avant qu'après leur premier recours à la psychiatrie. Leurs récits se réfèrent toujours à un temps long pour ces troubles, temps longs qu'il nous faut donc également évoquer.

- Suite à une déception amoureuse en avril 2002, Violaine, l'amie imaginaire d'Aurélie depuis son enfance, se retourne contre elle et lui mène la vie dure :

« C'était mon amie, jusqu'à ce que je commence à faire des crises d'angoisse où elle s'est retournée contre moi.(...) De ma meilleure amie, c'est devenue ma meilleure ennemie. Elle me descendait. Elle me disait : "tu n'es qu'une pauvre merde. T'es nulle. C'est pas étonnant que ton copain t'ait larguée. T'es vraiment bonne à rien..." »

Outre ces hallucinations auditives, Aurélie souffre également d'hallucinations visuelles :

« je voyais Jésus. Je voyais des diables, des gens qui se transformaient en diables dans la rue... », « je voyais les objets qui se transformaient, qui devenaient menaçants... ».

Ces visions se développent sur fond de délire de persécution :

« c'était toujours de ma faute, j'avais toujours fait quelque chose qu'il ne fallait pas (...) j'étais persuadée que j'avais la poisse et que c'était sur moi que ça allait tomber. »

On le voit, les troubles d'Aurélie sont très silencieux. N'émergent que des manifestations d'angoisses puis de paniques intenses pour lesquelles elle ne mentionne aucun témoin :

« J'étais paniquée. J'ai cru que mon cœur était en train de s'arrêter. J'ai pris un bain à 4h du matin comme s'il était 5h de l'après-midi. Comme si tout était normal. J'ai allumé la télé bien fort. J'ai essayé de me calmer toute seule. C'était l'angoisse. Je ne pouvais plus respirer.»

Comme elle n'a pas trouvé d'interlocuteur pour en parler, **c'est en décidant seule de « se prendre en main » qu'elle s'oriente pour la première fois vers un psychiatre - psychothérapeute** où elle trouve un espace de parole :

« Je faisais des crises d'angoisse et il était indispensable pour moi, à l'époque, que j'aie consulté quelqu'un, parce que j'ai passé pratiquement un an, non 6 mois, à faire des crises d'angoisse, sans aller consulter. En fait, au bout d'un moment, quand les crises ont commencé à être très aiguës, à savoir, hallucinations sonores, visuelles, plus le fait qu'elles se répétaient et qu'elles ne s'arrêtaient plus, je me suis dit : Aurélie fait quelque chose, prends ta vie en main, parce que c'est horrible. »

Mais après une période de répit, une seconde crise importante a lieu :

« J'avais l'impression que j'étais en train de mourir physiquement. C'est-à-dire que je m'étouffais, je n'arrivais plus à respirer ou encore je n'arrivais pas à sentir le fond de mes poumons. »

Fait nouveau, la mère a assisté pour la première fois à une crise de sa fille. « Paniquée », elle appelle SOS médecin qui emploie le terme de « spasmophilie », engageant ainsi un nouveau parcours médical pour Aurélie où les médicaments occuperont une place de plus en plus importante.

- Après ses premières recherches d'aide de sa propre initiative, sur l'hypothèse de troubles cardiaques, Benjamin a été rapidement orienté par son généraliste puis par un psychothérapeute vers un psychiatre, en double suivi pour ces 2 professionnels. Durant ce premier suivi, qui a duré deux années, il a vécu sans discontinuer des moments terrifiants de paranoïa, refusant de cesser ses activités et inventant des « trucs » pour tenir, comme s'asseoir au bord de sa chaise, pour « essayer de composer au mieux avec la réalité ». Benjamin les évoque avec une grande actualité au souvenir des souffrances endurées (cf. tableau en annexe), et décrit le cercle vicieux de l'étrangeté :

« Ça m'a vraiment bousillé 2 ans... 2 ans de scolarité parce que j'étais... pff... tétanisé quoi. (...) J'étais convaincu que la personne me regardait, constatait que j'étais bizarre, et donc m'observait pour voir ce que j'avais. »

Situés initialement dans le cadre du groupe de pairs, ses troubles perturbent ensuite l'ensemble de ses relations sociales dans l'espace public, avec l'impression d'être fixé avec intensité par un voisin de train, de métro. Avec beaucoup d'humour, Benjamin décrit des situations où la peur panique de l'anormalité crée l'anormalité :

*« Je me suis retrouvé dans le métro par exemple avec une gamine de 12 ans qu'est là et qui mâche son chewing-gum et qui te regarde quoi. Et y'a pas moyen de dire « bon, excusez-moi, voilà, petit aparté, c'est très malpoli d'observer les gens comme ça », donc elle mâche son chewing-gum et elle me regarde. Et c'était pas supportable pour moi donc j'ai commencé à transpirer, vous tenez la barre en métal comme ça, si vous bougez la main... (sourire) on voit l'empreinte de votre main, donc ça se voit, donc il faut garder la main au même endroit, et vous commencez à sentir une goutte qui coule quoi ! Vous êtes là, **vous paniquez complètement**, et à un moment donné, ma lèvre, à cet endroit-là (montre l'une de ses commissures), a commencé à faire des tics nerveux, des petites décharges électriques, et à faire des petits trucs comme ça (relève plusieurs fois de suite rapidement un côté de la lèvre supérieure), incontrôlables quoi. Et de plus en plus fort. Alors (sourire) j'ai commencé à tourner la tête, et c'est cet œil-là (montre l'œil du côté où il a tourné la tête) après qui s'est mis à faire des... (ferme plusieurs fois très rapidement l'œil) **des tic tic tic tic**. La gamine a du avoir la peur de sa vie parce que (sourire) j'avais, là, **pour ce coup-là, je pense que je devais vraiment avoir l'air bizarre** quoi. »*

Ces troubles persistants l'amènent à se retirer du monde après la fin de sa scolarité :

« Le résultat de tout ça, c'est qu'à un moment donné, je vais plus nulle part. Je reste chez mes parents. Et je sors plus du tout. »

A partir de ce **retour dans la sphère familiale**, ses parents vont être les témoins douloureusement privilégiés de ses troubles. C'est pourquoi après quelques mois sans aucun suivi, c'est accompagné de son **père** qu'ils s'engagent tous deux dans une recherche d'aide tous azimuts et toujours pas satisfaite au moment de nos rencontres.

- **Jérôme** a des idées suicidaires lors de sa 2^{ème} année de préparation pour une école d'ingénieur à Paris, qu'il met en lien immédiat avec une nouvelle déception amoureuse :

« Ca a toujours commencé en gros avec mes copines avec qui ça se passait pas très bien. Jusqu'à y'a pas très longtemps, je réussissais pas à rester plus d'une semaine avec une copine donc je trouvais pas ça trop normal, donc chaque fois, ça partait vraiment... n'importe comment, et puis moi, ça me mettait super mal. Ca m'a fait louper ma 1^{ère} année, enfin j'ai réussi à la passer quand même, en prépa. Ma 2^{ème} année... j'ai re-rencontré une autre fille qui elle était schizophrène, et là ça s'est pas bien passé du tout, elle m'a fait louper ma 2^{ème} année... »

C'est cette amie schizophrène qui évoque pour la première fois l'hypothèse psychiatrique. Elle-même est en suivi psychiatrique, uniquement médicamenteux semble-t-il. C'est alors qu'il prend un premier rendez-vous avec un psychiatre trouvé dans l'annuaire téléphonique. Il n'est pas satisfait, déception qu'il attribue au manque d'attention du psychiatre et recherche alors un psychiatre femme. Puis il déménage pour se rapprocher de son père et de son frère résidant à Grenoble. C'est de nouveau **via une amie dont la mère travaillait à l'hôpital spécialisé de Grenoble** qu'il fait un nouveau recours plusieurs fois renouvelé, suivi suspendu lorsqu'il revient sur Paris. **La reprise de contact avec sa famille s'est traduit par une orientation de sa mère vers le CMP** du 15^{ème} arrondissement. Il y engagera un suivi en pointillés jusqu'à ce que de nouveaux troubles l'incitent à rechercher de nouvelles aides, de nouveau dans l'annuaire téléphonique en tablant sur la proximité :

« J'étais vraiment pas bien, c'est un mauvais souvenir. J'étais vraiment pas bien... je déprimais... vraiment fortement, j'arrêtais pas, enfin... je me sentais pas bien en cours... (évoquant d'une suractivité professionnelle et cannabique pendant l'été) Donc je suis arrivé le lundi matin... fracassé de la Grande Braderie de Lille, avec quand même le sourire jusque là, j'arrivais dans une nouvelle école. La 1^{ère} semaine, j'étais révolté... j'avais la pêche à fournir à tout le monde, et la 2^{ème} semaine... coup de barre, je savais très bien que ça allait arriver et je commençais un peu à flipper et la 2^{ème} semaine, c'est arrivé, les cours, je les suivais plus trop, je commençais déjà à me faire du souci pour les cours, à me dire « j'arrive pas trop à suivre, qu'est-ce qui se passe... ». C'est là où j'ai commencé à aller voir l'hôpital intercommunal. »

La fréquentation occasionnera un séjour hospitalier, occasion de rapprochement avec sa demi-soeur. Au moment de l'entretien, Jérôme n'est toujours pas engagé dans un suivi psychiatrique régulier.

- Avant de se décider à s'adresser à l'infirmière de son lycée un an avant l'entretien, il y a déjà 6 années que **Sandra** a connu sa première hallucination, où elle a assisté dans un miroir à un dédoublement de son image :

« J'ai eu des visions, comme quelqu'un qui était en moi et qui sortait de moi. (...) J'ai pris peur et d'un coup, j'arrivais plus à respirer, j'ai cru que j'allais tomber dans les pommes. Je suffoquais. »

Ces visions ont pris peu à peu la forme de personnages amicaux qui ont empli sa vie. Au fil des années, ces personnages sont devenus de plus en plus inamicaux. Si Sandra a tant tardé à évoquer ces visions, c'est que les hallucinations auditives qui y sont liées lui imposaient le silence sous forme de menace, l'enchaînant dans le mutisme :

« En te racontant ça, je me rappelle que je voulais en parler. Mais, là, je me souviens qu'il y avait une image qui me venait en disant : « non, ne raconte pas ton secret sinon, tu risques d'avoir des problèmes ». »

Elle n'en parla donc que très rarement, et seulement à des pairs de confiance dont une ancienne copine d'enfance qui elle aussi lui avait conseillé le mutisme, avant de disparaître elle-même... :

« J'en avais parlé à une seule personne quand j'étais petite. Il y a longtemps. (...) Mais cette personne, je ne l'ai plus revue après. Donc, quand ça a commencé, elle m'a dit : « arrête de raconter ». Elle m'a dit : « promets-moi de ne plus raconter ! Sinon, tu risques gros. »

Dans un contexte de conflits familiaux importants, elle a beaucoup investi le cadre scolaire, non sans déceptions. Mais c'est donc dans ce cadre qu'elle s'est confiée pour la première fois à un adulte réceptif, en l'occurrence une infirmière scolaire, qui l'a immédiatement orientée sur un CMP. Mais ses visions terrifiantes sont toujours d'actualité :

« Depuis, à chaque fois que je me regarde dans un miroir, j'ai la vision ». »

Elle renouvelle sans cesse ses tentatives pour affronter l'hallucination et comprendre ce qui se passe, mais ces tentatives sont restées vaines :

« Au fil du temps, j'ai essayé de voir qui ça pouvait être, pour voir si ce n'était pas un signe de quelque chose. (...) Mais à chaque fois qu'il a commencé à apparaître, ça me faisait peur, j'avais l'impression que j'allais tomber, et j'arrêtais... »

Sandra vit aujourd'hui encore dans un monde peuplé d'ombres :

« Des fois, je vais regarder la télé ou parler à quelqu'un, d'un coup, je vais voir comme si quelque chose était à côté de moi, ou comme si quelque chose passait, mais, rien n'est visible. On pourrait croire que c'est un animal qui passe. Mais, c'est pas assombri. Ça reste comme ça. Quand je regarde à côté, il y a rien. Tous les jours. Et des fois, du matin au soir. »

Et c'est en invoquant la folie qu'elle tente aujourd'hui de rationaliser ses visions... :

« Même là, aujourd'hui, j'essaye de plus trop y penser et de me dire que c'est moi qui délire. »

Un premier recours sur orientation hors du cadre familial

Il convient ici de s'intéresser de plus près aux modalités du premier recours à la psychiatrie pour ces jeunes éloignés du milieu familial. Hormis Aurélie dont on a vu qu'elle a profité des relations de sa mère pour le choix de son premier recours, on voit en effet que les autres jeunes de type III ont procédé au hasard des contacts qu'ils ont pu nouer hors de leur entourage familial, longue période durant laquelle persistaient d'importantes souffrances psychiques.

- **Benjamin** a vécu les premières manifestations de ses troubles très soudainement, « *du jour en lendemain, en cours de nature morte, je me suis senti très très mal par rapport à l'ensemble de la classe* ». Dans une démarche très pragmatique, il consulte son médecin généraliste pour demander une orientation vers un cardiologue, persuadé d'une origine fonctionnelle de ses troubles : « *Le premier truc que j'ai fait, c'est voir un cardiologue parce que pour moi, c'était physique. (...) La bulle psychologique, pour moi, ça n'existait.* » Après cette 1ère démarche infructueuse, « *un cardiologue qu'est habitué à voir des gens de 95 ans, qui m'a regardé en se marrant* », il retourne chez le généraliste. **C'est ce généraliste qui émet la première hypothèse « psy »** « *avec un grand sourire lui aussi* ». « *Il m'a dit « bon, est-ce que ça vous dérangerait que je vous passe une adresse de confrères »* dont Benjamin ne se souvient plus s'ils étaient psychologues ou psychiatres, pour ne retenir que le préfixe « psy » : « *il me prend pour un fou quoi* ». Il s'empresse d'égarer ces coordonnées, pour finalement rechercher un psychologue dans l'annuaire téléphonique quelques jours plus tard, après « *une semaine cauchemardesque* ». Ce professionnel ne lui inspire pas grande confiance, « *il avait un aspect un peu charlatan* », mais en désespoir de cause, il accepte son orientation vers un psychiatre « *qui avait l'air un peu spécial lui aussi : « alors comme ça vous êtes fou ? », mais bon, sympa.* » Benjamin est donc quelque peu atypique en ce qu'il est le seul à avoir vécu son premier recours avec un sentiment d'urgence l'amenant à considérer rapidement toutes les hypothèses curatives envisageables.

C'est **une amie de Jérôme elle-même suivie en psychiatrie** qui lui conseille d'aller consulter un psychiatre, bien qu'elle-même soit peu engagée dans son suivi :

« Elle m'a dit que ça pouvait être une aide mais... je pense que elle, ça l'emmerdait plus qu'autre chose parce qu'elle avait pas envie d'y aller, qu'elle se sentait normale et qu'elle avait envie de se débrouiller toute seule mais... elle sentait peut-être que moi j'avais besoin de quelqu'un pour... m'aider quoi. »

A cette époque (début 2003), Jérôme est en 2ème année de préparation ingénieur à Paris, où il vit seul, alternant études, petits boulots et abandonnisme scolaire. Une rupture amoureuse lui donne des envies suicidaires, car il se rend compte qu'il n'arrive pas à conserver une relation amoureuse plus qu'une semaine : « *Je réussissais pas à rester plus d'une semaine avec une copine donc je trouvais pas ça trop normal* ». Il recherche alors un psychiatre dans l'annuaire, sans savoir qu'il existe un champ privé et un champ public. Il en sortira insatisfait et cherchera ensuite à consulter une psychiatre femme. Ce suivi sera de courte durée puisqu'il décide quelques mois après de rejoindre son père et son frère à Grenoble. Il y renouvellera un contact avec la psychiatrie avant de revenir sur Paris.

- **Sandra : L'alliance avec une infirmière scolaire.** Sandra évoque un contexte familial d'où n'émerge depuis toujours aucune alliance qui aurait pu l'autoriser à y chercher soutien. C'est pourquoi sa famille n'est jamais évoquée dans ses démarches. Seul le milieu scolaire et Sandra sont en jeu dans cette situation. C'est dans le cadre scolaire que la prise en charge de Sandra a donc pris son origine, dans un contexte scolaire de difficultés scolaires et psychiques :

« En fait, j'étais dépressive, dépressive, tout le temps. Et l'année dernière, justement, à la fin de l'année, j'étais vraiment pas bien, j'en pouvais plus, je ne savais plus à qui me confier. J'avais du mal à dormir. J'étais stressée tout le temps. C'était horrible. Je suis allée voir l'infirmière, je lui ai expliqué tout et à partir de là, c'est elle qui m'a orientée vers le Dr C. et ainsi de suite... »

Pour la première fois, elle évoque ses hallucinations handicapantes à l'infirmière scolaire :

« La première fois, quand j'en ai parlé, c'était à mon infirmière, parce que j'en pouvais plus. C'était en seconde. Parce que voilà, il y avait tellement de choses qui s'accumulaient, qui se mélangeaient. (A cause des hallucinations) J'arrivais plus à travailler en classe. Donc, à un moment donné, je me suis dit : « Ça suffit, il faut que je fasse quelque chose. Je peux pas continuer comme ça. ». Etant donné que j'ai grandi avant l'âge. En plus, moi, qui était toujours ambitieuse, battante, courageuse, toujours d'aller de l'avant, même si c'est vrai qu'il y a toujours des choses qui me tiennent à cœur et que j'ai toujours des choses que j'ai du mal à comprendre. Mais bon, ça, ça fait partie de la vie : mes parents, pourquoi ça va pas ? Ca, ça fait vraiment partie de la vie réelle, que tout le monde peut avoir. Mais là, je me suis dit : « ça, ça va pas passer. » » (...) Je me suis dit : « c'est pas possible, je ne baisse pas les bras comme ça ! ». Donc, j'ai fini par craquer et je suis allée voir l'infirmière. » Non sans l'avoir testée auparavant : « Au début, je lui ai juste dit que j'avais mal à la tête, que je n'allais pas bien. Parce que j'osais pas le dire. Je me suis dit : « Putain, elle va me prendre pour une dingue. » Mais dès que j'ai vu qu'elle était vraiment là, qu'elle m'écoutait et tout. Parce qu'il y en a qui écoute, mais parce qu'ils doivent écouter, par l'intermédiaire du travail. Mais, elle on voyait vraiment qu'il y avait quelque chose. Bon, je ne lui ai pas vraiment tout raconté comme avec toi. Mais, je lui ai dit que j'entendais des choses bizarres, des voix, etc... et voilà ! »

Cette crainte de se confier à l'infirmière scolaire s'ancre dans le souvenir cuisant d'une assistante sociale qui l'avait trahie dans sa jeunesse en contactant ses parents sans le lui dire. Et lorsque l'infirmière scolaire lui conseille d'aller au CMP, elle ressent cette même peur. Pour Sandra, le recours à la psychiatrie s'avère être le prolongement du recours à l'infirmière scolaire en lien avec la confiance qu'elle lui donne.

Des recours erratiques depuis la toute première recherche d'aide

Dans le type III, le premier recours à la psychiatrie ne signe pas l'arrêt des manifestations des troubles, contrairement au type II où l'hospitalisation, accompagnée d'un traitement médicamenteux, a fait disparaître tout ou partie des « délires ». Pour les jeunes du type III, ce premier recours s'inscrit dans un parcours de recherche d'aide erratique, où ils ont peu trouvé de soulagement à leurs souffrances, voire pas du tout. Aurélie et Benjamin témoignent tout particulièrement de ces parcours hésitants. Ils présentent la particularité d'avoir eu tous deux un premier parcours de suivi psychiatrique, trois mois de suivi suspendu pour un refus de prescription pour l'une et deux ans de suivi suspendus pour déménagement pour l'autre. Et pour tous deux, ces suivis psychiatriques inauguraux interrompus ont été suivis de plus d'un an sans aucune consultation, période durant laquelle les troubles se sont accentués.

- **Aurélie** : un suivi psychiatrique d'un an arrêté pour défaut de prescription

Aurélie est l'enquêtée qui a le plus long parcours de recherche d'aide. C'est à 17 ans, ayant appris par inadvertance les circonstances dramatiques du décès de son père, qu'elle demande à sa mère de consulter un « psy » pour soigner un mal-être généralisé. Elle obtient l'adresse d'une psychologue libérale par l'intermédiaire d'un ami de sa mère, psychanalyste et psychiatre hospitalier. Le contact est bon mais la relation lui semble un peu trop proche et elle abandonne cette première démarche au bout d'un an, lorsqu'elle vit une première relation amoureuse qui lui fait du bien. Six mois après l'arrêt de son premier suivi psychologique, la rupture de sa première relation amoureuse la conduit à chercher un autre professionnel avec qui entamer une deuxième psychothérapie pour dépression :

« Six mois après, en avril, il me laisse tomber en me disant : « ben, non, je ne t'aime plus. » Donc, là, gros gros choc, parce qu'il avait le rôle de mon père, de mon frère et de mon petit ami... (...) Donc, c'est vrai que j'avais tout mis sur lui. Donc, ça a été super dur. L'année d'après, je ne parlais plus. En plus, il m'a laissé tomber en avril. Encore avril : mauvaise période pour moi (ndr : référence à la date anniversaire de l'assassinat de son père). Donc, pendant un an, je n'ai pas parlé, grosse dépression. Je suis allée voir un psy. »

Sa mère lui conseille un psychiatre - psychothérapeute exerçant en libéral par l'intermédiaire du même ami psychanalyste qui l'avait orientée sur son premier suivi psychologique. Mais elle n'arrive pas à parler avec cet interlocuteur, et celui-ci refuse de lui prescrire des médicaments pour la soulager de cette souffrance qu'elle n'arrive pas à exprimer : *« Je lui disais limite que j'étais au bord du suicide et il me disait : "mais non, on ne va pas vous donner de médicaments." »* Elle le consulte durant 3 mois puis cesse tout suivi psychiatrique en juin 2002 alors que depuis deux mois, son amie imaginaire Violaine se retourne contre elle. Dix mois plus tard, Aurélie connaîtra des symptômes qu'elle interprète comme des attaques de panique prenant la forme de crises de spasmophilie. Ses crises d'angoisse ne cesseront de s'intensifier, avant que ne réapparaissent des hallucinations visuelles et auditives qu'elle avait déjà connues durant son enfance. Malgré la psychothérapie et la prise d'un traitement, les angoisses persistent et les hallucinations apparaissent. En fait, la psychothérapeute, avec laquelle elle entretient des liens de confiance, l'oriente vers la psychiatrie car elle ne peut pas prescrire de psychotropes :

“ Donc, j'ai continué le Deroxat. J'avais de plus en plus de crises d'angoisse. Je ne pouvais plus sortir de chez moi. J'en faisais en plein milieu de la journée, je commençais à avoir des hallucinations et tout ça. (...) Jusqu'au moment où finalement la crise de panique ne me quittait plus. C'est-à-dire que le matin, je me levait, je prenais mon petit-déjeuner, 10 minutes après, commençait la crise d'angoisse et ça n'arrêtait pas jusqu'au soir. Donc, je suis devenue insomniaque, parce qu'en me couchant, j'avais toujours des crises d'angoisse. Et donc, je ne dormais plus... (...) Elle m'a dit : "il faut peut-être revoir votre traitement. Le problème, c'est que moi, je ne m'occupe pas de la prescription, donc je vous envoie vers mon collègue, le Dr C. »

Le recours à la psychiatrie apparaît alors aux yeux de Aurélie comme un complément essentiel à la psychothérapie. Elle aura un nouveau contact avec la psychiatrie en octobre 2003, c'est à dire 6 mois après les débuts d'accentuation de ses troubles.

- **Benjamin** : un premier suivi de 2 années par un psychothérapeute et un psychiatre

C'est 1999 que Benjamin identifie comme année charnière, pendant que les parents, éloignés, utilisent le registre de la crise d'adolescence : *« Y'a eu avant et après, donc cet après, là, 99, où ça déconne pour moi sérieusement, où là, les parents ont commencé à se dire « bon bah c'est peut-être un truc d'adolescence, ça va passer », etc. »*. Contrairement à Aurélie, ses premiers troubles sont apparus très soudainement, se manifestant au début par des palpitations cardiaques, des transpirations, des angoisses paralysantes, inaugurant ce qu'il nomme « les pires années de sa vie » :

« C'est à partir de la 2^{ème} année que tout s'est mis à déconner pour moi quoi. Donc là j'avais 19 ans, c'était en 99, ça fait maintenant 5 ans... Je sais pas pourquoi, les circonstances s'y sont peut-être prêtées. Toujours est-il que, on va dire que j'ai pété les plombs, enfin... moi

*j'appelle ça comme ça, c'est à dire que du jour au lendemain, en classe, **en cours de nature morte, comme ça, je me suis senti très très mal par rapport à l'ensemble de la classe, subitement, et sans aucune explication...** Et pour moi, à partir de ce moment-là, **ça a été un cauchemar d'aller tous les jours en cours quoi, de sortir dehors, de traverser la rue, d'aller en classe et de rester 4 heures assis dans une classe le matin et le soir.** »*

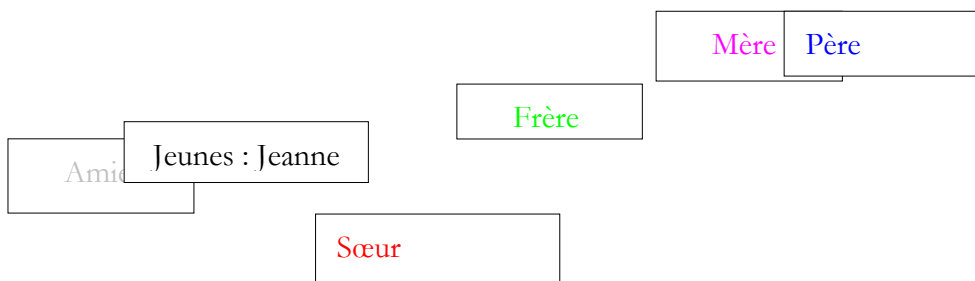
Ces premiers troubles se manifestaient par des palpitations cardiaques et des transpirations très abondantes. Supposant un trouble physique, il va consulter son médecin généraliste qui l'oriente dans un premier temps vers un cardiologue, qui ne repère rien d'anormal. Son généraliste lui évoque alors l'hypothèse « psy » en lui communiquant une liste de professionnels. Benjamin reçoit très mal cette hypothèse, comme une preuve d'incompréhension et presque de trahison. Il ne donne aucune suite immédiate à la liste de « psychologues ou de psychiatres, je sais plus » communiquée par le généraliste, liste qu'il s'empresse de perdre. Ce n'est qu'après « une semaine d'enfer, cauchemardesque » qu'il décide d'explorer cette hypothèse en cherchant un psychologue dans le bottin, choisi au plus près de chez lui. Il consulte alors pendant 2 ans un psychiatre et un psychothérapeute à Tours, mais sans résultats probants :

*« J'ai oublié de le dire, mais quand je suis devenu phobique en deuxième année, de deuxième année en troisième année, **ça a été les pires années de ma vie en fait...** ».*

Ses angoisses se mueront peu à peu en crises de paranoïa. Il cesse tout suivi à la fin de ses études et au **retour au domicile parental**, période durant laquelle s'accroissent ses troubles, avec l'apparition de comportements violents. **Accompagné de son père**, il réinitiera la recherche de solutions, qui l'amèneront finalement à une prescription psychiatrique de Zyprexa lui ouvrant de nouvelles perspectives.

3- Une configuration relationnelle préalable au 1er contact : l'exemple de l'unité Jeanne

En croisant la fréquence des relations, leur nature et les styles de vie des uns et des autres, on peut ainsi schématiser les configurations relationnelles dans l'unité Jeanne avant le premier contact avec la psychiatrie :



On obtient deux pôles extrêmes : les relations très proches de Jeanne et de son amie Patricia (proximité générationnelle et culturelle autour d'activités artistiques underground, du partage d'un même mode de vie voire du même lieu de vie, des mêmes relations sociales) et les relations très

distantes de Jeanne et de son père (grande distance générationnelle et culturelle entre les modes de vie, distances physique et relationnelles).

Nous proposons de montrer ici que l'intensité de la distance entre Jeanne et ces membres de son entourage correspond à des regards différentiels tant sur les signes considérés comme avant-coureurs de la maladie et sur le sens donné aux difficultés rencontrées par Jeanne que sur les modalités de ses premiers contacts avec la psychiatrie. C'est à dire que plus grande est la distance socio-culturelle et plus assurée apparaît une lecture en termes psychiatriques. A l'inverse, plus grande est la proximité et plus cette lecture psychiatrique est hésitante, avec des conséquences sur les modalités du premier contact.

Les signes considérés aujourd'hui comme avant-coureurs de la maladie

L'amie : une immense tolérance aux écarts à la norme

Patricia est la seule personne à avoir suivi au quotidien l'évolution des difficultés psychiques de Jeanne. Les relations amicales entre Jeanne et Patricia remontent à leurs années de fréquentation commune du milieu underground de Rennes, où elles tissent de forts liens de complicité tant du point de vue artistique qu'idéologique :

« On a déjà un univers artistique hyper proche. On a vraiment les mêmes goûts quoi. Et les mêmes idées en fait. Jeanne, au début de notre rencontre, ce qui était drôle, c'est que je l'appelais mon deuxième cerveau, et elle c'était pareil. (...) C'était une fusion quoi. Elle venait tout le temps avec moi, on faisait toujours nos trucs ensemble, alors que personne d'habitude voulait bouger comme ça. Elle aime pas les filles, moi non plus, de façon générale, enfin quand je dis « les filles », c'est les petites minettes coquettes, moi je préfère quelqu'un qui va de l'avant, qui fait ses trucs. On était toujours un peu dans le côté trash quoi : terrains vagues, photos, style un peu illégal en fait. On s'est retrouvée là-dedans et... on s'est très très bien entendu. Moi, ce truc-là m'habite encore quoi ! (...) On se suit toujours même si on ne suit pas en fait. »

Patricia propose plusieurs registres de signes qu'elle perçoit aujourd'hui comme avant-coureurs d'un « quelque chose ne va pas » pour Jeanne. Elle recourt en premier au **registre psychologique** du narcissisme associé à un milieu punk très tolérant à ces comportements, et très proche de ses propres pratiques de l'époque :

*« Elle a toujours été un peu bizarre en fait. Mais à l'époque, c'était plus un côté punk, elle traînait avec les punks, elle avait un côté un peu trash, un petit peu anarchiste quoi, limite... **provocante**, tout le temps des mini-jupes très très courtes, avec des collants avec plein de motifs, des super longues jambes et vachement **maquillée gothique**, super noir et tout. Enfin elle a toujours été vachement narcissique, et... super gentille aussi, et un peu perdue. (...) A l'époque en fait, elle était **trop inconsciente** on va dire. Ca veut dire par exemple, je pars en vacances avec elle, elle est chargée de prendre une **tente**, elle va **oublier les sardines...** Enfin c'était **tout le temps à l'arrache** en fait, c'était tout le temps ça : **elle oublie sa carte bleue** alors qu'on part dans le sud et qu'on va peut-être aller en Espagne... Enfin c'est des choses qui sont... normalement ça se prépare un minimum, et donc elle, **elle a toujours été dernière minute** « et puis c'est pas grave si je l'ai pas, je vais pas faire demi-tour, j'y vais quand même, c'est pas grave, je fonce, on se débrouillera autrement, on va se démerder », enfin comme les punks quoi, elle a toujours été dans ce côté un peu trash quoi. Moi, j'étais un peu comme ça aussi franchement, moi je m'en foutais. »*

A propos de leur cohabitation parisienne, elle recourt au **registre des règles de comportement dans l'espace public**, qu'elle qualifie en terme d'un « abandon de soi » que manifestait Jeanne au plus fort de ses crises : partir pieds nus plusieurs jours dans les rues de Paris et revenir les pieds ensanglantés, descendre plusieurs étages en pleine nuit pour uriner dans la rue, ne plus utiliser les outils de l'alimentation y compris dans un restaurant, préférant « *tourner sa soupe avec son doigt* » sans se préoccuper que ses cheveux trempent dans son assiette.

La thématique de l'alimentation touche rapidement au **registre médical** de la mise en danger de soi lorsqu'elle décide de ne plus s'alimenter : « *moi je lui disais « mais non ! mange ! c'est quoi ce délire ? ! t'es en train de faire de l'anorexie, vas-y, c'est n'importe quoi, vas voir un médecin » et tout.* » Il s'agit du seul motif pour lequel Patricia a conseillé à Jeanne d'aller voir un médecin. Elle-même le fera sur la demande de Jeanne lorsque celle-ci se plaint un jour de violents maux de tête sans pour autant vouloir prendre d'aspirine. Elle se tape alors la tête contre le mur durant la nuit et c'est alors qu'elle crie à Patricia d'appeler SOS Médecins, ce qu'elle fait. Mais à l'arrivée du médecin, Jeanne déclare ne plus avoir mal, et Patricia doit malgré tout payer une addition qu'elle trouve d'autant plus salée (350 francs) qu'elle pensait le service gratuit et qu'elle est pauvre. Pour que Jeanne aussitôt le médecin partie se tape à nouveau la tête contre les murs, ce qu'elle analyse alors comme preuve de narcissisme : « *Elle répète un plomb ! (...) Dès qu'on s'était intéressé à elle et qu'elle avait soi-disant plus rien, elle repartait en frénésie.* »

Puis elle pointe le **registre des perceptions** sous la forme d'hallucinations auditives, mais sur lesquelles Jeanne communiquait peu. Ce n'est qu'après le diagnostic que Jeanne a expliqué à son amie le détail de ses hallucinations. Pour Patricia, Jeanne passe de « *bizarre* » à « *très très bizarre* » avec « *le coup de l'émission de télé où c'était d'elle dont ils parlaient* ». Patricia est à l'époque peu alertée et s'appuie alors sur sa propre expérience pour relativiser ces troubles et les incorporer dans une conception des difficultés de son amie toujours en terme de **narcissisme** mais également en terme de **dépression** :

« J'arrivais pas à me rendre compte réellement de... de la gravité d'entendre une voix quoi. Parce que de temps en temps, moi, je me parle à moi-même, enfin je le percevais plus comme ça en fait. Maintenant, je sais que c'est différent, je vois ce qu'elle pouvait entendre, mais quand elle me disait « oui, l'émission de télé », que ça la faisait penser à elle, je pensais qu'elle était tellement dans une dépression que tout la touchait et qu'elle avait l'impression d'être le noyau et le centre de tout ça et je le rapprochais vachement à son côté narcissique mais je me disais pas que... Je veux dire moi aussi, de temps en temps, je regarde des émissions de télé, et ça arrive, y'a quelqu'un qui va parler et puis on se retrouve tous quoi, c'est comme dans un horoscope, tout le monde peut toujours se retrouver, à la rigueur dans tous les signes, on va toujours se retrouver un petit truc quoi. Voilà, moi je pensais qu'il y avait une focalisation, un accent qu'était mis sur sa personne et donc qu'elle ne voyait qu'elle. »

La tolérance de Patricia semble ici sans limite et elle lui réexplique inlassablement que les émissions traitent de généralités et non d'elle-même. C'est l'altération du **registre des interactions** qui l'a amenée pour la première fois à émettre un diagnostic profane de folie : « *C'est là où je me suis vraiment aperçue qu'elle devenait cinglée* ». Ainsi, alors que Jeanne est hébergée par Patricia, elle exige pourtant le lit à 2 places au motif « *des mauvaises ondes* » du salon, Patricia et son petit ami devant donc se contenter du divan du salon : « *Jeanne, pendant quand même (...) un mois, a dormi dans ma chambre dans le lit à deux places, et moi, je dormais avec mon mec dans le petit lit à une place, chez moi quoi !* ». Elle refusait de parler avec les amis de Patricia et quittait la pièce sans les saluer dès qu'ils arrivaient, et il est probable que leurs regards n'ont pas été sans effet sur le changement d'attitude de Patricia : « *Donc tout le monde la regardait, ils étaient là « mais elle a quoi, c'est quoi son*

problème ». Et à la rigueur, les gens ils devenaient pas forcément agréables avec elle non plus, parce que... la connaissant, bah ils se disaient « elle est chelou ». » Elle ne communique presque plus avec Patricia et la malmène lorsque celle-ci se soucie d'elle... Bref, Patricia avait l'impression que Jeanne rompait tous les liens de réciprocité, malgré ses efforts : « j'essayais d'être douce, (...) quand tu lui parlais, c'était « ça va Jeanne ? », « ah mais c'est bon, mais pourquoi tu me parles, ah mais... ah tu me saoules ! » (voix coléreuse).

Malgré tout, par « impulsions », Jeanne semblait consciente de ses manquements et l'exprimait : « y'avait des petits moments où elle me disait « mais Patricia, qu'est-ce qui m'arrive ? comment j'étais avant ? ». Alors, Patricia l'invitait à reprendre leurs activités favorites underground d'« avant » : « aller faire des photos devant des graffitis, aller à la conquête des terrains vagues pour voir des graffitis, (...) on collait des autocollants dans le métro, (...) on sortait dans des soirées hip hop, des trucs comme ça. » Mais Jeanne préférait de plus en plus ne plus sortir de l'appartement. Patricia a tenté également de lui « nettoyer le cerveau » : « même **je l'avais amenée au bord de la mer à un moment... pour essayer de lui nettoyer le cerveau**, y'avait rien qui faisait », Jeanne avait préféré « rester dans une chambre dans le noir », refusant finalement toute interaction.

Malgré le temps long des troubles, Patricia continue à percevoir une capacité d'action de Jeanne, au moins à défaut puisqu'en terme d'absence d'efforts et de « complaisance » : « y'a un moment où on se dit que peut-être les gens se complaisent dedans, parce qu'on sait pas que c'est une maladie ». Avec cette lecture, et après toutes ses tentatives vaines, elle tient Jeanne pour responsable de la mauvaise qualité de leur relation et elle s'éloigne, tant par épuisement que par nécessité de se protéger elle-même. Aujourd'hui, elle propose une relecture de ce qu'elle analysait comme de la mauvaise volonté en terme d'incapacité : « elle voulait pas quoi (faire des efforts), parce qu'elle pouvait pas en fait, moi je le savais pas ».

Finalement, Patricia propose une conception très personnalisée de la normalité qui ne peut se définir à la seule aune des comportements immédiats : « tu peux savoir quand les gens sont en plein délire par rapport à des choses qui sont là quoi, mais après, la normalité, on a tous un grain de folie, et puis on le sait pas forcément... donc la normalité après, c'est vachement personnel... » Cette conception a permis une intervention sur ce que font les gens mais interdit tout jugement sur ce que sont les gens. C'est ce qui a permis à Patricia de tenter d'intervenir sans cesse sur les agissements hors normes de Jeanne, sans jamais évoquer un recours supposant un regard essentialiste. Patricia a mis très longtemps à « lâcher », mue par un lien quasi filial : « comme si c'était un bébé ». De par la très grande proximité culturelle, elle ne renoncera à la réinsérer seule par la « raison » que lorsqu'elle se sentira elle-même en danger.

La sœur : une proximité de « galère » avec Jeanne

Il y a de nombreuses années qu'Elodie, de 2 ans plus âgée, ne partage plus le quotidien de sa sœur, car Elodie est partie jeune du domicile familiale, à 17 ans. Elle en a 26 aujourd'hui. Les deux sœurs ont eu une petite période de proximité durant leur scolarité à Rennes, avant qu'Elodie ne quitte définitivement la Bretagne. Bien que leurs liens soient plutôt distendus, Elodie ressent un puissant sentiment de proximité avec sa sœur, ancré sur les années de « galère » qu'elles ont vécues chacune de leur côté. Elodie évoque avec tendresse cette époque avec quelques équipées hors des limites de la légalité qui ont participé de ce rapprochement :

« C'est des souvenirs bien quand même parce qu'on était dans la galère mais bon, on rigolait quand même, enfin dans une pauvre vie mais c'était notre vie... (sourire) (...) On avait bien rigolé, mais c'était nul parce que c'était encore plus pour s'enliser toutes les deux dans la merde ! (rire) »

Compte tenu de la faible fréquence de leurs échanges, c'est dans un passé relativement proche qu'Elodie identifie maintenant quelques comportements bizarres de sa soeur. Ainsi, pendant un séjour de Jeanne à Quimper, au début de ses difficultés, Elodie se souvient du refus de Jeanne de sortir pour cause de « visage asymétrique », où elle réagit par la tentative de la raisonner.

Ce sont surtout des échanges téléphoniques pendant la période de « crise » de Jeanne qui commencent à alerter Elodie : *« Quand elle m'a dit « j'en ai marre parce que quand j'allume la télé, j'ai l'impression qu'on parle de moi », c'est vrai que là, je me suis dit « ouaouh, quand même, ça doit être chaud » (sourire). »* Face à ces premiers signes, la réaction d'Elodie est d'inciter sa soeur à l'action :

*« Quand elle me parlait de la télé, je lui disais (...) que c'était pas vrai, qu'il fallait qu'elle se calme, qu'il fallait qu'elle se repose, je lui demandais si elle mangeait bien. **Elle me disait qu'elle prenait plus rien comme drogues, je lui disais « bah donc ça va passer c'est pas grave ».** (...) A un moment, elle voulait refaire de l'esthétisme, je fais « bah tu t'en fous, tu t'inscris dans un **CAP esthétique**, au moins ça va t'aider, ça va être sympa, c'est ce que t'as envie de faire, tu le fais ». (...) Ou je lui disais « mais **bouge de Paris** ! t'as quoi comme projet là pour l'instant ? », comme elle avait trop rien, je lui disais « bah pars de Paris, t'as qu'à venir me voir ». Enfin des trucs comme ça, je lui parlais comme à quelqu'un... je me suis jamais posé la question de savoir en fait... »*

Y compris lorsque Jeanne lui parle de ses hallucinations auditives dans la rue, la réaction d'Elodie est toujours de considérer sa soeur comme capable d'agir sur sa vie :

« Même le coup qu'elle me disait « à l'épicerie là-bas, y'a un black, il a dit qu'il m'avait envoûtée et tout », mais je rigolais parce qu'à Bordeaux (où Elodie a vécu quelques temps), y'a des abrutis qui sont capables de te raconter ça aussi pour t'embobiner dans leur truc. (...) Je lui disais « mais tu sais, ça se voit quand tu vas pas bien, et y'a des gens qui sont capables de le voir, c'est comme les gourous, ils aiment bien toper les gens qui vont pas bien pour faire leurs conneries. » Je lui dis « mais tu t'en fous, tu te motives à fond, tu retournes dans l'épicerie, tu vas le voir et là tu lui dis que c'est toi qui vas l'envoûter, tu vas voir la gueule qu'il va faire, parce qu'il va y croire lui, parce que c'est le premier à croire à ses conneries ». Alors je lui disais ça, je lui disais « mais booste-toi » et puis je lui disais « comme toi, t'es fatiguée peut-être en ce moment ou quoi, lui il le voit, alors il en profite pour te raconter des conneries ». (...) Elle était quand même d'accord, je pense quand même qu'elle se disait « bah oui », qu'elle se disait que j'avais raison, que oui, c'était vrai. (...) Qu'elle pouvait avoir prise sur ce qu'elle vivait. »

Cette proximité qui empêche Elodie de porter un quelconque regard préjugé de son anormalité s'ancre finalement sur les relations réciproques qu'elles ont toujours entretenues, même à distance :

« Elle m'a aidée, c'est dégueulasse à dire mais y'a des moments, je me disais « bah elle est dans la même galère que moi ». Y'a des gens, ils peuvent pas comprendre parce qu'ils les ont jamais vécus, ils peuvent imaginer mais l'imagination, c'est pas super pour ça. Alors qu'elle, elle pouvait comprendre des trucs. (...) Même moi des fois, elle me faisait me remettre en question et tout, donc c'était vraiment des échanges normaux quoi, réciproques. »

Le frère : « Une énervée de la vie »

Le frère est dans une relecture plus hésitante. Il habite encore avec ses parents. Il partage avec eux une communauté de vue qualifiable de culture de la famille, qui porte par exemple sur le fait de ne pas faire pleurer sa mère, ne pas faire souffrir ses parents. Mais il partage avec ses sœurs une certaine communauté culturelle qui l'empêche d'adhérer par exemple à une lecture pathologique des fréquentations de Jeanne. Il s'appuie explicitement sur cette proximité pour expliquer qu'il n'ait rien repéré de particulièrement anormal dans le comportement de sa sœur :

« C'est net que maintenant, je me suis rendu compte qu'il y avait un truc qui n'allait pas mais... elle a toujours fréquenté des individus vachement... avec les punks, avec tout plein de gens... C'est des milieux que je fréquente aussi, que mon autre frangine fréquentait aussi, donc on voit plein de gens qu'ont des caractères différents quoi et des caractères bien marqués. Des personnalités bien marquées, donc... (...) un peu disjonctés, un peu décalés par rapport à la normale, donc c'est vrai que je faisais pas plus gaffe que ça. Moi, je voyais qu'elle était juste un peu en colère contre plein de choses et... elle était déjà bien speed de naissance donc après, moi, j'ai pas vraiment fait gaffe qu'elle avait vraiment pété un câble. Pour moi, c'était une grosse crise d'adolescence quand elle s'engueulait avec mes parents... une énervée de la vie comme on peut en voir souvent, et voilà. Pour moi, ça allait pas plus loin. De toute façon, je connaissais pas du tout... la schizophrénie ou... donc pour moi, c'était la crise d'adolescence. (...) Le regard, il est obligatoirement un peu différent quand même, parce que maintenant je sais qu'elle a son petit grain de folie mais bon, inconsciemment, je pense qu'on l'a toujours su quoi. De par son côté... toujours un peu ailleurs, très speed... son côté artistique... On voyait bien qu'elle était un peu sur sa planète quoi, un peu plus que certains... »

Il mentionne lui aussi le fait que Jeanne ne prenait pas ses billets de train, fait pointé comme anormal par la mère. Mais pour lui, ce n'est pas l'acte en lui-même qui est signifiant, mais le sens qui lui est accordé : ce n'est pas le fait de ne pas prendre son billet de train qui est grave, c'est le fait de ne pas comprendre qu'il faut le prendre : *« Par exemple... justement ça... circuler alors qu'on paie déjà ces choses-là, des choses comme ça... (...) Bon mais en même temps, je comprends qu'il faut bien payer ces gens-là, mais bon je sais aussi qu'on les paie déjà avant, ça c'est le problème politique après... »*. Enfin, il pointe explicitement n'avoir pas repéré d'anormalité avant que ses parents ne lui annoncent le diagnostic : *« c'est les parents qui m'ont dit « oui, en fait, c'est pas une crise d'adolescence, c'est de la schizophrénie à un tel degré quoi »*.

Pour les parents : une relecture « pathologisante » depuis l'enfance

Le père, qui est le plus éloigné dans la configuration relationnelle, est celui qui adopte le plus volontiers une relecture « pathologisante » de la vie de Jeanne : *« J'ai... tout de suite senti chez Jeanne bébé qu'il y avait quelque chose qui... qui faisait qu'elle était pas ordinaire. »* Il repère des signes depuis la plus tendre enfance de sa fille : *« bizarre », « ne réagissait pas à la douleur, gestes précipités, « elle a pas marché, elle s'est mise tout de suite à courir »*.

La mère est plus hésitante dans cette relecture : *« Quoi penser de tout ça, est-ce que nous, nos petites inquiétudes de quand elle était gamine, et aujourd'hui, est-ce que ça a rapport, est-ce que ça n'en a pas ? »* Dans les souvenirs de la prime enfance de Jeanne persiste ce sentiment d'un décalage incompréhensible entre sa vision d'une Jeanne très vivante, *« turbulente à la maison »*, et celle des instits d'une Jeanne très *« calme »*, même si toujours très entourée, facteur réassurant d'insertion. Dans cette évocation d'une petite fille gaie, la mère fait aujourd'hui émerger quelques détails pour elle prémonitoires : *« elle se mettait des grands nœuds dans les cheveux, pleins de barrettes ! Ca aussi, c'était... (sourire) une petite*

folie quelque part... » Autres souvenirs convoqués pour mise en lien avec les troubles de Jeanne. Sa mère se souvient d'une habitude qu'elle avait petite : « *elle sautait tout le temps* », jusqu'à ce qu'une simple remarque du père fasse cesser cette habitude. Ou du manque d'expressivité de Jeanne dans ses sentiments lorsqu'elle était sollicitée pour un « *bison* » : « *elle faisait un bison à la cravate ! (ton enjoué) et elle partait* ». La comparaison avec l'attitude de sa sœur « *très câline* » montre l'incompréhension de leurs différences de comportement. Bien sûr, cette lecture n'était pas du tout présente à l'époque : « *A l'enfance, ça paraît mignon, c'est vrai, c'est pas des trucs alarmants. C'est après, un peu plus après, qu'on se dit « ah quand même ! (sourire) ça fait beaucoup de choses quoi...* ». La non expression des émotions lui apparaît comme indicateur d'anormalité : « *Je me souviens même pas quand est-ce que je l'ai vu pleurer pour la dernière fois* ». A noter que cette caractéristique ne poserait probablement pas problème avec un garçon...

A partir de l'adolescence, le père de Jeanne agrège des signes dans le registre interprétatif du « *problème de communication* » de sa fille : « *Pour moi, je me disais « bon, c'est une fille vachement névrosée, qui sait pas communiquer... qui peut pas communiquer, qui... bah qui trouvera un autre boulot ! Je connais un tas de gens qui savent pas communiquer et qui ont un boulot hein ! Je me disais « elle va faire comme eux »... (...)* « *Fallait toujours qu'elle rencontre des gens ou... des drogués, ou... ou des pédés ou quelqu'un qui se prostitue, c'était que ça qui l'intéressait. Alors on peut se dire qu'elle se sentait pas bien avec des personnes... plutôt équilibrées, donc j'en déduisais qu'elle-même avait ce genre de déséquilibre quoi.* » (...) « *j'ai compris pourquoi aussi par exemple on pouvait pas communiquer parce qu'un jour elle m'a dit « on n'est pas sur la même planète »... Et bah c'était pas une expression comme ça, c'était vrai, je me suis dit « ouais... on n'est pas sur la même planète, c'est sur... »* ». Avec la scolarisation, les parents présentent les très bons résultats scolaires de Jeanne et les regards non alarmistes d'adultes référents comme des facteurs de réassurance : « *Les instits qu'elle avait l'adoraient, ils me disaient « des classes avec que des Jeanne dedans, ce serait génial », parce qu'elle répondait vite, elle s'intéressait tout. Si bien que ça me faisait oublier ses attitudes étranges* ». La réassurance par les très bons résultats scolaires fonctionne jusqu'à la baisse de ses résultats scolaires en 1^{ère}, où elle ne semblait plus rien comprendre aux mathématiques. A cette époque, la mère pointe comme déviants des faits qui pourraient être considérés comme emprunts d'excès de zèle : un travail scolaire trop acharné jusqu'en 3^{ème} – seconde, alors que personne dans la famille n'avait jamais autant investi les études, la déviance étant lue au regard des performances en la matière des autres membres de la famille ; ou bien une sincérité considérée comme excessive car par exemple, Jeanne n'a pas cherché à rassurer ses parents par un mensonge lorsqu'une lettre laissa soupçonner des consommations de cannabis. Plus tard, les signes d'anormalité mentionnés par les parents concernent là encore des modes de vie radicalement éloignés des leurs : des appartements rendus en mauvais état, une boîte aux lettres cassée par perte de la clé, une moquette souillée, des trous dans le mur, ne pas prendre son billet de train. Mais ils concernent surtout les relations amicales que Jeanne entretient avec ses contemporains : la fréquentation de personnes hors norme, de « *mauvaises fréquentations* » dans des bars « *mal fréquentés* » dont un « *dealer* » lorsqu'elle avait 16-17 ans, un jeune homme sans domicile fixe, des homosexuels, des drogués... La mère pointe la volonté « *anormale* » de Jeanne de vouloir entretenir une correspondance écrite avec un jeune homme qui avait fait de la prison. Elle pointe aussi son amitié pour une fille « *pas normale même si elle ne prend pas de médicaments, qui fait des grafs, fréquente les teknivals alors qu'elle est enceinte, n'occupe que des petits boulots* », autant de preuves de son instabilité. L'identification de signes anormaux concerne ensuite le cadre professionnel, lorsque Jeanne multiplie les erreurs de caisse lors d'un emploi de vendeuse, « *elle qui a toujours été bonne en maths* », et qui est allée jusqu'à bousculer la « *chef* ». Ou bien la prise de cachets quand elle a été guide à Paris, avec le renvoi de ce boulot au bout d'une demi-journée. Dans le cadre amoureux,

c'est son mariage sans prévenir qui paraît très bizarre à son père. Ils dépeignent leur passage de l'interrogation à l'inquiétude comme soudain, dans un contexte où ils voyaient très peu leur fille qui résidait à Paris.

C'est l'échec du projet de Jeanne en Italie qui apparaît pour eux comme événement charnière, *a posteriori* vécu sur fond d'inquiétude préalable : « *On était quand même un petit peu... au fond de nous-mêmes... pressés de voir la chose se faire pour être rassurés qu'en effet tout allait bien.* » A cette époque, ils sont effectivement inquiets depuis quelques temps des difficultés d'insertion professionnelle de leur fille, ce qui occasionnera leur premier contact en aveugles avec un CMP, pour information, d'où ils sortiront très désappointés : « *(La démarche au CMP) c'était parce qu'elle a eu son diplôme en 2000. En 2002, ça faisait 2 ans qu'elle tournait en rond... qu'elle avait des difficultés d'insertion, tout simplement quoi... Et je commençais à me dire à cette époque là « faut qu'elle se fasse aider, par un psy, par un psychiatre », je sais pas, je cherchais quelque chose quoi, et je savais bien que ça tournait autour du psy, donc j'avais été au CMP... Et vous, vous pensez psychothérapie, vous pensez médicaments ou... ? Bah... non, j'avais pas d'idée, oui je pensais psychothérapie, sûrement, mais... Un espace de parole quoi... Voilà, oui oui oui oui oui mais... mais pourquoi pas autre chose, je sais pas, je savais pas justement (sourire), c'est bien pour ça que j'y allais, je savais pas... » Plus tard, le désengagement de Jeanne la veille de son départ apparaît comme une 1^{ère} alerte, car incompréhensible puis perçu en terme d'incapacité : « *elle avait tout bien fait pour que ça se fasse quoi... Et qu'elle puisse pas partir, alors là, on s'est dit « là ça va vraiment pas »...* » Incapacité interprétée sur le coup comme l'appréhension de se retrouver seule dans un pays étranger. Cette inquiétude les amène à venir passer quelques jours à Paris, où pour la 1^{ère} fois, ils conseillent à Jeanne le recours à l'hôpital Ste Anne, le cas échéant.*

La confirmation de ces signaux d'alerte allumés par l'abandon du projet en Italie a lieu durant les fêtes de Noël 2002, lorsque Jeanne revient chez ses parents. Sa mère est étonnée de voir sa fille « *très très très... enfin menue vraiment, très menue* », impression corroborée par la grand-mère, l'incitant à penser à une dépression. Cette maigreur fait que la mère accorde du crédit aux craintes de Jeanne d'avoir le sida : « *elle me disait qu'elle avait couché avec un mec qu'avait le sida* », conduite à l'occasion moralement réprimée par la mère : « *je disais « t'es allée coucher avec un mec alors que t'es mariée ? ! »* ». Et puis Jeanne communique peu, si ce n'est pour parler de ses hallucinations (?). Réprouvant son comportement à Noël, les parents restent dans leur attitude éducatrice « normale » et la renvoie à Paris : « *elle s'était un petit mal comportée à Noël alors on lui avait dit « bon, rentre à Paris (ton autoritaire), quand tu seras calmée, quand tu feras une meilleure tête... (...) tu reviendras.* » (ton autoritaire). La mère convient aujourd'hui que cette attitude n'était pas la plus appropriée : « *on voulait un peu la... la stimuler quoi, c'était peut-être pas la bonne façon (sourire)* », mais elle ne s'en apercevra qu'après avoir raccompagné de force fille et bagages à la gare, où Jeanne apparaît complètement perdue : « *on la voit avec son sac, elle était presque à repartir, à redescendre du train, mais complètement... hagarde quoi. Oh ! ça nous a fait un drôle d'effet, on lui a dit « non non, Jeanne, tu restes, tu vas à Paris » et tout, « oui oui ». Bon, et puis elle est retournée dans le train, et elle est partie. Oh ! Alors là on s'est dit « ouille ouille ouille », là ça a été... on s'est dit « non c'est pas... là, ça va pas »...* » C'est à ce moment que l'hypothèse médicale est envisagée par les parents : « *Alors là, on s'est même dit « malade » mais d'autre chose, on pensait pas malade psychiatrique.* » Jeanne renoue alors le dialogue avec son père, parle de sa crainte d'avoir le sida, peut-être pour la 1^{ère} fois de ses hallucinations. Avec le recul, la mère a une vision du mal-être de Jeanne semblable à un cancer : « *je pense que sa maladie la rongerait quelque part* », comme une atteinte lente et irréversible.

Rôle de l'entourage dans l'accès à la psychiatrie

Les acteurs de l'adressage sont au nombre de trois : l'amie Patricia et les parents, dont le père est le plus actif. Tous tentent à un moment ou à un autre des « pré-convoyages » qui échoueront avant que les parents ne décident à accompagner eux-mêmes leur fille aux urgences psychiatriques.

On l'a vu précédemment, Patricia est la personne qui a été la témoin la plus proche, à la fois physiquement et socialement, des épisodes troublés de Jeanne. C'est elle qui démontre une grande tolérance aux écarts à la norme. Par conséquent, elle n'envisage l'hypothèse médicale que lorsqu'elle se rend compte qu'elle commence à mettre sa propre santé mentale en danger : « *Moi je commençais à m'enfoncer aussi, parce que ça me rendait barjot quoi !* ». Elle conseille de plus en plus fermement à Jeanne d'aller chercher du soutien auprès de ses parents : « *je suis pas ta mère* ». Devant son refus, elle la met à la porte : « *je suis devenue pas méchante quoi, mais fallait qu'elle parte ! parce que moi, je pouvais plus rien faire pour elle* ». Toujours en lui conseillant le retour au domicile maternel : « *je lui disais « y'a que ta mère quoi ! »* ». Désespérée, Jeanne reste sur le pas de sa porte de longues heures. Personne ne sait trop où Jeanne a alors trouvé refuge : « *j'ai appris qu'elle était partie dans un squat* » avant qu'effectivement elle ne reparte à Quimper quelques jours plus tard : « *ses parents l'ont récupérée dans un état super bizarre* ».

On pourrait à ce stade faire l'hypothèse que la grande proximité entre Jeanne et son amie interdit à celle-ci de porter sur Jeanne le regard d'irresponsabilité que présuppose l'hypothèse psychiatrique. Si cela a pu être le cas aux débuts des troubles de Jeanne, quand Patricia tentait par tous les moyens de relier avec elle, l'extrait suivant montre qu'il s'est ensuite plutôt agi de ne pas publiciser les troubles :

« J'aurais pu la virer beaucoup plus tôt, vu comment elle réagissait, comment elle parlait, je pouvais l'insulter quoi ! Ou être super mauvaise avec elle, la détruire ! Mais non, c'était mon amie et j'ai essayé... comme si c'était un bébé, que j'étais sa maman quoi, mais bon c'était pas un bébé et j'étais pas sa maman... »

L'enjeu était plutôt de ne pas la mettre ou de la laisser en situation de vulnérabilité vis à vis du regard d'autrui :

« Et puis je l'ai jamais jugée quoi, même pour toutes ses erreurs ou quoi qu'elle ait fait, j'ai toujours pris sa défense, qu'elle soit dans le tort ou pas... A elle je lui disais « non, c'est pas bien », ou « regarde ce que tu fais, ça se fait pas », mais si jamais y'avait quelqu'un qui venait et qui prenait la tête devant Jeanne, et je suis toujours comme ça quoi, c'était « non, vas-y, bouge, c'est bon, laisse-là tranquille quoi ! » enfin... j'ai toujours pris sa défense quoi. »

Ainsi, si Patricia n'a jamais alerté directement les parents de Jeanne, c'est que Jeanne y était opposée et que sa proximité avec Jeanne lui interdisait d'outrepasser sa volonté dans une démarche assimilable à de la trahison. Mais c'est aussi qu'elle aurait rompu l'alliance qui les unit en ayant recours à des « entrepreneurs de morale ».

Du côté des parents, c'est le père qui apparaît comme l'acteur le plus opérant de la recherche d'aide. La première a lieu environ un an avant le premier contact de Jeanne avec la psychiatrie, lorsqu'il tente une recherche d'alliance auprès du CMP de leur ville de résidence. Les parents sont dans une recherche d'alliance avec des professionnels autour de la problématique Jeanne, à la fois pour exprimer leur propre souffrance et pour savoir comment « louvoyer » pour persuader Jeanne de consulter. Le choix du CMP est un choix par défaut, dans un contexte d'isolement où

ils viennent d'arriver sur la ville et n'ont pas trouvé conseil dans leur maigre entourage, tout en refusant alors l'option psychiatrique non pas par défiance mais en prévision d'une incapacité à persuader Jeanne de consulter en psychiatrie :

« Je sentais bien qu'un psychiatre que j'aurais été voir m'aurait dit « bah non, Monsieur, je peux rien pour vous, amenez-moi votre fille ». Et moi ce que je voulais savoir, c'est comment amener ma fille consulter. Et puis c'était peut-être aussi une façon détournée de... de conduire Jeanne à consulter parce que dans ma tête, je me disais « c'est pas vraiment un psychiatre, c'est un centre d'aide, on va pouvoir louvoyer quoi »... (...) On était en souffrance, on voulait trouver un truc pour nous, on voulait trouver un truc pour Jeanne, je cherchais quoi. Je cherchais. CMP, je savais même pas que ça existait ce truc-là, je l'ai trouvé dans les pages jaunes hein... je cherchais... »

Ils n'ont pas trouvé bien sûr l'alliance recherchée, mais à la place une relation de service, comme un « guichet de Poste », donc sur un principe d'égalité de traitement entre eux et leur fille :

« On disait qu'on venait chercher de l'aide parce qu'on n'était pas bien, parce qu'on sentait que notre fille n'était pas bien. On avait été clair, et puis on n'a pas tourné autour du pot... Prrrt (signe d'inefficacité) « Ah non non non, écoutez... si vous estimez que votre fille est malade, qu'elle aille voir un psychiatre ». « Mais oui, mais on peut pas lui dire, on a des difficultés à lui dire, est-ce que quelqu'un peut nous aider à... nous débriefer là-dessus ? » « Non »... Catastrophe ! (...) Moi j'attendais de l'aide, j'attendais qu'on me dise... comment... dire à un jeune d'aller consulter un psychiatre, j'attendais à ce qu'on me demande nous, comment on le vit, je m'attendais à ce qu'on me dise « oui, quand il y a tel ou tel symptôme, quand vous sentez que ci ou ça, oui c'est vraiment intéressant, vous devriez consulter »... (...) on aurait dit que j'allais au guichet de la Poste quoi... »

Cet échec amène le père à cesser toute démarche :

*« J'ai pas trouvé autre chose. **Après le CMP, j'ai tout laissé tomber.** Parce que je savais pas quoi faire... Au bout d'un moment donné, je savais plus quoi faire hein, je savais plus à qui m'adresser... »*

Après l'épisode du train, les parents se renseignent pour savoir comment « transférer » Jeanne. Devant l'inefficacité de leurs conseils, ils décident quelques jours après d'aller voir leur fille à Paris, avec en poche toutes les adresses glanées sur les pages Jaunes et Internet : « des adresses pour aller à Ste Anne et tout, on lui avait tout préparé au cas où ». Jeanne est alors chez son mari avec qui « ça n'allait plus, évidemment, elle était chez lui, elle lui parlait plus... elle restait comme elle était ici, complètement... ailleurs... ». Puis elle fugue « juste avec son petit sac à main », l'occasion de rappeler un des indicateurs de son mal, ce petit sac à main rempli que Jeanne ne fermait plus jamais. Là encore, personne ne sait réellement ce qu'il advient d'elle : « il semblerait qu'elle est allée dormir (une nuit) chez son ancien professeur de Rennes qui habite Paris, (...) parce qu'elle savait pas où aller ailleurs ». Le lendemain, elle repart à Quimper, où ses parents l'accompagneront « au saut du lit » à l'hôpital, au prétexte d'un test de dépistage du sida, puisque Jeanne craignait d'avoir été contaminée. Après coup, Jeanne ne leur a pas reproché ce subterfuge : « elle nous a pas dit « non ! vous m'avez eue » enfin...non, elle s'est laissée complètement... porter ». Ce point de vue semble contredit par le déroulement du « transfert » durant lequel Jeanne a eu un accès de colère comme il ne lui en était jamais arrivé, à tel point que les parents apeurés ont préféré prendre la fuite : « mon mari a eu peur qu'elle s'attaque à nous, il m'a pris et on est sorti tous les deux et les infirmiers sont arrivés ». Curieusement, la mère interprète cette agitation de Jeanne ne voulant pas boire le verre d'eau comme signe d'une impression de liberté associée à l'entourage : « je sais pas si c'est le cachet où si c'est l'effet de se sentir enfin... libre, enfin entourée »...

Conclusion : la tolérance différentielle du milieu

On le voit, l'analyse des normes différentielles à l'intérieur de l'unité Jeanne permet d'avancer que la nature des liens entre le jeune et son entourage semble être un élément important du parcours d'accès à la psychiatrie. Ainsi, plus la proximité physique et culturelle de l'agent potentiellement orientateur avec le jeune sera grande, autrement dit plus grande sera la confiance, et plus longue sera l'évocation d'une hypothèse psychiatrique. Il existe en effet une tolérance différentielle selon le milieu où émergent les troubles et le type de troubles concernés. Cela renvoie au statut de la personne et aux attentes de rôle qui y sont associés dans un cadre donné. Surtout, l'éloignement culturel de la personne vis-à-vis du patient semble induire plus facilement une lecture psychiatrique des comportements. Ainsi, dans le cadre de la très grande proximité culturelle qui existe entre Jeanne et son amie, l'écart à la norme n'est pas pathologisé, contrairement aux parents qui identifient comme troubles précurseurs l'engagement dans des modes de vie à la marge.

4- Conclusion

Les récits croisés des trajectoires des jeunes préalables à leur premier contact avec la psychiatrie font apparaître de multiples difficultés, plus ou moins anciennes, plus ou moins cumulatives, dans leurs parcours d'autonomisation dans les différents cadres intégrateurs que sont la famille, l'école, les pairs... Et ces difficultés ont été exacerbées au moment du « grand saut », celui de la fin de l'adolescence et de l'âge d'entrée dans la vie « adulte ». Bien sûr, il est délicat de statuer ici sur une éventuelle relation de causalité entre ces obstacles rencontrés sur la route de l'autonomie et les troubles identifiés. « Grandir » n'est-il pas un processus à hauts risques ? Mais force nous a été de constater ces mentions, par ailleurs mises en avant par les jeunes comme la toile de fond de leurs difficultés.

L'incertitude persiste au moment du premier recours à la psychiatrie. L'identification de 3 types de premiers recours montre la diversité des modalités d'orientation et l'aléatoire qui les marque. Car y compris dans les cas de troubles majeurs de la perception, on est loin d'un parcours « fléché » où l'identification du « quelque chose ne va pas » irait de soi. Davantage que les signes de troubles, on voit ici que c'est l'environnement social qui va décider des modalités du premier recours. Plus précisément, l'analyse des configurations relationnelles autour de Jeanne montre le lien entre proximité socioculturelle et identification de troubles comportementaux.

Cette analyse impose d'analyser le rôle des parents dans le premier recours à la psychiatrie. Il apparaît que leur rôle est décisif. Dans le type I, ce sont eux les principaux orientateurs et accompagnateurs du recours, alors même que les jeunes ne sont pas persuadés du bien-fondé de cette démarche. Dans le type II, s'ils sont beaucoup moins souvent orientateurs, ils restent accompagnateurs des recours en urgence. Et dans le type III, celui sur lequel nous nous sommes penché plus en détail, s'ils ne sont ni orientateurs, ni accompagnateurs du premier recours à la psychiatrie, c'est leur retour en scène ultérieur qui seul initiera l'entrée des jeunes dans un suivi en psychiatrie perçu comme plus positif. On le voit, la place des parents est prépondérante, à tel point que même des jeunes s'étant engagé avec intérêt, sinon avec conviction, dans un parcours psychiatrique (type III) n'y ont pas trouvé de réponse à leurs tourments avant que leurs parents

ne s'y engagent à leurs côtés. Ce constat permet d'ores et déjà de présager des tensions autour du suivi ultérieur des jeunes.

On peut se demander comment rendre compte de ce caractère apparemment incontournable des parents dans les relations entre les jeunes et la psychiatrie. Comment interpréter cette incontournable triade ? On peut formuler plusieurs hypothèses. Du point de vue des jeunes, on peut penser qu'ils auraient besoin de l'investissement à leurs côtés de leurs parents pour s'engager dans un parcours psychiatrique hérissé de difficultés. Mais cette hypothèse est déjà contredite par le profil des jeunes du type I qui n'ont rien demandé à personne avant de se retrouver devant un « psy »... Du point de vue des parents, on peut faire l'hypothèse que leur appui à la psychiatrie permet de faire valider socialement leurs constats d'écart à la norme de leurs enfants, tout en recherchant un transfert ou un partage de leurs responsabilités lorsqu'ils présagent de mise en danger d'eux-mêmes, de leur entourage ou de l'ordre public. Il faut rappeler ici la tendance sociétale à une plus grande mise en responsabilité des parents sur le devenir de leurs enfants. Le système psychiatrique apparaîtrait ainsi comme un allié pour alléger ce poids de la responsabilité. Enfin, du point de vue du système psychiatrique, on peut émettre l'hypothèse que, contrairement au principe du colloque singulier propre à la pratique médicale, la participation des parents est indispensable au fonctionnement de la relation psychiatrique. Sans eux, le travail psychiatrique tournerait à vide car ce sont les témoins historiques des comportements de leurs enfants et donc seuls aptes à valider le cumul des écarts à la norme anciens, nouveaux et à venir, ainsi que les plus « outillés » pour persuader leurs enfants de s'inscrire dans les suivis proposés. Il s'agit ici uniquement d'énoncer des hypothèses. Mais le chapitre suivant montre ces tensions entre parents et professionnels à propos de ce qui relève l'accompagnement dans un parcours de soins psychiatriques.

CHAPITRE III - LE TEMPS DE LA PSYCHIATRIE

1- Etudier l'inscription dans le travail psychiatrique

Nous venons de voir, dans le chapitre précédent, comment les jeunes rencontrés ont connu un premier recours psychiatrique. La situation de possible déclassement social, notamment sur le plan des insertions professionnelles, et l'inscription dans des sociabilités plutôt marginales et/ou d'isolement, qui se dessinait à l'issue du chapitre II, n'a pu que se renforcer. Dans ce chapitre, il s'agit de voir quels rapports s'instaurent avec la psychiatrie, pour les jeunes et pour leur entourage.

Si l'on se réfère au modèle de prise en charge en psychiatrie, on se trouve dans un moment où c'est l'instauration d'un suivi qui est en jeu. Dans une telle logique, on est amené à se demander ce qui fait qu'après un premier contact, le jeune reste en lien avec les intervenants psychiatriques de son premier segment de soin, les abandonne, ou encore, y revient ou en change.

Pour les jeunes rencontrés, nous verrons que cette attente des professionnels, l'engagement dans un suivi, n'est jamais véritablement atteinte, ce qui remet en question la notion même de « suivi ». Les trajectoires des jeunes, rarement linéaires, sont marquées par différentes ruptures. L'entrée en psychiatrie ne constitue donc pas le début d'une carrière de malade mental au sens où l'entendait Goffman. Si l'on reprend les notions développées par Albert Ogien (1989), il s'agit plutôt de la constitution d'une nouvelle ligne biographique, qui coexiste et interagit avec d'autres lignes biographiques qui renvoient aux autres inscriptions sociales de la personne.

Cette ligne biographique se forme autour des interactions qui prennent place dans le cadre psychiatrique. On peut considérer que ces interactions se négocient et constituent ainsi le travail psychiatrique (Velpry, 2005). Interviennent dans ces négociations les contraintes et ressources, mais aussi des avantages et inconvénients qui y sont associés par les différents acteurs en présence, comme l'a montré Lydwin Verhaegen (1985). Ce sont les différentes formes de participation au travail psychiatrique des jeunes et de leur entourage qu'il s'agit de décrire dans ce chapitre.

Les enjeux thérapeutiques des transactions

Une fois le premier contact établi, le travail psychiatrique se négocie autour de plusieurs objets de transaction qui impliquent les professionnels de la psychiatrie, les jeunes, ainsi que les membres de l'entourage, et notamment les orienteurs et accompagnateurs initiaux, tels que la famille. Ces objets de transaction constituent les composantes du travail psychiatrique, dont les enjeux sont à la fois thérapeutique et diagnostique : parler, prendre des médicaments, faire des tests, et s'inscrire dans une dimension temporelle.

Le travail thérapeutique se négocie en diverses modalités selon les accords fixés autour de ces objets de transaction, accords qui reposent parfois sur des décalages, des attentes différentielles selon les acteurs en présence. Nous essayerons de montrer comment se négocient des équilibres

que chacun peut considérer comme acceptable. Pour le jeune et pour sa famille, l'établissement de ces relations négociées suppose aussi l'apprentissage progressif des règles en usage dans l'institution psychiatrique. Notons que par construction du corpus, les personnes rencontrées sont toujours en situation d'établir des contacts avec la psychiatrie, et se trouvent au début de leur apprentissage.

Dans les propos des personnes rencontrées, deux cadres d'interaction différenciés se dégagent au sein de l'institution psychiatrique : le cadre des hospitalisations et celui des consultations. Le premier est marqué par la rupture d'avec les cadres d'insertion habituels des jeunes, tandis que le second s'inscrit dans un engagement dans une continuité des soins, et maintient le lien avec ces cadres.

Alliances et incertitudes

Dans cette période qui suit le premier recours, le contexte d'incertitude joue un rôle très important, aussi bien pour le jeune que pour son entourage, mais de façon différente. Cette incertitude porte sur différents éléments :

- Sur *ce qui se passe*, c'est-à-dire sur la définition de la situation, qu'un diagnostic ait été énoncé ou non. Se pose alors un véritable dilemme pour les parents, qui soit manquent des outils diagnostics pour répondre à cette question, tout en craignant d'envisager le pire étant donné la situation, soit ont un diagnostic au pronostic catastrophique ou inquiétant.
- Sur *la façon de résoudre la situation*, c'est-à-dire la nature des solutions envisagées, parmi lesquelles se trouvent notamment, mais non exclusivement, celles offertes par la psychiatrie.
- Sur *l'évolution de la situation* et notamment les possibilités d'émancipation des jeunes. Les difficultés des jeunes à gérer de manière satisfaisante leurs inscriptions sociales, notamment sur le plan professionnel, ont dans un premier temps, remis en question leurs aspirations personnelles, mais aussi celles de leur famille. La persistance de ces difficultés sur le long terme, avec la dépendance vis-à-vis de la famille, et l'incapacité à s'investir dans un cadre ou dans un autre, contribue donc à alimenter l'incertitude sur l'évolution de la situation dans un sens favorable à l'acquisition de l'autonomie nécessaire à l'entrée dans l'âge adulte, tant sur le plan professionnel qu'affectif et familial. Par exemple, Sébastien, qui n'a pas de travail, a perdu ses liens de sociabilité, et n'est pas impliqué dans le foyer familial, contribue à l'inquiétude de la maman, jusqu'à ce qu'un psychiatre lui dise : « *il n'aura pas de vie professionnelle, ni de vie familiale* », en énonçant un diagnostic, qui ne fait qu'accroître son incertitude. L'insertion dans les cadres sociaux n'apparaît alors plus comme le fait d'un choix, mais d'une fatalité. Autrement dit, soit on considère son enfant comme malade et l'on renonce ainsi aux horizons d'attentes forgés au cours des années pour son enfant, soit c'est le refus d'envisager la maladie et la lutte pour trouver des solutions. Dans ce contexte, il s'agit d'incertitudes sur les registres d'interprétation des comportements. On en trouve un exemple lorsque les parents ne savent pas s'ils doivent interpréter les comportements comme de la paresse ou le fait de la maladie. Il en est de même dans le discours des patients eux-mêmes.

Tout cela met finalement en jeu la question de la reconnaissance du statut de malade, mais également du caractère aigu ou chronique de la maladie. La maladie chronique, en effet, a la particularité de provoquer une rupture biographique, comme l'a montré Michael Bury (1982). On peut se demander dans quelle mesure l'existence, par la suite, d'opportunités, de réussites et

d'échecs dans les autres cadres d'inscription sociale (voir tableau, annexe 5) influe sur le type de recours que constitue la psychiatrie.

Ces éléments renvoient donc au conditionnel de la maladie : la question de la maladie est orientée vers le futur et les acteurs cherchent à savoir ce qu'il va se passer en tentant d'en maîtriser le cours. On peut alors se demander quelles sont les implications de l'adoption du registre psychiatrique, et comment cette adoption interagit avec les perturbations apparaissant dans les différents cadres et leur évolution.

Dans un premier temps, nous examinerons comment se négocie l'inscription dans le travail psychiatrique au sein des deux cadres identifiés, celui de l'hospitalisation et celui de la consultation. Ensuite, nous nous pencherons sur la place des parents dans ces cadres. En effet, la famille se révèle tenir une place centrale. Goffman (1973) a analysé, à propos de l'internement en hôpital psychiatrique la façon dont la collusion entre des professionnels de la psychiatrie et des proches du futur interné renforçait le refus de la démarche par ce dernier, lié au sentiment d'avoir été trahi. Il apparaît dans les entretiens que ces situations dépassent le cadre de l'hospitalisation sous contrainte et concernent aussi les différentes formes de travail psychiatrique. Les relations entre les différents acteurs en lien avec la psychiatrie mais hors de ce cadre joue donc un rôle tout aussi déterminant par la suite. Ces relations, entre conflits et coopérations, en fonction des ressources et contraintes propres au milieu familial, peuvent être décrites comme des alliances, dans la mesure où différents acteurs tentent de contracter un engagement réciproque.

2- Les différentes formes de négociation des jeunes dans le travail psychiatrique

Deux cadres apparaissent dans les propos des jeunes rencontrés, qui définissent des modalités distinctes de travail psychiatrique : celui de l'hospitalisation et celui des consultations. Cette ligne de démarcation est liée à l'existence d'une rupture avec les cadres d'insertion des jeunes dans le milieu ordinaire, mais aussi à la dimension de contrainte qui leur est associée. Nous allons donc examiner successivement les formes de négociation du jeune autour du travail psychiatrique dans ces deux cadres.

L'hospitalisation

La moitié des jeunes rencontrés a connu, à un moment donné, une hospitalisation en psychiatrie. Elle a pu intervenir dans les premiers temps de la démarche vers la psychiatrie, en situation d'urgence et de crise (Marcel, Jean-Baptiste, Sébastien), ou pour effectuer une évaluation par des examens et des tests (Charles, Jeanne) ; mais aussi, suite à une première prise en charge, après une rupture de soins (Arnaud, Yaku) ou dans une période de crise (Jérôme, Sarah, Arnaud, Benjamin). L'hospitalisation apparaît, dans notre corpus, fortement liée à l'orientation par un tiers, contre le gré du jeune, par la force, mais aussi par la ruse. Dans certains cas, toutefois, l'initiative vient du jeune, qui recherche alors une protection de la part de l'institution psychiatrique. L'initiative de l'hospitalisation ne vient d'ailleurs pas toujours de l'entourage proche et que ce dernier peut s'opposer à cette procédure. Ainsi, le père de Yaku a dans un premier temps refusé l'internement de son fils à Ste Anne, de peur qu'il ne soit, en quelque sorte, contaminé par la folie des autres reclus.

Comment se déroule l'hospitalisation et la suite des rapports à la psychiatrie, en fonction notamment de la façon dont les jeunes y sont arrivés ? Comment les jeunes s'adaptent-ils au cadre de l'hospitalisation ? Sur quoi porte la négociation du travail psychiatrique, et quels sont les enjeux et les marges d'action pour les jeunes concernés, d'après ce qu'ils en disent ?

Enfermement, contrainte et socialisation

L'hospitalisation induit une rupture spatiale et temporelle des inscriptions sociales habituelles des jeunes. C'est cette dimension, avec celle d'une perception de contrainte et de contrôle, qui distingue fondamentalement le cadre des hospitalisations de celui des consultations. Cette perception ne dépend pas nécessairement du statut juridique, libre ou sous contrainte, de l'hospitalisation. En effet, les patients hospitalisés librement, s'ils peuvent théoriquement négocier leur sortie, sont cependant tributaires de l'avis du personnel psychiatrique, qui pourra transformer le statut juridique de l'hospitalisation s'il l'estime nécessaire. Les hospitalisations sous contrainte, quant à elles, laissent les jeunes tributaires de la décision du personnel soignant.

L'enfermement

Que les jeunes y consentent ou pas initialement, la réclusion leur apparaît bien souvent intolérable. Les hospitalisations sous contrainte concernent des jeunes qui n'adhèrent pas ou peu à la démarche vers la psychiatrie, d'où leur refus de l'internement qui persiste sur les lieux de l'hospitalisation. Ce refus de l'internement se manifeste alors de différente manière : tentatives d'évasion pour échapper à l'enfermement, violences pour montrer sa désapprobation en l'absence de négociation possible, et parfois même violence envers eux-mêmes.

Pour les jeunes hospitalisés librement, l'enfermement est accepté avec des attentes précises. Or celles-ci peuvent être déçues. Ainsi en est-il pour Sarah qui souhaitait être hospitalisée pour échapper aux voix qui la persécutaient. Celle-ci percevait, en effet, l'hospitalisation comme un rempart à ses hallucinations, ce qui n'a pas été le cas. Sarah a alors voulu mettre fin à une hospitalisation qui lui paraissait inutile tout en la forçant à vivre dans un cadre peu familier. De son côté, Benjamin souffrant de phobie sociale, n'a pu supporter l'enfermement dans un cadre lui imposant par ailleurs la présence de jeunes, sans complexes relationnels, d'où la fin de son hospitalisation libre, avec éclats. Dans le cas de Sarah, l'hospitalisation a été malgré tout prolongée, tandis que dans le cas de Benjamin, celle-ci a pris fin immédiatement. On voit donc que dans le cadre des hospitalisations, la contrainte est une menace permanente, même pour ceux qui n'y sont pas soumis au premier abord, puisqu'elle relève d'une décision unilatérale des intervenants psychiatriques, sur laquelle les patients n'ont pas prise. Ainsi, même orientés de leur propre gré, les patients hospitalisés peuvent se révolter contre l'institution qui les maintient enfermés.

Notons toutefois que certains patients hospitalisés librement trouvent leur place dans ce cadre. Tel est le cas d'Arnaud qui cherche ainsi à éviter la condition de SDF. Tel est aussi le cas de Charles qui se soumet docilement aux examens afin de savoir ce dont il souffre et pouvoir agir par la suite.

Le sentiment de contrôle du regard psychiatrique

Du fait de l'obligation à rester sur place, les patients ressentent avec d'autant plus de force l'intrusion du regard psychiatrique dans leurs gestes et leur parole. Sébastien se refuse ainsi à

l'intrusion de la psychiatrie dans sa vie privée au cours des entretiens avec les intervenants psychiatriques, qui implique une remise en cause de sa position revendiquée de non-malade.

Il en est de même pour Marcel qui, lui, évoque le sentiment d'incompréhension auquel il s'est trouvé confronté lors de son hospitalisation. Les injonctions à être gentil avec ses parents, à suivre telles études, à arrêter d'écrire des poèmes, lui sont apparues comme un déni de sa réalité et de son point de vue. Parler lui est alors apparu inutile, d'où une rupture de la communication qui culmine avec l'expression par l'intermédiaire de poèmes qui lui servent alors d'exutoire à sa souffrance. Marcel, en outre, évoque le sentiment d'être observé et évalué en permanence qui selon lui l'a maintenu pendant quelque temps dans son délire de persécution. La psychiatrie lui apparaît alors comme une discipline totalitaire qui décompose chacune des attitudes des internés en un élément signifiant et symptomatique. L'apprentissage du langage psychiatrique lui a d'ailleurs permis de tenir compte des éléments signifiants nécessaire pour favoriser sa sortie, puisque Marcel a ensuite tenté de se conformer aux normes de comportement attendus par les professionnels afin de pouvoir mettre un terme à son hospitalisation.

Il faut noter que les débuts de l'hospitalisation aboutissent pour certains à une accentuation des délires de persécution. On l'a vu pour Marcel qui se sent menacé au sein de l'hôpital, mais c'est aussi le cas de Jean-Baptiste qui est persuadé que la piqûre qu'on cherche à lui administrer vise à le tuer. Ceci nous invite à nous pencher sur les prescriptions médicamenteuses.

Les prescriptions médicamenteuses dans le cadre de l'hôpital

Les jeunes ayant été hospitalisés évoquent des prescriptions médicamenteuses importantes, qui les abrutissent au point de parfois ne plus se souvenir des premiers temps de l'hospitalisation. Ainsi, Marcel ne prend conscience de sa présence à l'hôpital psychiatrique que 15 jours après y avoir été admis, période dont il n'a aucun souvenir, ce qu'il associe à la prise importante de médicaments. Les effets désagréables de ces prescriptions conduisent certains à les assimiler à un supplice, ou encore à y voir une ruse des psychiatres. La compliance médicamenteuse peut, là encore, être liée aux apprentissages dans ce cadre. Pour Marcel, la vue d'une personne forcée à prendre les médicaments a suffi à le faire accepter le traitement.

L'apprentissage des règles de conduite

Tout au long des hospitalisations, les autres internés jouent un rôle important dans les apprentissages des jeunes et participent à leur socialisation dans le cadre de l'institution psychiatrique, notamment par l'image qu'ils renvoient du jeune à lui-même, en tant que patient. Ils peuvent ainsi apparaître comme conseillers, modèles, miroirs repoussants, ou compagnon d'infortune...

Les apprentissages au cours de l'hospitalisation se font en partie par les conseils que leur prodiguent ces autres internés. Tel est le cas d'Arnaud qui s'est vu conseiller par une autre pensionnaire de ne pas prendre ses médicaments. Cette complicité ponctuelle va parfois jusqu'à la camaraderie et peut se structurer autour d'une résistance à l'autorité psychiatrique. L'observation des situations par le jeune dans ce cadre joue aussi un rôle important. C'est en examinant les relations des autres avec le personnel psychiatrique que les patients font l'apprentissage des attitudes à adopter ou ne pas adopter.

Tout cela conduit les jeunes à s'identifier ou à se distinguer de ces autres internés. Ces autres internés apparaissent alors, selon les conditions d'hospitalisation, comme d'autres victimes d'une situation d'internement injustifiée, ou encore comme des personnes marginales ou étranges auxquelles ils ne veulent pas être assimilés. Elles peuvent aussi aider à la prise de conscience de l'existence d'un délire, par la confrontation. Parfois les jeunes considèrent leur cas comme plus grave. Ainsi Benjamin, hospitalisé avec des jeunes présentant selon lui des cas moins graves, puisque capables de sociabilité, ce qui était intolérable à ses yeux.

Se conformer

L'adaptation au cadre des hospitalisations prend donc différentes formes tout au long de l'internement. Les formes du refus de l'hospitalisation évoluent progressivement, en lien notamment avec l'évolution des hallucinations et délires. On observe ainsi dans un premier temps des attitudes de violence ou de fuite. Pour ceux qui ne peuvent déjouer la contrainte de l'internement, on observe progressivement une résignation au sort qui leur est impartit dans une attitude de coopération de façade avec les psychiatres. Cette coopération de façade peut devenir progressivement une coopération réelle avec la reconnaissance des effets des médicaments, par exemple. Qu'elle soit feinte ou sincère, cette coopération consiste dans tous les cas à adopter des conduites conformes. Comment se passe le retour dans le milieu ordinaire, à la reprise des inscriptions sociales ?

Les suites de l'hospitalisation : l'aboutissement de la mise en conformité

A la sortie de l'hôpital, les jeunes rencontrés retrouvent majoritairement leur entourage familial qui n'a pas rompu les contacts avec eux, mis à part Arnaud, qui était en rupture familiale depuis près d'un an avec son père, tout en restant en contact distant avec sa soeur.

« Je ne sais pas si j'aurais dû connaître ça... » (Charles)

Pour certains, l'hospitalisation n'a pas modifié fondamentalement leur état ni leurs insertions. Tel est le cas de Jeanne, dont le séjour a été trop court pour permettre une réelle évolution – celui-ci n'a duré qu'une nuit – ou encore de Charles, hospitalisé pendant une semaine, en vue d'un bilan, sans être mis sous traitement.

Ce séjour, aussi court soit-il, n'est cependant pas sans conséquences pour ces jeunes, surtout lorsqu'il s'agit d'une de leurs premières orientations vers la psychiatrie. Il apparaît alors comme un détour marquant qui leur a fait frôler de près ce qu'ils perçoivent comme le monde de la folie avec toutes les peurs qu'ils lui associent. Cette étape est alors marquante à leurs yeux car elle les rend discréditables, pour reprendre un terme utilisé par Goffman (1977). Marcel en témoigne lorsqu'il évoque son sentiment lors de l'hospitalisation de « *ne pas être fait pour la société* », « *d'être sale, un rebut de la société* » à tel point qu'il aurait préféré qu'on le raisonne pour ne pas le faire passer par cette étape stigmatisante.

L'amélioration de l'état et des inscriptions sociales : une ambivalence persistante ?

Comme nous l'avons vu, pour plusieurs jeunes, hospitalisés pendant une longue période, délires et hallucinations ont persisté tout au long de l'hospitalisation : Jean-Baptiste qui se prend pour Dieu au cours de l'hospitalisation, Sarah qui ne cesse d'être persécutée par des voix, Marcel qui se

sent traqué, etc... La remise en question de ces délires par le personnel soignant, dans un premier temps, n'atteint pas ses objectifs, mais conduit plutôt les jeunes à se méfier de ce tiers qui ne semble pas les comprendre. La confrontation avec les délires et hallucinations des autres internés, amènent cependant certains à réinterroger leurs représentations, comme Yaku qui semble remettre en question le sentiment d'être Bouddha à la vue d'autres internés se prenant pour Dieu. Progressivement, comme nous l'avons vu, les patients adoptent une attitude plus conformes aux attentes du personnel psychiatrique, soit que le délire ait disparu, soit que les jeunes se conforment aux attentes des psychiatres, nécessaires pour sortir.

A leur retour dans le milieu ordinaire, les jeunes maintiennent cette attitude conforme entamée dans le cadre psychiatrique, par la confrontation de leur discours à celui de leur entourage qui les invite à voir les choses autrement. Ainsi le père de Sarah tente de la convaincre qu'elle souffre d'hallucinations et que c'est elle qui se torture elle-même. L'oncle de Yaku discute avec lui de la religion. La sœur de Marcel lui martèle qu'il n'a pas fait de film, comme il semble en être convaincu... Mais ces sujets ne sont pas l'objet de conflits comme cela pouvait être le cas auparavant, avant l'internement. Sur certains points, les jeunes ont d'ailleurs remis en question leur état avant l'hospitalisation : Jean-Baptiste remet en question le sentiment d'avoir été trompé par son amie de l'époque, Marcel remet en question ses prétentions artistiques démesurées, pense avoir été trop loin dans le conflit qui l'oppose à son père et décide d'arrêter l'écriture. Toutefois, le discours reste parfois ambivalent. Marcel revient ainsi sur certains points de son délire, affirmant que certains éléments pouvaient être réel. Yaku tient un discours ambivalent sur Dieu. Sarah s'oppose à la vision que son père a de ses hallucinations persistantes, qui ne cesse de lui répéter qu'elles proviennent de son imagination. Tout se passe donc comme si ces jeunes souhaitaient se conformer à l'image que les autres attendent d'eux, cessant de chercher à convaincre leur entourage de la réalité de leur expérience.

Cette attitude leur permet une réinsertion moins conflictuelle dans le cadre familial. Notons que ce cadre apparaît alors comme le seul cadre d'intégration possible pour ces jeunes en rupture dans leurs insertions sociales. Cela rend d'autant plus fort l'enjeu d'y rester et celui d'être à nouveau hospitalisé. Ainsi Yaku s'est présenté à nous comme un jeune homme très soucieux de l'harmonie familiale. Cela contraste avec l'attitude conflictuelle et rebelle dont il pouvait faire preuve auparavant, rentrant tard, et refusant d'écouter son père. Sarah, de son côté, selon les propos de son père, semble craindre d'être mise à la porte si elle ne se conforme pas aux attitudes exigées par ses parents. Ce dont témoigne en quelque sorte ses propos quand elle affirme ne pas comprendre pourquoi ses parents lui reprochent son état, rapportant tous les problèmes à sa maladie, alors même qu'elle garde en permanence pour elle la souffrance associée à ses hallucinations.

Abandon ou reprise en consultation ?

Cet intérêt à être conforme en dissimulant les délires et hallucinations et en évitant les conflits se retrouve dans la façon dont les jeunes que nous avons rencontrés s'inscrivent dans un suivi suite à l'hospitalisation. On peut se demander dans quelle mesure ce choix est lié à l'intérêt d'agir conformément aux attentes de l'entourage familial, avec les enjeux forts du logement notamment, et de la sauvegarde de liens nécessaires à la stabilité de ces jeunes malgré leur marginalisation par les troubles,, comme nous venons de le voir avec Sarah. Ainsi, pour Arnaud, de son suivi régulier en psychiatrie dépend son inscription en foyer de post-cure.

Dans tous les cas, la reprise d'un suivi régulier semble être plus motivée par le souci des jeunes de conserver leurs attaches que par la compliance, comme en témoignent les propos de Jean-Baptiste peu favorables au suivi. Mais qu'en est-il alors de l'inscription dans les cadres de consultation ? C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante, concernant ce cadre.

Le cadre des consultations : négociations et apprentissages

Un cadre où la négociation a plus de place

Le cadre de la consultation est caractérisé par une certaine ouverture, et l'inscription dans une continuité pour les patients. Ce qui le distingue notamment du cadre des hospitalisations, c'est l'absence de contrainte formelle, juridique notamment. La contrainte peut tout de même exister, avec l'obligation de soins. Tel est le cas de Sébastien, qui doit suite à un délit – ce dernier a attaqué, sans trop savoir pourquoi, une gendarmerie et a blessé un officier –, être suivi en psychiatrie, sous peine d'être incarcéré à nouveau. Majeur et conscient de l'être, celui-ci refusait jusqu'alors de revenir vers une prise en charge psychiatrique. Les efforts de sa mère pour qu'il soit suivi n'y faisaient rien³². Cependant, des situations comme celle de Sébastien restent rares, tout au moins dans notre corpus. On peut donc se demander ce qui fait que le jeune retourne dans un cadre de consultation après y avoir été orienté, qu'il en change ou qu'il l'abandonne. Peut-on parler pour certains d'un engagement dans le rôle de patient si les consultations sont suivies ?

La négociation dans le cadre de la consultation s'effectue autour de différents objets de transaction. Dans les termes des patients, cinq éléments nous sont apparus comme les fondements du travail psychiatrique : accepter le travail par la parole, accepter de faire des tests, prendre les médicaments, envisager des formes d'inscription sociale et s'inscrire dans un suivi.

Les transactions autour de la parole

Le travail autour de la parole concerne ce qui est dit de la situation du jeune et ce qui en est entendu, dans le cadre de sa prise en charge psychiatrique, par le jeune et/ou par les intervenants psychiatriques. Cette parole apparaît comme nécessaire et fondamentale dans le travail psychiatrique, où elle revêt deux dimensions : une dimension diagnostique et une dimension thérapeutique. Quelle que soit l'orientation du thérapeute, elle vise à la résolution de la situation, par la prescription de médicaments ou bien d'analyse de la situation et de conseils. Les transactions autour de la parole font donc intervenir la parole du jeune et l'écoute de l'intervenant, mais aussi la parole de ce dernier et l'écoute du jeune.

Suite au premier contact avec la psychiatrie, les transactions autour de la parole interviennent dans différents cadres de consultations selon les parcours des jeunes rencontrés : dans le public (CMP) ou en libéral, auprès d'un intervenant, psychiatre, parfois d'un psychologue ou d'un psychanalyste. Nous allons donc essayer de comprendre ce qui se joue dans ces transactions autour de la parole et voir comment cela influe sur les formes du travail du jeune avec la psychiatrie.

³² Nous reviendrons, par la suite, sur les rapports entre les parents et l'institution psychiatrique, car, en effet, la famille est dans bien des cas, investie dans la prise en charge. Ceci pose donc la question de la contrainte exercée par cette dernière.

Le refus de parler : une attitude de contestation vis-à-vis du travail psychiatrique qui finit par se lever

Dans les premiers temps de la prise en charge, on observe chez certains jeunes, un refus délibéré de parler. Ce refus concerne surtout les jeunes du type 1 orientés contre leur gré vers la psychiatrie, notamment par la ruse de leur entourage, comme pour Jeanne et les jeunes du type 2, pour qui la phase préalable d'hospitalisation n'a pas abouti à une attitude plus conforme, comme pour Sébastien. Ainsi, Sébastien justifie la persistance de son mutisme par le fait qu'il avait été attaché à l'hôpital. Cette contestation est donc fortement liée au sentiment de contrainte, notamment celle exercée par l'entourage familial pour amener les jeunes à consulter. Il ne faut pas oublier, en effet, que les enquêtés ne sont pas les plus en rupture de soins car la famille joue un rôle central dans la prise en charge. Ces patients se refusent donc, dans un premier temps, à entrer dans la définition de leur situation que la psychiatrie et leur entourage leur renvoie. Ainsi, Jeanne évoque pour rendre compte de son attitude un sentiment de supériorité tandis que Sébastien fait référence à l'espoir de voir les choses passer toutes seules, sans l'aide de personne.

Pour les jeunes rencontrés, cette attitude contestataire finit à un moment ou à un autre de leurs trajectoires, par se dissiper. Le sentiment de pouvoir faire valoir son point de vue et d'avoir une relative liberté d'expression joue un rôle important, malgré le mode d'orientation initial. La psychiatrie renvoie à certains la peur de ne pas être cru. Pour Cédric, orienté vers la psychiatrie par ses parents, l'attitude du psychiatre du CMP, qui tenait compte du point de vue de ses parents, aussi bien que du sien, l'a conduit à une attitude plus ouverte. Pour d'autres, le fait de revenir consulter régulièrement en psychiatrie les amène à progressivement à parler. Tel est le cas de Sébastien, qui sans doute, sous l'effet de la contrainte, liée à l'obligation de soins, en vient à s'exprimer, puisqu'il n'a « plus rien à perdre ». Ce sont parfois les médicaments qui dénouent la situation. La perception et la reconnaissance d'effets positifs par le patient, du fait notamment de l'amélioration de son état (moins d'hallucinations, etc...), conduisent à libérer sa parole, par l'évolution de la définition de la situation, notamment de l'intervention psychiatrique, perçue plus positivement. Ainsi Jeanne, percevait les effets du traitement, a pu finalement s'engager dans une prise en charge où la parole a une place importante.

Tous les enquêtés ne sont pas dans une posture de refus à l'égard de la parole. Dans le type 1, certains patients adhèrent à la démarche et ne sont donc pas complètement réfractaires au travail psychiatrique, même si cela se fait dans la résignation. Pour les jeunes du type 2, le fait d'être passé par l'hôpital aboutit, comme nous l'avons vu, à une mise en conformité de l'attitude, qui amène donc les patients à accepter un travail par la parole. Enfin, viennent les jeunes du type 3, qui sont venus d'eux-mêmes vers la psychiatrie et qui donc n'hésitent pas à échanger avec les psychiatres. Le fait que le jeune parle ne signifie pas pour autant qu'il entre entièrement dans la définition que la psychiatrie se fait de lui et de sa situation, mais qu'il envisage la possibilité d'échanger son point de vue et de le faire valoir, comme nous avons pu le voir pour Cédric. Il convient donc d'envisager les transactions autour de la parole en termes de degré d'ouverture à cette dimension du travail psychiatrique. Se pose alors la question de ce les jeunes en attendent. On observe schématiquement les postures suivantes : la parole orientée explicitement vers l'action (pour agir et trouver des solutions), la parole orientée vers la compréhension de la situation par soi et/ou par les autres, la parole comme revendication de son point de vue. Ces postures peuvent se cumuler et sont influencées par l'incertitude concernant l'évolution de la situation et les moments de la prise en charge. Sandra, par exemple, qui souffre d'hallucinations, attend de la parole une compréhension de son cas qui lui permettra à la fois d'être comprise et

d'avoir des solutions. De son côté, Jeanne, suite à l'amélioration de son état, attend surtout une compréhension de ce qui s'est passé dans l'anticipation de nouvelles crises. On voit par ces deux exemples qu'ici les attentes autour de l'échange ne se distinguent pas en termes d'orientation vers l'action, mais en termes de rapport au temps. Sandra ressent une urgence à résoudre la situation tandis que Jeanne s'inscrit dans une démarche au long cours qui intègre la chronicité de ce qu'elle considère être son trouble. L'approche vis-à-vis de la parole évolue donc au cours de la prise en charge, comme en témoigne Benjamin, qui progressivement face à ses troubles est passé de la recherche de la « solution miracle » à la prise de conscience de la nécessité de parler pour avancer. Il semble donc que l'absence de solution dans les autres cadres amène progressivement d'une démarche de résolution rapide des difficultés vers une recherche plus centrée sur la parole, dans un rapport ambivalent toutefois comme nous allons le voir car cette évolution n'est pas linéaire. L'engagement dans un travail à ce niveau repose sur un équilibre précaire que les différentes approches thérapeutiques ont du mal à réguler.

Le travail autour de la parole : un équilibre fragile

Le travail par la parole génère, selon les cadres de consultations, un équilibre fragile, constamment remis en question, sans pour autant nécessairement impliquer l'abandon de la démarche. Cet équilibre concerne les échanges et le contenu de ces échanges, entre parole/écoute/conseils/réponses.

Pour les jeunes, comme nous avons pu le voir, l'une des premières attentes est la recherche de considération, nécessaire, selon eux, à l'amélioration de leur état et de leur situation. Les jeunes sont donc très sensibles aux éléments qui indiquent l'attention, la disponibilité de leur interlocuteur, mais aussi sa neutralité et sa compréhension. Tout cela est concentré dans les propos de les enquêtés dans la notion de « *feeling* ». Les regards qui semblent s'échapper de la conversation, les questions fermées, sans lien apparent avec les propos du jeune, sont autant d'éléments qui déstabilisent ce dernier et le conduisent à douter de la qualité de son interlocuteur. Certains cadres de consultations semblent moins propices à la confiance. Tel est le cas du CMP qui ne semble pas faciliter le sentiment de considération, comme en témoigne les propos de Sandra et de Jean-Baptiste, qui tous deux ont confié aux enquêtrices la différence entre l'entretien qui leur était proposé lors de l'étude sociologique, celui d'une consultation ordinaire au CMP. Cette consultation, souvent de courte durée, ne permet pas aux jeunes de s'exprimer comme ils le souhaiteraient et donc d'avoir le sentiment de progresser par cette démarche. Elle apparaît donc principalement comme une procédure aboutissant au renouvellement de l'ordonnance en fonction de ce qui est dit au cours de l'entretien. Cette situation conduit les jeunes, quand ils ne sont pas satisfaits, à trouver des solutions alternatives à l'aune de leur budget, car les consultations en libéral coûtent cher. Tel est le cas de Jérôme qui va de manière préventive à l'hôpital intercommunal de Montreuil pour parler ou encore de Sandra qui a envisagé à un moment donné de trouver un autre psychiatre. Pour y pallier, certains patients, comme Aurélie, Marcel, Jeanne, Jérôme, et Lucas, se sont engagés dans un suivi conjoint avec un psychiatre et un psychologue.

Mais l'écoute trop ouverte reste tout autant problématique car elle soulève d'autres difficultés. L'ouverture déboussole des jeunes en recherche d'orientation. Ainsi, Lucas, Sandra et Yaku se sont trouvés déstabilisés dans les premiers temps de leur prise en charge, ne sachant pas par quoi commencer, ou tout simplement que dire... Cette difficulté apparaît en partie liée à la peur de livrer son intimité et de l'intrusion et du contrôle qui pourrait en résulter. La difficulté à évoquer cette intimité pousse ainsi Jérôme à envisager une thérapie par l'hypnose afin de faire remonter

ses souvenirs relatifs à son enfance et à son père. Mais livrer certains éléments de son histoire revient aussi à en prendre conscience, ce qui peut s'avérer parfois assez douloureux. Denis dit ainsi :

« ils ont réussi à me faire rendre compte de ce que j'ai fait et c'est pas forcément la drogue le problème parce que je suis pas le père pour ça, quoi, mais c'est sur moi, c'est hallucinant comme ça me chamboule. »
(Denis)

Finalement le travail par la parole, de manière ouverte, peut aussi apparaître aux jeunes comme un dialogue stérile, à sens unique, qui ne leur apporte pas de réponse satisfaisante.

Les transactions autour de la parole constituent donc bien souvent un équilibre précaire qui cependant ne remet pas forcément en question la poursuite d'un suivi. Certains pourtant ont réussi à trouver - au moins ponctuellement - un point d'équilibre. Benjamin, par exemple, a trouvé en la psychologue du CMP de sa ville, une écoute neutre et compréhensive qui lui a permis de comprendre un certain nombre d'éléments sur son histoire et tout du moins de donner du sens à cette situation pénible et incertaine au quotidien, en l'absence de « solution miracle » et alors qu'il n'envisage pas d'être capable de fournir l'effort de dépasser ce qu'il nomme être sa phobie. Son positionnement à l'égard des transactions autour de la parole a donc évolué. Thomas lui aussi est satisfait des transactions autour de la parole car elles lui ont permis de trouver avec l'aide de son psychiatre des solutions qui lui correspondent, tout en tenant compte de son point de vue. Dans cette évolution des positions des jeunes vis-à-vis de la parole, on peut voir un effet de l'apprentissage des règles de participation au travail psychiatrique. Les jeunes ont appris à connaître de quelles transactions la parole était l'objet entre patients et professionnels, et ont pu s'y adapter en fonction de leurs attentes propres, et de leurs autres ressources.

Du test au diagnostic

Les transactions vis-à-vis des tests constituent en quelque sorte le prolongement des transactions autour de la parole. La démarche met en jeu les mêmes éléments : désir de savoir ce qui se passe, de trouver des solutions, mais aussi sentiment de trahison si l'hypothèse de pathologie psychiatrique est émise par ceux qui orientent sur les tests. Cédric et Lucas nous ont tous deux fait part de ce sentiment de trahison lorsque le psychiatre leur a proposé de faire les tests.

Le rapport à la psychiatrie est fortement lié à la définition de la situation en termes psychiatriques. Ainsi, le diagnostic, définition de la situation par l'expertise psychiatrique, peut être convoité par les jeunes car il donne un sentiment de maîtrise et de savoir ce qui se passe. C'est pourquoi certains jeunes s'intéressent de près au vocabulaire psychiatrique, comme Marcel, Jeanne ou Benjamin. Mais le diagnostic fait aussi peur car subsiste, en permanence, la peur d'être malade et notamment d'être gravement atteint. C'est pourquoi les jeunes sont très sensibles aux termes employés, craignant qu'un terme en cache un autre, plus inquiétant. Celui-ci est donc d'autant plus important qu'il détermine les solutions à apporter tout en indiquant le cours potentiel de la vie à venir des jeunes. En fonction du type de diagnostic apporté, et des possibilités d'ouverture qu'il offre, notamment en termes d'inscriptions sociales, celui-ci est plus ou moins bien accepté. Finalement, loin d'apporter des réponses, le diagnostic révèle des peurs, celle du conditionnel de la maladie en lien avec les horizons d'attente initiaux et les ouvertures pour les jeunes.

Les transactions autour des médicaments

Soulagement de l'état et effets secondaires

La prescription de médicaments par les psychiatres, si elle n'implique pas l'annonce d'un diagnostic, signifie cependant que l'état de la personne nécessite médication. Dans le rapport aux médicaments et donc aux transactions autour de cet objet, se joue, de ce fait, le rapport à la maladie et à l'état, perçu ou non comme pathologique.

Pour les jeunes en situations de crise et orientés vers la psychiatrie (Type 2), on observe dans les premiers temps, une réticence à prendre les médicaments, même si finalement ceux-ci sont pris sous l'influence de l'entourage jouant alors un rôle dans la prise en charge. (Sarah, Jeanne, Yaku, JB). Ceux des types 1 qui ont été orientés contre leur gré sont dans la même posture. Les autres types 1 et les types 3 sont, quant à eux, relativement plus ouverts à la prise de médicaments. Dans tous les cas, la perception, par la suite, d'effets positifs des médicaments, que ce soient les idées plus claires pour Charles, l'amélioration de l'état et la prise de conscience pour Jeanne, l'arrêt des hallucinations ou leur atténuations pour Aurélie et Marcel, joue en leur faveur, malgré les effets secondaires.

Par ailleurs, certains témoignent de l'échec des médicaments à améliorer leur état ou encore leur insertion sociale, ce qui rend d'autant plus intolérables les effets secondaires. Face à cet échec, certains évoquent les difficultés rencontrées, au psychiatre, qui parfois change le médicament, mais ce n'est pas toujours le cas. Certains continuent à prendre les médicaments dans l'espoir qu'ils fassent quelque chose, alors que ceux-ci sont perçus *a posteriori* comme peu efficace. D'autres, comme Sandra, préfèrent dissimuler leur absence de compliance, face à un psychiatre qui ne paraît pas prêt à changer de traitement, afin de ne pas remettre en question la démarche de soins.

La tentation et la perspective de l'arrêt : refus de la maladie et/ou anticipation de la chronicité

Cette attitude révèle le rapport ambivalent aux médicaments car si les accepter peut constituer un soulagement, c'est aussi une mise en cause de qui on est, de sa normalité, et de son autonomie à gérer ses perceptions et comportements. Pour Sandra, prendre des médicaments donne le sentiment d'être sous influence et de ne pouvoir gérer sa vie de manière autonome par le biais de la volonté. Le fait de se voir prescrire les médicaments renvoie en effet l'image de la maladie ou tout du moins celle d'une personne souffrant de symptômes. Pour certains patients, d'ailleurs, soucieux de savoir ce dont ils souffrent, la recherche de la pathologie associée à la médication leur permet de se faire une première idée de leur diagnostic. Si prendre des médicaments ponctuellement ne pose pas nécessairement problème, continuer à en prendre apparaît comme une véritable remise en question de soi. C'est pourquoi, pour les enquêtés, parler des médicaments est revenu à parler de la perspective de l'arrêt. Ainsi Charles, reconnaissant ses troubles, évoque, en rapportant les propos de sa psychiatre, la possibilité de guérison s'il prend son traitement pendant 2 ans. Marcel, de son côté, envisage d'arrêter ses médicaments afin de redevenir lui-même. Il en est de même pour Jean-Baptiste, qui constate l'amélioration de son état, tout en se demandant si les médicaments sont à l'origine de cela ou tout simplement le temps. Ceci va dans le sens de son rapport au médicament qui lui renvoie le sentiment d'être malade alors qu'il se refuse à envisager la chronicité sur le plan psychique. Pour les uns, le fait d'aller

mieux laisse donc apparaître l'espoir de pouvoir se passer de ce qu'il considère comme un artifice. On comprend alors mieux pourquoi Yaku, suite à un premier segment de prise en charge a arrêté brutalement ses médicaments, au bout de 1 an, dans la mesure où ceux-ci faisaient de l'effet.

Pour d'autres, plus rares, et plus avancé dans le processus de prise en charge, arrêter fait peur. Tel est le cas de Jeanne qui envisage avec effroi l'arrêt de ses médicaments « *miracle* », comme cela a été prévu avec les psychiatres. La peur de la rechute est liée chez elle à la perception de son état comme relevant d'une pathologie mentale chronique.

Les médicaments : soulagement et mise en question de son autonomie

Les médicaments permettent donc à certains patients d'améliorer leur état, même si l'insertion dans les cadres reste tout autant problématique, comme nous le verrons. Mais, malgré cela, ces patients restent bien souvent dans un rapport ambivalent, avec ce qui semble les maintenir d'une façon artificielle, mettant en question leur autonomie et leur santé mentale. Accepter de prendre les médicaments revient finalement à accepter d'être malade et à envisager la chronicité des troubles, ce qui est rarement le cas, dans notre corpus de jeunes gens, engagés depuis peu de temps dans une prise en charge psychiatrique. Pour autant, ces derniers adhèrent en partie aux prescriptions puisque ces médicaments les soulagent. Notons, par ailleurs, qu'accepter les médicaments ne signifie pas pour autant les prendre régulièrement. D'autres éléments entrent en ligne de compte. Les parents jouent dans tous les cas, un rôle central que nous mettrons en évidence par la suite.

Les transactions autour de la gestion des inscriptions sociales

La prise en charge thérapeutique dans le cadre des consultations touche des dimensions sociales. Ainsi, à un moment donné de la prise en charge, se pose, outre la question de l'état de la personne, celle des inscriptions sociales des jeunes à différents niveaux : logement, travail, études, en lien avec les relations familiales et la gravité de la situation. Ces questions sont abordées dans le cadre des consultations psychiatriques au cas par cas, en fonction du pronostic envisagé par les psychiatres et des possibilités offertes par le milieu de vie.

Cela passe d'abord par de simples conseils donnés au patient au cours d'une discussion sur ces questions. Bien évidemment, tout dépend du jeune et de sa volonté à suivre les conseils qui lui ont été prodigués. Tel est le cas pour Charles qui s'est vu déconseiller par sa psychiatre de poursuivre ses études de médecine du fait de son manque de recul vis-à-vis des personnes malades. Ce dernier est prêt à retrouver des aspirations profondes, lui correspondant mieux.

Mais les psychiatres peuvent aussi intervenir directement dans ces démarches pour des jeunes en situation de rupture familiale et/ou professionnelle. Il s'agit alors de leur permettre de trouver un logement dans une structure, des financements, des solutions en terme professionnels ainsi qu'une relative autonomie sociale notamment vis-à-vis de leur famille avec laquelle ils sont en conflit, qui les soutient mais a besoin d'aide. Enfin, pour les patients, ayant une sociabilité amicale et familiale réduite, l'hôpital de jour est aussi proposé mais les jeunes en parlent peu.

Les propositions qui sont faites alors intéressent les jeunes puisqu'elles correspondent à des attentes qu'ils émettent eux-mêmes tout comme leur entourage. Les solutions apportées peuvent alors même apparaître comme des ressources de l'institution psychiatrique, sans qu'il y ait

véritable adhésion à la démarche dans son ensemble. L'exemple de l'hôpital de jour montre que toutes les ressources proposées par l'institution psychiatrique ne représentent pas les mêmes enjeux. Il semble en effet qu'il ait le même effet que l'hospitalisation, même de courte durée, dans la mesure où il renvoie aux jeunes une image d'eux-mêmes fortement dévalorisée du fait de la présence d'autres patients que les jeunes catégorisent par des termes péjoratifs. Le père de Benjamin, rapportant que ce dernier a peur de devenir « *gogol* » dans ce contexte, témoigne du rapport à ce type de structure pour les jeunes.

L'inscription temporelle dans un suivi : rester, changer, abandonner ?

Au travers de ces transactions apparaissent deux injonctions principales pour l'engagement des patients dans le travail psychiatrique : se dire (par la parole, par les tests) et suivre les prescriptions (les conseils des intervenants et prendre les médicaments), avec plus ou moins de contrainte selon le cadre. Les éléments concernant les transactions autour de la parole et autour des médicaments, dont les enquêtés nous ont rendu compte, révèlent différentes postures des jeunes en fonction des contextes de prise en charge. Ces postures définissent trois types d'inscription dans le travail psychiatrique, fortement liées à la reconnaissance du statut de malade, mais qui restent profondément instables.

L'opposition à la démarche

L'attitude d'opposition de ceux qui ont été orientés en phase de crise ou par la contrainte de leur entourage les conduit à ne pas vouloir s'inscrire dans une prise en charge, malgré les difficultés rencontrées, que ce soit en termes d'état ou d'inscriptions sociales. Cette attitude peut se modifier progressivement pour ceux contraints d'être suivis et de prendre des médicaments (par l'injonction parentale ou juridique) et dont l'état s'améliore pour laisser place comme pour les autres enquêtés, plus ouvert à la démarche, à une forte ambivalence à l'égard de cette prise en charge. Pour certains, cependant, il semble que l'attitude d'opposition, mais passive cette fois, subsiste, du fait de l'absence de résultats perçus par les jeunes. C'est le cas de Sarah qui dit ne plus rien attendre des aides extérieures, même si elle continue à consulter.

Trouver des solutions et conserver son autonomie

Cette ambivalence conduit les uns à vouloir changer de mode de prise en charge, les autres à abandonner et certains à circonscrire la démarche dans un laps de temps déterminé à l'avance. L'absence d'évolution dans les inscriptions sociales jouent en faveur de la poursuite des engagements, tandis que les opportunités d'évolution conduisent les jeunes à se détourner de solutions, la parole et les médicaments, qui les inscrivent dans un futur lié à la maladie, et qui sont intrusives. Chez Sandra, on observe ainsi un abandon progressif de la psychiatrie en lien avec l'amélioration potentielle des inscriptions sociales. Ayant réussi l'écrit du concours d'agent de surveillance de la ville de Paris, cette dernière préfère miser ses chances sur cette possibilité d'insertion plutôt que sur le suivi au CMP qui ne lui apporte pas l'autonomie espérée à l'égard de sa famille avec laquelle elle est en conflit.

L'engagement dans le rôle de patient : entre anticipation de la chronicité et accès à des ressources

L'engagement dans le rôle de patient correspond à l'inscription franche dans le travail psychiatrique. Cette attitude correspond aux jeunes qui reconnaissent être malade, soit parce que le diagnostic dont il font part est euphémisé et renvoie à des catégories nosographiques peu stigmatisées, comme la dépression, comme Thomas, soit parce qu'ils reconnaissent le fait d'être atteints de troubles de la personnalité. Tel est le cas de Jeanne et d'Arnaud, tous deux engagés depuis plusieurs années dans une prise en charge en psychiatrie.

Pour Thomas et Arnaud, la reconnaissance de ce statut semble aller de pair avec l'accès à des ressources par la psychiatrie. Tous deux sont en effet hébergés par l'intermédiaire des services psychiatriques – l'un en clinique universitaire, l'autre en foyer de post-cure – et tentent une réinsertion par ce biais. Ainsi la clinique universitaire a permis à Thomas de s'éloigner de son environnement familial marqué par des conflits avec son père. A l'issue d'une première année, celui-ci a revu à la baisse ses ambitions universitaires. Arnaud, venu vers la psychiatrie alors qu'il était devenu SDF, ressent une rechute à mesure que séjour approche de la fin, l'obligeant à trouver des modes de réinsertions, sans quoi, sa situation au regard du logement pourrait à nouveau se détériorer. Pour Jeanne, il s'agit surtout de la prise en compte de la chronicité de sa maladie par l'anticipation des rechutes.

3- La place des parents dans le travail psychiatrique

La famille, et plus particulièrement les personnes exerçant une fonction parentale jouent un rôle central dans la prise en charge des jeunes. Pour autant, dans certains cas, ce rôle peut être épisodique ou en retrait. Ainsi, les parents de Sandra sont mis à l'écart de la démarche personnelle de leur fille qui cherche surtout à prendre son autonomie d'un milieu familial où elle se sent persécutée. Ce rôle des parents dans la prise en charge ne se réduit pas uniquement rôle d'orientateur ou d'accompagnateur dès les premiers moments de l'orientation vers la psychiatrie. Ils ont aussi un rôle de soutien qu'ils sont plus ou moins à même de pouvoir tenir. C'est particulièrement le cas au cours de certaines périodes où la tentation de l'arrêt de la prise en charge est forte pour les jeunes. Comme nous l'avons vu, Sarah n'attend plus rien de la prise en charge qui ne lui apparaît pas bénéfique, mais continue à consulter. Cela est lié à sa cohabitation chez ses parents qui exige d'elle de s'inscrire dans un suivi.

Nous analysons maintenant les rapports des parents des jeunes avec leurs enfants en lien avec le tiers psychiatrique, pour comprendre la façon dont l'entourage du jeune s'investit ou pas dans sa prise en charge psychiatrique. Pour les parents, comme pour les jeunes, mais dans une moindre mesure, le travail psychiatrique, se décompose en deux cadres différenciés. Cette ligne de démarcation est liée pour les parents non plus aux rapports entretenus avec les cadres d'insertion des jeunes dans le milieu ordinaire et à la dimension de contrainte qui y est associée, mais à l'intensité du travail psychiatrique en lien notamment avec la gestion de situation de crises. Nous allons donc examiner la place que tiennent les parents autour du travail psychiatrique dans ces deux cadres, à savoir celui des hospitalisations et celui des consultations.

Les parents face à l'hospitalisation

Envisager l'hospitalisation

Sentiment d'étrangeté et impossibilité à gérer les situations

Les parents sont amenés bien souvent à envisager l'hospitalisation à un moment des parcours où ils sont confrontés à un jeune ingérable, en situation de crise, violent et/ou délirant. Le sentiment d'étrangeté ressenti alors à l'égard de l'attitude de leur enfant et de la situation, conduit les parents à envisager une orientation vers la psychiatrie et à donner leur accord pour une mesure qui est lourde socialement, qu'ils soient orientateurs ou simples accompagnateurs.

Ce pas peut être difficile à franchir, comme pour le père de Yaku, qui refuse l'hospitalisation de ce dernier, orienté par le lycée sur Sainte-Anne. Pourtant, par la suite, il n'hésitera pas à le faire interner en situation de crise alors qu'il n'arrive plus à faire valoir son autorité. Envisager l'hospitalisation nécessite en effet une vision particulière du jeune, comme ingérable au regard des attentes du milieu. A l'opposé, la mère de Charles, forte de l'expérience de son premier fils, considéré aujourd'hui comme schizophrène, préfère faire effectuer un bilan préventif à son deuxième fils, en l'absence de situation de crise. Celle-ci nourrit en effet un sentiment d'étrangeté à l'égard de son fils qu'elle ne reconnaît plus et que son expérience conduit à percevoir sous l'angle de la psychiatrie.

Protéger et se protéger

Dans les situations où la crise est ingérable, l'hôpital apparaît alors principalement comme une mesure de protection du jeune contre lui-même, physiquement mais aussi socialement, en termes d'image. Mais il s'agit aussi pour les parents de se protéger de cet enfant perçu alors comme potentiellement dangereux à leur égard. L'hospitalisation vise alors parfois à mettre à l'écart le jeune, le temps nécessaire pour que la situation revienne dans l'ordre. Ainsi, la mère de Jeanne s'inquiète-t-elle lorsque l'hôpital leur rend leur fille seulement un jour après son internement. Cette dernière, délirante et prise au piège d'une hospitalisation sous contrainte, vers laquelle ses parents l'avaient orientée par la ruse, avait fait alors preuve d'un comportement particulièrement violent :

*« Et puis elle a passé une nuit là-bas, simplement une nuit. Le lendemain, on nous dit « vous pouvez venir chercher Jeanne ». Alors **on était un peu affolé parce que vu comment elle était la veille quoi, on s'est dit « mais comment ça se fait qu'ils nous la redonnent à la maison quoi, elle va tout casser** », on avait peur hein, franchement, on avait peur. Et... on est allé à la chercher à l'hôpital psychiatrique, bon elle était tout à fait bien et puis on nous a dit non, qu'il n'y avait pas de danger. » (Mère de Jeanne)*

De même le père de Benjamin dit avoir soutenu le projet de son fils de se faire hospitaliser dans la mesure où ce dernier devenait de plus en plus violent, menaçant parfois ses parents avec un couteau. Le cas de Benjamin est intéressant dans la mesure où celui-ci souhaite trouver une solution et la cherche du côté de la psychiatrie. Son père doit alors gérer l'impatience violente de celui-ci en adoptant un « *profil doux* » entre les rendez-vous.

Mais les possibilités d'hospitalisation dépendent principalement de l'aval du tiers psychiatrique, ce qui s'avère bien souvent problématique : les propos des parents mettent ainsi particulièrement en évidence la difficulté à faire admettre en urgence leur enfant.

La difficulté à faire prendre en urgence

Toutes les situations de crise n'aboutissent pas systématiquement à une hospitalisation. En effet, la décision d'hospitalisation dépend en partie du tiers psychiatrique, mais aussi de règles juridiques qui compliquent la prise en charge pour les parents. Cela ne pose pas problème si le jeune accepte de s'inscrire dans un suivi en consultation. Tel est le cas de Sarah au début de son orientation vers la psychiatrie, qui n'a pas été hospitalisée, alors même qu'elle apparaissait comme particulièrement délirante aux yeux de son père. Celle-ci, malgré sa réticence à l'égard de la psychiatrie, se rendait tout de même aux consultations. Le récit des hospitalisations successives de Benjamin nous indique la difficulté pour les parents à faire prendre en charge leur enfant contre son gré. Bien souvent, ceux-ci se servent de la ruse pour amener les jeunes vers l'hospitalisation (Jeanne) ou contactent les pompiers (Marcel, Yaku) qui se chargent alors du convoyage jusqu'aux services psychiatriques. La mère de Sébastien, en l'absence de délire apparent de ce dernier et de violence dirigée directement contre elle, n'a usé d'aucune de ces solutions. Arriver à faire prendre en charge son enfant lui est alors apparu tout simplement impossible. Contactant principalement des services de consultation, celle-ci se voyait bloquée dans sa démarche du fait de la majorité de son fils. On voit par cet exemple que la difficulté à faire prendre en charge l'enfant est parfois liée en partie à un manque de connaissance de la psychiatrie et de ses procédures officielles et officieuses d'urgence.

Le déroulement de l'hospitalisation

La mise à l'écart des parents

Un sentiment d'impossible alliance des parents avec le tiers psychiatrique émerge au cours de l'hospitalisation. Les parents ressentent un sentiment de mise à l'écart qui apparaît comme le corollaire de l'enfermement dans cet espace/temps total de l'hôpital.

La mère de Jeanne nous fait part des difficultés d'accès aux médecins : « *le monde médical en général est assez... assez fermé* ». La mère relate son total manque d'information pendant l'hospitalisation de Jeanne et leur fait qu'ils n'aient pas été pris en considération : « *On nous mettait là* ». Elle et son mari étaient dans l'impossibilité même de savoir où était leur fille, et leurs multiples appels téléphoniques ne permettaient pas d'en savoir plus : « *Bah rappelez plus tard* ». Ses récriminations ne concernent le milieu hospitalier en général, et pas seulement le milieu de la psychiatrie. Elle cite comme autre illustration l'hospitalisation pour paralysie de sa belle-mère : « *Quand on y allait pour demander comment ça allait, on n'arrivait pas à voir le médecin... Ou quand elle arrivait, qu'elle voulait bien nous parler, dis donc c'était expédié hein !* ». De son côté, la mère de Charles se plaint de la difficulté à obtenir les résultats des tests effectués au cours de l'hospitalisation bilan de ce dernier.

Ces perceptions semblent en partie liées aux modalités d'orientation vers l'hospitalisation. Le père de Sarah n'a pas mentionné ce sentiment. On peut supposer que cela est lié au fait que l'hospitalisation a été coordonnée par le psychiatre qui suit Sarah et avec lequel le contact est bon.

L'enjeu de l'hospitalisation : la validation sociale de l'étrangeté du jeune

L'hospitalisation peut entériner le sentiment d'étrangeté que les parents ont pu éprouver vis-à-vis du jeune. Elle apparaît comme une validation sociale par la psychiatrie de ce sentiment. Ainsi, l'hospitalisation a davantage marqué la mère de Jeanne que l'annonce du diagnostic duquel elle a dit « *on va faire avec* », contrairement à un enfermement, pourtant court, qu'elle décrit comme un arrêt de mort : « *Mon dieu, elle est perdue* », (...) *et je voyais « folle », mais vraiment le gros truc quoi, je la voyais enfermée* ». Pour elle, la vraie folie est enfermée, dans des lieux fantasmagoriques où l' « *On voit pas grand-chose, on s'imagine plus...* » La mère mentionne alors le seul détail disponible dans l'enquête sur l'hospitalisation de Jeanne : « *La seule nuit qu'elle a passée, elle m'a dit... elle entendait les cris des autres... c'est pas génial quand même...* » (Mère de Jeanne).

Cette validation n'aboutit pas nécessairement une imputation de troubles mentaux. Pour d'autres parents, comme la mère de Sébastien, l'hospitalisation ne met pas en question la santé mentale du jeune, mais plutôt ses pratiques déviantes, à savoir la consommation de différentes substances psychoactives, à l'origine de ses troubles. Il en est de même pour le père de Sarah qui envisage cette procédure comme une façon de désintoxiquer sa fille du cannabis qu'elle aurait tendance à consommer en restant chez ses parents. Envisager les troubles sous cet angle leur permet d'éviter de mettre à l'écart ce sentiment d'étrangeté de nature entre leur enfant et eux. Finalement, si leur enfant est « bizarre », c'est tout simplement que des substances psychoactives le rendent « bizarre » et non pas parce qu'il l'est.

Les suites de l'hospitalisation

Les récits des parents témoignent du retour à la normale des relations familiales, et de l'apaisement des conflits qui se produit après une hospitalisation, qui apparaissait déjà dans le récit qu'en faisait les jeunes. Ainsi le père de Sarah tout comme le père de Yaku mentionnent l'amélioration de l'état de leur enfant après un séjour de plusieurs mois de ces derniers en hôpital psychiatrique. Ces effets positifs de l'hospitalisation apparaissent aussi, dans les discours, comme une justification *a posteriori* d'une mesure qui a pu être comprise comme une trahison.

Par ailleurs, l'expérience de l'hospitalisation a été l'occasion pour les parents d'une réflexion, voire d'une remise en question. Le père de Yaku a ainsi accepté que l'état de son fils avait une importance au même titre que ses inscriptions sociales, ce qui n'était pas le cas auparavant, comme nous l'avons vu. Cette réflexion l'a conduit par ailleurs à réaménager le cadre familial afin d'accueillir Yaku dans de nouvelles dispositions.

La place des parents dans les consultations : quel type de suivi pour leur enfant ?

Dans le cadre des consultations se pose avec d'autant plus d'acuité la question de la difficulté à faire prendre en charge un jeune contre son gré, comme le montre le cas déjà évoqué de la mère de Sébastien. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente sur les jeunes, l'obtention d'avantages dans le cadre familial (logement, aide financière, besoin de stabilité et de protection ?...) aboutit bien souvent à mener vers un suivi des jeunes qui ne sont pas volontaires au départ. Ainsi la mère de Sarah l'a-t-elle menacée, selon les propos du père de la mettre à la porte, ce qui n'est sans doute pas sans lien avec sa compliance. Pour les parents les consultations comportent plusieurs enjeux, qu'il convient de mettre en évidence.

Être pris en considération : l'enjeu de la connaissance du cas

Les parents sont, comme les jeunes impliqués dans la démarche de consultation, tout particulièrement sensible à la connaissance du « cas » de leur enfant. Cela apparaît d'autant plus essentiel aux parents effectuant de nombreuses démarche avec leur enfant. Tel est le cas du père de Benjamin, fournissant des notes au préalable aux nombreux intervenants qu'il rencontre afin de s'épargner la difficulté d'avoir à répéter l'ensemble de l'histoire de son fils. Cette attitude rejoint celle de Sandra, lorsqu'elle déclare ne pas vouloir avoir à faire à plusieurs intervenants, ce qui l'obligerait à devoir s'expliquer à nouveau sur des faits qu'elle préfère taire.

Or bien souvent, cette attente est déçue. La mère de Charles se plaint de voir les intervenants psychiatriques ne pas connaître le dossier de ses enfants, tandis que la mère de Sébastien s'avère particulièrement choquée que les intervenants psychiatrique ne connaissent même pas le nom de son fils alors même qu'il est inscrit sur le dossier.

« Encore une fois, j'ai été choquée ! On a été reçu, c'était une infirmière et il y avait 3-4 personne... La personne qui dirigeait l'entretien, déjà on était tous les deux, elle n'a pas reçu Sébastien tout seul et peut-être au bout d'un quart d'heure, vingt minutes, j'étais en train de lui parler et je disais Sébastien et elle me regarde et elle me dit : « qui est Sébastien ? ». J'ai eu du mal, du mal à répondre gentiment. Moi, c'est le genre de choses, ça m'inquiète, compte-tenu du contexte, parce que bon, c'est quand même, parce que ce soit Sébastien ou d'autres, ce sont des gens qui sont « psychiatriques », donc qui peuvent avoir des difficultés de compréhension, etc... Mais quand les gens qui les encadrent, au bout d'un quart d'heure-vingt minutes... donc je me suis dit, il y a quelque chose qui va pas. Bon, pour certaines choses, je lui avais dit : « c'est dans son dossier » et elle m'a dit : « L'entretien, on le prend sans dossier », donc ça, ça peut être une façon de travailler, mais de là à ne pas savoir qui on a en face de soi ! Pour pouvoir se faire son opinion, je veux bien : pour ne pas avoir d'a priori, je veux bien. Mais de là à ne pas savoir le nom de la personne qui est en face de nous, c'est limite ! Bon, j'ai pas fait de commentaires, parce que déjà Sébastien était là, donc j'allais pas... Ah, non, il n'a pas fait attention. Non, et puis j'ai pas. C'est sûr, j'ai marqué un temps d'arrêt mais j'ai pas fait de commentaires. » (Mère de Sébastien).

Le père de Benjamin témoigne d'une situation similaire.

Finalement, les parents sont dans la même logique que leurs enfants à ce niveau. L'enjeu est en effet la prise en considération de ce qui les concerne, à savoir la situation de leur enfant. Mais, comme ces exemples le montre, il s'agit aussi de gérer les susceptibilités du jeune à ce niveau et aussi de rechercher un mode de prise en charge acceptable.

Parole versus médicaments : des enjeux thérapeutiques

Tout se passe comme si pour les parents, la parole était l'outil d'excellence de la psychiatrie, bien plus que les médicaments, qui tentent de faire taire les symptômes, pour permettre de guérir leur enfant. Par conséquent, la volonté et la capacité à faire parler leur enfant est le signe de la compétence des psychiatres pour les parents. Les médicaments apparaissent donc aux parents comme nécessaires mais pas suffisant dans la prise en charge de leur enfant.

L'investissement du thérapeute dans la parole est le signe de l'intérêt pour son patient, mais aussi de son investissement à faire avancer la situation. C'est pour cette raison que les parents perçoivent négativement des consultations courtes au CMP qui ne visent qu'à la délivrance d'une ordonnance, et peuvent amener à chercher un autre suivi, en fonction des moyens financiers.

« Le psychiatre, son métier, c'est de vous écouter, il vous analyse, il prend son temps. Il y a un décalage par rapport au CMP où la consultation durait 5 minutes, une fois toutes les 3 semaines. A ce rythme-là, ça peut durer 20 ans. C'est pour ça qu'on fait le choix du privé. » (Père de Sarah)

Mais il en est parfois de même avec des psychothérapeutes libéraux qui apparaissent aux parents comme trop attentistes et incapable de faire parler leur enfant. Ces parents ne comprennent pas comment des spécialistes de la parole n'arrivent pas à faire parler leur enfant.

Avoir accès au diagnostic : l'enjeu des tests

L'enjeu des tests est, pour les parents, d'obtenir un diagnostic qui permette d'évaluer la situation. Mais ces tests sont bien souvent l'objet de conflits avec les intervenants psychiatriques. Se pose tout d'abord la question de savoir à qui sont adressés les résultats des tests et de quelle manière. Les parents, bien souvent, se plaignent de ne pas obtenir de résultats, comme le père de Benjamin, malgré les autorisations de son fils à les voir, ou encore, comme la mère de Charles, de ne pas les avoir obtenu en entier. Suite à l'annonce du diagnostic, certains parents éprouvent le besoin d'aller vérifier l'information auprès d'autres experts, en cherchant, bien évidemment des intervenants, considérés comme plus compétents, face à l'inacceptable du diagnostic. Dans tous les cas, on constate que l'annonce du diagnostic n'est pas systématique et tarde, aux yeux des parents. Bien souvent celui-ci est euphémisé par les psychiatres.

Au final, les parents ont le sentiment qu'on leur cache la vérité. Ainsi, le père de Benjamin est persuadé d'être mené en bateau par les médecins qui évitent de lui dire la vérité. Des membres d'une association de parents ayant émis l'hypothèse que son fils souffre de psychose, celui-ci pense qu'il lui faudra au moins 4 à 5 ans pour être mis au courant par les psychiatres. Ceci renforce le sentiment de mise à l'écart dont souffrent les parents alors qu'ils se sentent être les principales instances de prise en charge. C'est pourquoi la mère de Jeanne est déçue d'avoir appris le diagnostic par sa fille, persuadée d'avoir été mise à l'écart par le psychiatre, alors que Jeanne a elle-même déduit le diagnostic de la notice des médicaments qui lui sont prescrits.

La gestion des inscriptions sociales : une nécessité

Dans tous les cas, la gestion des inscriptions sociales apparaît comme une nécessité aux yeux des parents. Les situations des jeunes soulèvent différentes questions pour les parents auxquelles les psychiatres donnent parfois des réponses. Ainsi, se pose la question de l'insertion professionnelle et de la dépendance des jeunes à l'égard de leur famille, à court et à long terme.

Pour les parents sous forte contrainte financière la psychiatrie doit offrir des possibilités à court terme. C'est pourquoi le père de Yaku qui ne pouvait honorer une prise en charge de son fils qui ne lui permettait pas de retrouver un travail mais au contraire, semble le rendre inapte à travailler, a dû faire arrêter le suivi par son fils.

« Je vais voir un psychologue. Un an et demi. Il avait des médicaments à prendre. Mon fils ne va pas bien. Il dort toute la journée. Il est somnolent. Il manque de sommeil. Le sommeil, je sais pas moi, il y a un décalage horaire. Première séance, deuxième séance, troisième séance... Et à chaque fois 250F pour ça avec l'ordonnance. Il est à la maison : « tu ne veux pas continuer les études : tant pis, tu as déjà bientôt, 20 ans. Après, 20 ans, tu dois avoir un travail. Il faut que tu cherches un emploi pour gagner ta vie. ». C'était en 2000-2001. C'était normal. C'est pas la peine d'aller voir un psychologue pour rien et de payer. C'était cher. « Moi, je paie pour rien » (Père de Yaku)

La situation de crise à laquelle le père de Yaku a été confronté l'a par la suite amené à envisager la situation sous un autre angle, comme nous avons pu le voir.

Au fur et à mesure de la prise en charge, se pose la question de la remise en question de l'émancipation et de l'autonomie, résidentielle et financière. Le diagnostic apparaît souvent à un moment où ces questions se pose pleinement pour la famille qui a la charge du jeune ou qui s'en décharge.

« L'idéal des parents, c'est que leur enfant soient autonomes, qu'ils se construisent leur bonheur. Ca c'était notre idéal. Maintenant dans la pratique... On se rend bien compte que l'autonomie, c'est terminé. Là, on se rend bien compte qu'on va devoir les accompagner plus longtemps. » (Mère de Charles)

Dans tous les cas, on observe des tentatives de gestion des inscriptions sociales diverses allant de la demande de Cotorep pour suivre une formation à la participation à des activités en hôpital de jour, en passant par les structures universitaires intégrées. Celle-ci est donc proposée aux patients qui ne sont plus insérés scolairement et professionnellement et ouvre de nouveaux horizons. Mais certaines formes d'inscriptions sociales sont alors plus acceptables que d'autres. La réhabilitation implique en effet une redéfinition de leur enfant et nécessite l'acceptation de cette redéfinition en termes de maladie et de handicap. Or certains parents refusent d'inscrire trop rapidement leur enfant dans un circuit de dépendance. Ainsi, le père de Benjamin préfère remettre à plus tard des démarches Cotorep pour éviter de le mettre dans un circuit de dépendance et tenter dans un premier temps d'aider son fils à s'en sortir autrement. Celui-ci envisage que s'il n'y a pas de changement d'ici 3 à 4 ans, il ne sera jamais trop tard pour l'inscrire. En attendant, le père de Benjamin d'insérer son fils professionnellement en l'incitant à rédiger des CV voire en le faisant à sa place.

Ce qui est difficile à accepter pour les parents n'est pas uniquement la dépendance, mais surtout la perte de sens du fait de la démotivation du jeune. De plus, pour les parents les plus favorisés socialement, les solutions proposées par la psychiatrie ne sont pas adéquates :

« Bon, quand il faisait un peu de sport, ça allait, mais autrement, ils allaient à la bibliothèque, mais c'était pas sur place, donc il prenaient le bus et ils restaient 30 minutes là-bas et ils repartaient ! Autrement, une fois, c'était marqué bricolage. Pourquoi pas. C'était bien. Lui, avait choisi de fabriquer une boîte en carton... Il a fait la boîte, ça a été. Mais la semaine d'après, c'était encore bricolage et il fallait peindre la boîte ! Donc... C'est même pas la décorer, c'est juste la peindre : c'est des activités de centre aéré. Non. Mais bon, les centres aérés, c'est pour des enfants. Or, lui, il a des difficultés, mais il n'a pas ce genre de difficultés. Il n'est pas... – alors, ça pas toujours facile de mettre des mots parce que ça peut être péjoratif – mais il n'est pas « attardé mental » » (Mère de Sébastien)

Les psychiatres évoquent souvent aux parents la nécessité de stimuler leur enfant. Mais pour eux : *« C'est pas une activité par-ci par-là... »*. En fait, ce que souhaitent les parents avant tout, c'est une réintégration dans les cadres sociaux habituels avec des objectifs dans ces cadres, quels qu'ils soient. Quand on observe le cas du frère de Charles, diagnostiqué comme schizophrène, on constate que les parents étaient contre le fait qu'il aille en hôpital de jour, et parallèlement, sont ravis de lui faire faire du jardinage, et l'envoient aux vendanges chez les moines. Il en est de même pour la mère de Sébastien qui souhaite, outre que son fils ait une vie professionnelle, une vie sociale épanouissante :

« Parce qu'une vie, ça ne peut pas être ça à 20 ans ! On ne peut pas être comme ça. Même quelqu'un qui n'est pas malade ne va pas évoluer s'il reste enfermé entre 4 murs et qu'il ne voit personne. Evoluer dans

la vie, dans la société... Tout le monde mûrit... On change tous, parce qu'on a des contacts avec d'autres. Même au point de vue intellectuel : si vous ne lisez plus et que vous intéressez plus aux gens qui vivent autour de vous ! Comme si on restait assis dans un fauteuil toute la journée, dans 6 mois, on ne peut plus marcher. Je pense que c'est pareil. C'est pas dans l'ordre des choses de rester enfermé, à moins de l'avoir choisi... » (Mère de Sébastien)

Mais, il ne faut pas oublier l'enjeu financier que constitue ces démarches, notamment pour les familles peu favorisées. Obtenir la Cotorep peut s'avérer être un intérêt aux vues de toutes les difficultés rencontrées. Tel est le cas d'Arnaud et de son père qui cherchent ont tentés à deux, selon les propos d'Arnaud de faire redéfinir sa maladie et obtenir ainsi une aide financière.

Dans tous les cas, chercher des solutions en termes d'inscriptions sociales apparaît comme une étape charnière très douloureuse pour les parents, parce qu'elles les fait rentrer dans une autre vision de leur enfant... même si, de fait, cela peut être temporaire. En effet, le frère de Charles, a qui l'on a proposé des activités manuelles pendant un certain temps, a finalement pu reprendre, quelque temps après, l'agrégation de maths qu'il avait abandonnée.

La gestion de l'incertitude : le conditionnel de la maladie

Le transfert de confiance et de responsabilité à la psychiatrie et ses limites

En orientant leur enfant vers la psychiatrie, les parents sont à la recherche de réponses et de solution afin de comprendre l'état du jeune ou les difficultés d'inscriptions sociales et d'y remédier. Ce faisant ils effectuent un transfert partiel de responsabilité et de confiance à l'égard de la psychiatrie. Selon les milieux familiaux, notamment en fonction des ressources financières, on observe un engagement plus ou moins précoce dans la prise en charge, en fonction également des attentes de ces milieux en termes de rôles.

Au sein même de la famille, on constate bien souvent le désengagement de l'un des deux conjoints et l'engagement de l'autre. Ainsi, la mère de Sébastien, le père de Sarah, le père de Benjamin, la mère de Jean-Baptiste, etc... sont plus présent auprès de leur enfant que leur conjoint ou ex-conjoint. La famille de Jeanne semble constituer une exception car les deux parents semblent investis tous les deux. Cela conduit certains parents à un souhait de déresponsabilisation du fait de la fatigue associée aux démarches. Mais cela paraît inenvisageable comme en témoigne l'indignation de la mère de Sébastien face aux propos du psychiatre de son fils lui conseillant pour prendre des vacances de mettre son fils aux urgences.

La mise à l'écart par la psychiatrie : stratégies des parents

L'alliance entre psychiatres et parents est mise en faillite par la nécessité de faire adhérer le patient à la démarche par une mise en confiance de la part des psychiatres qui dès lors ne peuvent afficher leur alliance avec les parents du fait de la déliance potentielle des patients à leur égard. D'où le sentiment des parents d'être parfois des intrus là où ils sont le plus concernés, c'est-à-dire sur ce qui se passe et le devenir de leur enfant que leur entourage proche. Les parents ont alors le sentiment d'être mis à l'écart de la prise en charge et notamment du diagnostic. Ceci induit différentes stratégies de leur part.

Une de ces stratégies est le changement de psychiatre. Pour d'autres, c'est aller consulter en parallèle un autre psychiatre pour comprendre ce qui se passe.

« Et puis alors là, le psychiatre de Quimper, pfff, il veut pas du tout parler, c'est sa malade et nous, les parents... On a été obligé d'aller voir nous-mêmes un psychiatre, lui expliquer ce qui arrivait à notre fille, qu'il connaît pas, pour qu'il nous explique quoi lui aussi ce qui se passe, et tout et tout quoi. On n'est pas, je trouve qu'on n'est pas bien soutenu par les médecins qui suivent nos enfants... » (Mère de Jeanne)

« Le psychiatre nous disait qu'il ne pouvait pas nous dire parce c'était Jeanne son client, pas nous. » (Père de Jeanne)

Les parents ont donc le sentiment que les psychiatres nient leur démarche d'orientation vers la psychiatrie, mais aussi leur rôle en tant qu'acteur principal de la prise en charge du fait de la dépendance de leur enfant vis-à-vis d'eux. Certains parents font du forcing, comme la mère de Charles, qui n'hésite pas à aller harceler les psychiatres pour obtenir les résultats des tests qu'elle a payé.

Le diagnostic : choc pour les uns, soulagement pour les autres

Lorsqu'il est annoncé, le diagnostic fait bien souvent l'effet d'un choc pour les parents. Il apparaît comme la fin des illusions et contribue à la poursuite du renoncement aux attentes sociales initiales qui avait été entamée par l'orientation vers la psychiatrie et la persistance des difficultés. Chez les parents, on observe alors parfois la culpabilité de ne pas avoir vu la situation de leur enfant, la recherche de signes qui auraient pu indiquer. Cette culpabilité est parfois reportée sur le personnel soignant qui n'a pas dit. Les parents de Jeanne évoquent ainsi un sentiment de non-assistance à leur enfant de la part des différents professionnels auxquels leur enfant a été confrontée (professeurs, médecin généraliste, etc...).

Mais le diagnostic présente tout de même l'avantage de stabiliser la définition de la situation, et peut donner les sentiment de pouvoir plus la maîtriser :

« - (Eng) Et ça représentait quoi pour vous... ce terme-là ?... »

- Ah ben, c'était très dur, mais, non c'est pas vraiment ça qui était le plus dur. Ca, ça nous a soulagé, parce qu'on mettait enfin un nom sur le comportement de Jeanne. Et je vous assure que... bah on était rassuré, quelque part, on se disait « bon bah ça y est on sait ce qu'elle a Jeanne, et on la comprendra mieux ». » (Mère de Jeanne)

Une mise en question de la normalité et de la responsabilité

L'orientation vers la psychiatrie avait déjà été une mise en question de la normalité du jeune. Sans qu'il y ait nécessairement de diagnostic les parents en arrivent à modifier la vision de leur enfant, dans des termes plus négatifs. Le père de Jeanne dit ainsi :

« Elle sera jamais comme je l'imaginais »

Mais tout se passe comme si le passage par le diagnostic permettait aux parents de structurer verbalement cette vision de leur enfant. Pour le père de B., en l'absence de diagnostic psychiatrique certain, celui-ci gardent l'espoir que leur enfant n'est qu'un « sale adolescent attardé ».

La déresponsabilisation du jeune liée au diagnostic apparaît difficile car subsiste la question de la volonté : quelle est la part de la volonté et de la maladie ? Pour la maman de Sébastien, peu importe le nom de la maladie, c'est surtout de savoir ce qui relève de la maladie ou pas dans ses comportements qui compte. Pour le père de Benjamin, c'est une remise en question d'une

conception volontariste de la vie. Le refus de cette déresponsabilisation est d'autant plus marqué que celle-ci semble recherchée par le jeune :

« Ce qui est dangereux, un peu, si vous voulez, c'est que je pense que Benjamin est tellement subjectif, hypersensible, qu'il faut pas qu'il y ait diagnostic qui lui soit dit devant lui, parce que ça peut être trop pratique pour lui déjà de s'enfermer dans une maladie qu'on lui révélerait, parce que ça le protégerait en disant : « Je suis malade ». Ça il nous l'a déjà sorti : « Je suis malade, c'est pas à moi de prendre la responsabilité ». Notamment quand il était à l'hôpital de jour à Cosne, quand on lui disait : « bah, faudrait que tu cherches du travail...etc... » : « bah, c'est pas à moi de décider de reprendre du travail, eux, ils m'ont dit que j'étais pas en état de travailler ». Bon, c'est vrai, à l'époque, c'était impensable, mais on parlait de l'avenir. » (Père de Benjamin)

On observe donc une oscillation permanente des parents entre responsabilisation et déresponsabilisation de la situation, entre volonté et maladie.

Soutenir, être soutenu

Se dégagent de ces entretiens également l'image de parents démunis qui ne savent plus vers qui se tourner du fait de l'absence de réponses claires et précises de la psychiatrie. La question de ce qui reste à faire reste pleinement ouverte :

« Il faudrait bien qu'on me dise ce que je fais avec lui ou bien qu'on le prenne en charge ! » (Mère de Benjamin).

On a vu que les parents exerçaient un contrôle mais on observe aussi du soutien de leur part vis-à-vis de leur enfants : soutien affectif, matériel, moral. Du fait des difficultés d'autonomisation des jeunes, la famille joue un rôle important de support social (aide financière, logement...), et ce en l'absence de projet d'insertion. Le rôle de la famille se situe donc entre soutien et contrôle. Il s'agit d'aide financièrement leur enfant, mais aussi de l'aider à « revenir sur terre », et de surveiller la prise de médicaments. Il faut aussi favoriser l'intégration du jeune dans la famille élargie, en protégeant son image. Les parents sont eux aussi en recherche de soutien dans des situations qui ont parfois conduit à un isolement relationnel. Ce soutien porte sur la recherche d'information, de soutien affectif, matériel, moral..

4- Conclusion

Dans ce temps de la psychiatrie se jouent l'inscription du jeune dans le travail psychiatrique, l'implication des parents, mais également la gestion de la maladie et des incertitudes liées à la lecture pathologique des événements récents. La dimension temporelle a ici un rôle important, que ce soit dans le processus d'apprentissage des règles du travail psychiatrique, ou dans le processus d'acceptation de la lecture psychiatrique des troubles. Ces deux processus se déroulent de façon différente selon le cadre dans lequel il se déroule. L'hospitalisation, dont les jeunes conservent comme un enfermement et une contrainte, ainsi que comme ouvrant à une socialisation avec les autres patients, est suivie d'un apaisement des conflits et une mise en conformité des comportements. La consultation, où la négociation a plus de place, donne lieu à un autre processus d'apprentissage, autour de la parole et des médicaments. Durant cette période d'engagement dans des liens avec la psychiatrie, subsistent les incertitudes sur la maladie et sur les

inscriptions sociales à venir. Les situations de déclassement social et de désinsertion tendent à s'aggraver, et les projets d'insertion sociale sont peu à peu revus à la baisse. Dans ce moment où les évolutions à attendre sont grandement incertaines, on voit tout particulièrement comment l'inscription en psychiatrie interagit constamment avec les possibilités d'inscription sociales, et le rôle important joué par les parents, dans un jeu d'alliances avec le jeune et les professionnels de la psychiatrie.

CHAPITRE IV – LE TEMPS DES RESPONSABILITES : DONNER SENS A LA MALADIE

Qu'est-ce que j'ai ? D'où ça vient ? Que vais-je devenir ? Après le temps des premiers contacts avec la psychiatrie, puis celui de l'inscription dans un travail psychiatrique, nous proposons ici une approche des effets du temps sur le sens donné aux difficultés rencontrées par les jeunes, tant de leur point de vue que de celui de leur entourage. A qui ou à quoi imputer la responsabilité de ces moments de vie marquants ? Nous nous intéressons aux hypothèses explicatives que les personnes en proposent, ancrées à leur perception de l'articulation entre les autres et soi-même, entre la société et l'individu. Ces hypothèses sont d'autant plus prégnantes dans la plupart des entretiens que les jeunes rendent compte de questionnements existentiels récurrents dont la réponse leur échappe et qui obèrent leur avenir.

1- La quête du sens

Quête du sens et maladie

Pointons d'ores et déjà que cette quête du sens ne nécessite pas de percevoir les difficultés rencontrées en terme de maladie. Les jeunes de type I, c'est à dire ceux orientés et accompagnés par les parents, ont tendance à refuser toute idée de maladie mais admettent l'existence de difficultés qui les déroutent. Les jeunes de type II, ceux dont le premier contact avec la psychiatrie a eu lieu par orientation des témoins de leur « crise », ont expérimenté le passage par un moment de désalliance profonde avec leur entourage puis le retour à la "normale". Autrement dit, ils ont incorporé au sens fort du terme des signes du « quelque chose ne va pas ». Pour eux, contrairement aux jeunes du type I, la reconnaissance de leurs troubles est incontournable, et associée au sentiment d'avoir basculé plus ou moins soudainement de l'autre coté du miroir. De façon cohérente avec cette perception d'une irruption des troubles dans leur vie quotidienne, cet « orage dans un ciel bleu », ce sont dans des accidents de la vie qu'ils tentent de trouver un sens immédiat, avec une approche en terme de maladie. Enfin les jeunes de type III sont tout autant bouleversés par leurs expériences perceptives. Mais ayant rencontré la psychiatrie en auto-recours après un long parcours troublé, ils se montrent plus ambivalents dans la mesure où l'épaisseur historique de leurs troubles les empêche de ne mobiliser que des explications contextuelles, en même temps que leurs tentatives solitaires de sortir de leurs difficultés leur apparaissent souvent comme un signe de bonne santé psychique.

Quelque soit donc la qualification qu'ils en proposent, cette intrusion de troubles inexpliqués de la perception et du comportement a jeté soudainement un voile de doute sur l'existence des jeunes :

« Et j'ai pas compris quoi, depuis ce jour-là, j'ai pas compris ce qui m'est arrivé. C'était forcément quelque chose de latent qui m'a explosé à la figure, mais ça a quand même eu un aspect... enfin soudain quoi. » (Benjamin)

Il leur faut donc comprendre ce qui s'est passé, et toutes les perspectives sont envisagées, qu'un diagnostic ait été ou non posé. Ainsi, les troubles de Jeanne ont récemment été diagnostiqués « troubles bipolaires », mais ses prescriptions de Zyprexa l'ont persuadée qu'elle est schizophrène. Pour autant, aucun de ces diagnostics ne lui donnent de clé de compréhension :

« Je compte engager une psychanalyse dès mon retour à Quimper, pour comprendre d'où ça vient. Peut-être ça vient de plusieurs générations en arrière ? Il paraît que ça peut sauter des générations. Ou bien génétique ? J'ai peur d'avoir des enfants si cette maladie est héréditaire. (...) En fait, c'est ça la question : est-ce que c'est vraiment en toi depuis ta naissance, ou alors est-ce que c'est parce que tu t'es fait violer, ou parce que t'étais jaloux, ou parce que... (...) Ou est-ce que c'est un dérèglement tout simplement du cerveau qui s'abîme... » (Jeanne)

Dans la « volonté de savoir », ce n'est pas tant le diagnostic qui compte que ce qu'il peut ouvrir comme perspectives de soins des souffrances psychiques persistantes :

« Je veux n'importe quoi que ce soit : « vous êtes schizophrène », bon, bah c'est peut-être dur à... parce que c'est chaud d'être schizophrène mais... à la limite, pourquoi pas ? ! S'il y a quelque chose, des centres, des soins adaptés quoi. » (Benjamin)

Cette impossibilité d'accéder aux causes des troubles, d'identifier l'ennemi à combattre, donne aux jeunes l'impression de se battre contre des symptômes sans réussir, à l'instar de Don Quichotte, à identifier la force qui fait tourner les moulins et « pourrait la vie » :

« Là, la situation, c'est la réalité, la vraie vie, c'est à dire, ça va être quelque chose tout ce qu'il y a de plus normal, rien d'exceptionnel mais à long terme quoi, progressif : il va falloir se forcer tous les jours à aller au supermarché, lentement, tout faire lentement. Ca, moi, ça m'intéresse pas. Je veux bien me battre de toutes mes forces sur quelque chose, mais je veux l'identifier. Parce que déjà, je veux savoir qui ou quoi est la cause de ce qui m'arrive, de ce qui me fait souffrir, et me battre de toutes mes forces pour le supprimer, et une fois qu'il est supprimé, on passe à autre chose. C'est ma culture, c'est comme ça que je vois les choses, c'est comme ça qu'elles m'intéressent en fait. Vivre avec un truc qui est là tous les jours et qui vous pourrait la vie tous les jours et ne rien pouvoir y faire, que simplement l'affronter tous les jours, ça me fait chier quoi. » (Benjamin)

Et lorsque certains ont apparemment adhéré à une explication rationnelle de leurs troubles, et ont agi en conséquence, une fois la période d'action passée, ils restent dans une semblable perplexité :

« Le véritable problème en fait, c'est pas forcément le haschich même si j'ai fini par m'en convaincre. En tout cas, c'était le problème qui masquait tout le reste, c'est l'arbre qui cache la forêt donc j'ai fini par essayer d'y trouver une solution. Le reste, je suis quand même complètement paumé, donc si on m'oriente pas un petit peu, ça pourra pas avancer quoi. » (Jean-Baptiste)

C'est aussi l'identité sociale des jeunes qui est remise en cause, au moins au moment où nous les avons rencontrés. Cette perturbation de l'identité est d'autant plus forte qu'elle s'alimente tant des désordres impulsés par l'intervention psychiatrique que des désordres identitaires générés par le doute de soi. La peur du déclassement social est incarnée par l'hospitalisation :

« J'ai eu peur de la mort, mais pas des pensées suicidaires. C'est plutôt après l'hôpital. Après l'hôpital, on se sent pas bien... J'ai même encore des moments de doute profond. (...) Des doutes, non, mais un sentiment de mal-être quoi... C'est à dire un sentiment qu'il y a quelque chose qui nous pèse, qu'on est un rebut... ce genre de choses quoi. C'est surtout après l'hôpital que j'avais ça. Maintenant, ça commence un peu à disparaître. Un peu quoi. » (Marcel)

Le doute de soi peut, lui, être articulé aux effets des traitements médicamenteux :

« Qui je suis ? Qu'est-ce que je peux faire ? A qui je peux rendre service ? Qu'est-ce que je peux faire de ma vie pour que ça me plaise ? (...) Là, j'ai fait rejaillir l'idée d'entrer dans la marine, parce que je sais que c'est un de mes désirs profonds de retourner sur un bateau.. J'espère que ce sera une voie qui me plaira. Mais du coup, à cause du traitement, je ne suis pas sûr de pouvoir rentrer dans la marine. Et ça me fait peur, parce qu'après, qu'est-ce que je vais faire ? » (Charles)

Cette crainte du déclassement social est encore plus prégnante pour ceux qui ont déjà expérimenté une rupture sociale liée d'après eux à ces troubles :

« J'ai peur que tout se recasse. Que je perde un travail, que je perde un appartement. Parce que c'est pas la première fois que je recommence une vie, ça fait deux fois... Donc, ça commence à me gonfler. J'arrive pas à me stabiliser. J'arrive pas à avoir un appartement, j'arrive pas à avoir un boulot. (...) J'ai peur de rechuter. J'ai grave peur. J'ai très peur de retomber à la rue. » (Arnaud)

Cette obscurité dans laquelle les jeunes se trouvent pris, et donc cette impossibilité d'agir, peut en retour générer de la violence. Benjamin décrit avec précision cette mécanique de ses violentes colères, aujourd'hui calmées par voie médicamenteuse :

« C'était un trop plein d'angoisse en fait, c'est simplement qu'à force d'être angoissé et d'être torturé par des questions (s'éclaircit la voix) existentielles ou des peurs, à un moment donné, c'est insupportable donc il faut... il faut l'sortir. (...) (C'était) après avoir vraiment... réfléchi longuement sur ma situation et constaté que j'étais dans la merde et que je comprenais pas pourquoi et qu'il n'y avait pas de solution et que c'était... pas acceptable. (...) Le seul moment où vous êtes pas flippé, angoissé, c'est quand vous êtes en colère, parce que c'est plus quelque chose que vous subissez. Là vous agissez, vous vous révoltez en fait.. »

C'est alors la violence de l'impuissance qui alimenterait alors le statut redouté de fou.

La convocation des hypothèses explicatives

Cette question du sens est apparue si prégnante pour les enquêtés que nous nous sommes penché sur la façon dont ils donnent sens à leur contact avec la psychiatrie, c'est à dire *in fine* au sens qu'ils donnent au motif de ce contact. L'analyse des hypothèses explicatives mobilisées par les enquêtés permet de pointer un travail intellectuel considérable, très mobilisé lors de cette phase d'entrée dans la sphère « psy » où nous avons rencontré les personnes.

L'observateur est en premier lieu surpris du foisonnement explicatif : l'hérédité, l'inquiétude des parents, la démotivation, le cannabis, des conditions de vie difficiles, un viol, un impossible coming-out, un échec scolaire, le décès du grand-père maternel, une rupture amoureuse, des conflits avec les parents, la difficulté à faire face aux événements, l'agressivité du frère, l'angoisse, l'alcoolisme d'un parent, des maltraitements sexuelles, l'isolement, une succession rapprochées de ruptures biographiques, une société intolérante, un système psychiatrique engendrant des troubles nosocomiaux, une trop grande exaltation, des discriminations socio-religieuses, des atteintes à la réputation, l'échec d'un projet de vie, le divorce des parents, des difficultés linguistiques pour communiquer avec les parents, une atteinte crânienne dans une bagarre, un séjour perturbant à la Légion Etrangère, l'assassinat du père tenu secret, avoir été bouc émissaire, l'inconscient, un « petit rouquin » malveillant, des contemporains haïssables, un milieu social et familial trop

protecteur, des amis proches qui déménagent, le stress lié au cumul des problèmes, une amie schizophrène, l'hyperactivité, ne pas avoir le sens des limites, la sorcellerie...

Comment donner du sens aux sens ?...

Nous sommes parti de l'hypothèse que pour que la psychiatrie et/ou la psychothérapie soient considérées comme outils d'intervention possibles, encore faut-il adhérer aux présupposés de ces outils et en arriver à une définition suffisamment commune de la situation. Il faut concevoir, d'une part, que les difficultés psychiques rencontrées par les personnes relèvent de leur responsabilité (ce qui ne signifie pas culpabilité...), d'autre part qu'elles sont imputables à un dysfonctionnement du corps (biologique, neurologique...) et / ou à un dysfonctionnement des capacités d'adaptation. Seule une telle acception autorise une intervention individuelle ou micro-collective sur des difficultés traitables par différents outils d'intervention sur soi (chimiques et/ou et psychothérapeutiques).

Tout un travail préalable d'incorporation de ces présupposés par les jeunes et leur entourage est donc nécessaire à l'intervention « psy ». Nous avons donc dans un premier temps regroupé les facteurs explicatifs proposés en facteurs environnementaux, qui présupposent une responsabilité des autres, et en facteurs individuels, qui présupposent une responsabilité du jeune. Il est probable que cette liste n'épuise pas toutes les hypothèses que des entretiens renouvelés auraient pu faire apparaître en supplément.

Le tableau suivant montre en premier lieu que du point de vue des jeunes, les facteurs impliquant la responsabilité de l'environnement sont davantage présents et souvent centraux, alors que ce n'est pas le cas pour les facteurs impliquant leur propre responsabilité. En effet, pour donner du sens à leur accès à la psychiatrie, les jeunes s'appuient d'emblée et de façon privilégiée sur des éléments biographiques objectifs préalables à leur premier contact avec la psychiatrie, éléments de leurs parcours ou de ceux de leurs proches qui les auraient déstabilisés. Ces éléments ont déjà été mobilisés dans la partie de ce rapport présentant les trajectoires des jeunes. Nous n'avons repris ici que ceux dans lesquels les jeunes puisent explicitement des éléments de compréhension de leur orientation vers la psychiatrie. En caractères gras figurent les registres explicatifs dominants des jeunes³³.

³³L'identification des hypothèses dominantes repose sur une appréciation raisonnée du sociologue s'appuyant sur l'articulation entre moment de l'énonciation, velléité argumentaire, redondance, etc.

Tableau des facteurs explicatifs convoqués

Pseudo	Age	CSP	Type Contact Psy	Facteurs explicatifs impliquant l'environnement ³⁴	Facteurs explicatifs impliquant le jeune
Cédric	20	□	Type I	- Erreur d'orientation des parents à cause de tensions et d'un repli sur soi suite à second échec au baccalauréat qui les inquiètent.	Aucune
Charles	23	□+	Type I	- Hypothèse d'une hérédité des troubles, crainte - Parents trop inquiétés par échec universitaire et pré-professionnel puis repli sur soi.	- Démotivation vis à vis des études de médecine
Jeanne	25	□+	Type I	- Conditions de vie très difficiles - Viol collectif qui ruine sa réputation. - Hypothèse génétique et neurologique - Indicibilité sociale de ses préférences homosexuelles - Mauvaise orientation professionnelle	- Hyperémotivité - Attirance homosexuelle indicible - Hypothèse produits hésitante
Lucas	22	□+	Type I	- 1er échec scolaire en école de commerce - Décès du grand-père maternel - Rupture amoureuse - Accentuation des conflits avec père - Agressivité du frère handicapé, jamais puni	- Démotivation - Difficulté à faire face aux 3 événements simultanés - Hypothèse cannabique
Thomas	18	□	Type I	- Conflits avec le père à cause de mauvais résultats scolaires - Hypothèse génétique, rejetée	- Angoisses
Arnaud	21	□	Type II	- Alcoolisme de sa mère durant sa grossesse - Maltraitements sexuelles y compris de sa mère	- Nervosité - Violence
Jean-Baptiste	23	□+	Type II	- Grand isolement. De multiples ruptures l'année précédente (famille, logement, travail) - Hypothèse génétique, crainte	- Angoisses depuis le collège - Hypothèse cannabique dominante et appréciée
Marcel	21	□+	Type II	- Conflit avec père quand retour en famille après 2 ans et demi d'autonomie résidentielle - Société qui indique les limites par l'imputation de folie - Système psychiatrique engendrant des troubles nosocomiaux	- Trop grande exaltation - Hypothèse cannabique très hésitante

³⁴C'est dans cette catégorie que nous avons fait figurer les hypothèses génétiques. Si on ne peut les qualifier à proprement parler d'environnementales, elles présentent cependant la même propriété qui est d'exonérer la responsabilité du jeune.

Sarah	20	□	Type II	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminations socio-religieuses - Atteintes à la réputation - Echec du projet de vie en « Terre promise » - Divorce de ses parents quand avait 4 ans 	Aucune
Sébastien	21	□	Type II	<ul style="list-style-type: none"> - Décès du beau-père quand avait 14 ans - Conflits avec père - Déception sentimentale - Isolement - Conflits avec père sur fond d'impossibilité linguistiques de communiquer 	Aucune
Yaku	21	□	Type II	<ul style="list-style-type: none"> - Une atteinte crânienne dans une bagarre (hypothèse préférée) - Un séjour perturbant à la Légion Etrangère - Assassinat de son père quand elle avait 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisses depuis le collège
Aurélie	21	□ +	Type III	<ul style="list-style-type: none"> - Silence familial sur ce décès dont elle n'apprend les circonstances que par hasard à ses 17 ans - Pairs la prennent comme bouc émissaire à cause de son mutisme - Rupture amoureuse - Un « petit rouquin » qui l'avait pris pour bouc émissaire en primaire et collège, mais hypothèse hésitante 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutisme - Angoisses - La responsabilité de l'inconscient - Hypothèse cannabique importante
Benjamin	24	□	Type III	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement lors de sa 2^{ème} année école d'art - Hypothèse génétique espérée mais peu probable - Des autres haïssables - Un milieu social et familial trop protecteur dans son enfance 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de ne pas adopter les comportements adéquats et du jugement des autres - Haine des autres...
Jérôme	24	□	Type III	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés politiques en Côte d'Ivoire qui éloignent ses amis - Isolement et grande précarité matérielle à Paris : le stress lié au cumul des problèmes - Relations avec amie schizo - Hypothèse d'un environnement familial défaillant 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés relationnelles avec ses pairs - Difficultés à « tenir » les relations amoureuses - Hyperactivité, ne pas avoir le sens des limites - Hypothèse cannabique assez forte
Sandra	20	□	Type III	<ul style="list-style-type: none"> - Famille violente - Isolement amical - Mutisme contraint - Mise en accusation globale de tous les « autres » - Sorcellerie 	<ul style="list-style-type: none"> - Nervosité

Dans cet inventaire à la Prévert où se côtoient le « petit rouquin », la sorcellerie, la haine et le cannabis, on peut une dernière fois recourir à la typologie des premiers contacts avec la psychiatrie pour tenter d'identifier quelques tendances :

- Les jeunes du type I, orientés pour la 1^{ère} fois vers la psychiatrie par leurs parents pour des signes de repli sur soi et/ou de conflits, ont tendance à impliquer un contexte de vie où dominent les inquiétudes de leurs parents autour de l'insertion scolaire et professionnelle. De leur point de vue, la situation problématique est le plus souvent cette trop grande exigence parentale au regard de leur parcours scolaire. Au-delà de ces constats d'échecs scolaires puis de repli qui viennent perturber, à un moment ou à un autre, le cadre familial, les dimensions les plus importantes à pointer pour les jeunes de type I sont probablement les conflits d'interprétation qu'ils occasionnent : les jeunes recontextualisent ces replis avec des événements déstabilisant, scolaires et hors scolaires, alors que nous verrons dans une partie suivante que les parents invoquent davantage la démotivation comme source de l'ensemble de ces problèmes, interprétation qui ouvre la voie à l'intervention psychiatrique.
- Les jeunes du type II, ayant accédé pour la première fois à la psychiatrie suite à des « pétages de plomb » avec témoins, ont tendance quant à eux à proposer des facteurs explicatifs liés à un grand isolement préalable à leurs troubles et à des perturbations importantes des cadres intégrateurs d'autonomisation. Au travers des hypothèses contextuelles proposées pour expliquer tout ou partie de ces recours apparaissent 2 sous-groupes : 3 jeunes ont vécu ces crises récemment et leurs familles ont activement participé à leur orientation vers la psychiatrie (Jean-Baptiste, Marcel, Sarah). Ces événements les ont profondément perturbés jusqu'au moment de l'entretien qui a eu lieu entre un à 3 ans après cet événement. Tous font référence à un temps relativement court pour élaborer la contextualisation de leurs troubles, où domine un éloignement du domicile familial vécu par eux et/ou leurs parents comme une étape d'autonomisation, mais étape qui a échoué. Tous les cadres intégrateurs sont altérés au moment d'une crise qui a ramené tous les jeunes dans le giron familial. Mais dans l'autre sous-groupe, 3 jeunes mentionnent des troubles plus anciens, pour lesquels ils ont été orientés vers la psychiatrie pour des troubles à l'ordre scolaire ou public et par des agents de l'ordre social beaucoup plus que par leurs parents (Arnaud, Sébastien, Yaku). Les récits des jeunes y sont beaucoup plus hésitants et incomplets, et les hypothèses contextuelles moins élaborées, plus étroitement articulées à des hypothèses psychologiques.
- Les récits des jeunes du type III, ayant accédé pour la 1^{ère} fois à la psychiatrie sur le mode de l'auto-recours, ont tendance à pointer également, pour expliquer leurs difficultés, des situations d'isolement préalable. Mais ils fournissent une épaisseur temporelle de leurs troubles encore plus importante : Aurélie remonte au décès dramatique de son père alors qu'elle n'a que 4 ans. Benjamin remonte à l'école primaire pour y retrouver, avec l'aide d'une psychologue, la figure d'un enfant de sa classe qui l'avait élu bouc émissaire, avant de pointer les crises de panique qui ont été initiatrices de son 1er recours à la psychiatrie. Jérôme évoque une enfance sur-protégée l'ayant peu habitué à l'autonomie, avant de mentionner comme contexte immédiatement initiateur une période de suractivité professionnelle et cannabique. Sandra pointe un isolement familial depuis toujours et un isolement amical depuis longtemps, avant les « voix » qui l'ont amenée à rechercher l'aide de la psychiatrie. Pour ces jeunes, les explications par le contexte y sont plus hésitantes et plus fréquent est le recours au « psychique ». Car cette épaisseur historique des difficultés fait que les jeunes du type III ne se satisfont pas de seules explications contextuelles. Les troubles ont perduré dans des contextes

très différents, exonérant du coup tout ou partie de la responsabilité de ces « autres ». C'est pourquoi ils ont davantage mobilisé des registres d'implication de « soi » au travers de la thématique de la personnalité.

Là s'arrête la valeur opératoire de la typologie utilisée jusqu'à présent, celle des modalités du premier contact avec la psychiatrie. La prise en compte de la variable de l'âge montre que les hypothèses les plus élaborées sont plutôt celles des jeunes les plus âgés. Et celle de la catégorie socio-professionnelle montre que les facteurs individuels ont tendance à être davantage mis en avant par les jeunes issus des milieux les plus favorisés de notre corpus. Mais c'est l'introduction d'une autre variable, la durée totale de fréquentation d'un espace de soins psychiatriques et/ou d'un espace de parole psychothérapeutique (pour simplifier, nous les qualifierons de suivis, espaces, etc., « psy »), qui permet maintenant de mettre en lumière une corrélation plus marquée avec les principales hypothèses explicatives proposées par les jeunes. Ce temps psychiatrique, dont le déroulement a été présenté dans le chapitre précédent, a un effet sur la vision du monde des jeunes et de leur entourage.

2- Hypothèses, responsabilité et temps de la psychiatrie

Comme on l'a vu, les hypothèses proposées sont très variables et convoquent tous les registres d'explication : la personnalité, les gènes, les substances psychoactives, le religieux, l'environnement social, la famille, etc. On peut cependant identifier 2 principales tendances. D'un côté se trouvent ceux qui n'ont pas ou peu fréquenté un espace « psy » (Groupe 1), qui tendent à émettre des hypothèses mettant surtout en responsabilité les « autres », et plus précisément l'entourage familial. De l'autre se trouvent ceux qui en ont une plus longue expérience (Groupe 2) y incorporent davantage d'hypothèses où leur personnalité, qui ils sont, entre en ligne de compte lorsqu'ils tentent de donner du sens aux difficultés qu'ils ont rencontrées.

Tableau du groupe 1 : responsabilité des « autres » et Suivis « psy » courts

Pseudo	Age en 2004	Principaux recours « psy »	Age au 1 ^{er} recours « psy »	Suivis psychothérapeutiques (durée totale)	Avis sur parole	Suivis psychiatriques (durée totale)	Avis sur médicaments	Durée totale des suivis « psy »	Hypothèses explicatives dominantes proposées par le jeune
Cédric CSP 1 A risque	20	Test d'évaluation	20	0		0		0	Aucune puisque pas de problèmes
Marcel CSP 1+ 1 ^{er} épis.	22	1 consult psychiatre libéral puis hospitalisation	22	Env. 6 mois	-	9 mois En cours	Plutôt +	9 mois	Conflits avec père et contrôle social
Sarah CSP 2 1 ^{er} épis.	20	Suivi CMPP puis psychiatre libéral puis hospitalisation dans clinique	18	9 mois	--	9 mois En cours	-	9 mois	Environnement hostile
Yaku CSP 2 1 ^{er} épis.	21	Psychologue CMP puis hospitalisation	18	1 séance	-	1 an Arrêt depuis 1,5 an	-	1 an Arrêt depuis 1,5 an	Accident crânien et manque de communication avec parents
Sandra CSP 3 A risque	20	Psychiatre CMP	19	1 séance	-	1 an En cours	--	1 an	Sorcellerie et famille pathogène
Sébastien CSP 2 A risque	21	Hospitalisation sous contrainte puis suivi sous contrainte judiciaire	17	Quelques séances en tout jusqu'à 18 ans puis erratique	--	Environ 2 ans (sous contrainte) Irrégulier	Plutôt +	Environ 2 ans (sous contrainte) Irrégulier	Conflits avec père
Arnaud CSP 2 1 ^{er} épis.	21	Foyer de post-cure (?), consultation hospitalière puis hospitalisation puis suivi CSST	18	Depuis quelques mois	Plutôt -	Environ 2 ans En cours	Plutôt +	Environ 2 ans (sous contrainte?)	Consommations maternelles d'alcool pendant grossesse et violences maternelles

Groupe 1 : des hypothèses centrées sur la responsabilité de la famille

Comme le montre le tableau ci-dessus, 7 jeunes n'ont aucune expérience de la « psy », en ont une expérience de courte durée, c'est à dire de moins d'un an, ou bien encore ne l'ont fréquentée que sous contrainte institutionnelle. Les hypothèses explicatives qu'ils proposent ont pour point commun de pointer une responsabilité dominante extérieure à eux. Comme annoncé précédemment, on remarque que si ces 7 jeunes appartiennent un peu plus souvent au type I (3 jeunes), donc des jeunes gens convoyés par des parents vers la psychiatrie, les autres types sont largement représentés. Ainsi apparaissent 2 jeunes du type II, et de façon plus surprenante, 2 jeunes du type III : plus surprenant puisque ces jeunes sont dans une démarche à dominante en auto-recours avec de multiples tentatives pour résoudre des souffrances ressenties depuis longtemps, et qui pourtant ne se sont pas saisis de l'outil « psy ».

Sur les 7 jeunes qui invoquent des hypothèses centrées sur le contexte, la mise en responsabilité de la famille est donc au coeur des hypothèses explicatives pour 6 d'entre eux. Parmi ceux-ci, seul Cédric ne perçoit aucune pertinence au contact avec la psychiatrie. De son point de vue, c'est la famille qui est responsable de ce contact par accompagnement vers la psychiatrie. Les 5 autres évoquent leurs difficultés en terme de troubles psychiques, des troubles qu'ils estiment provoqués tout ou partie par un milieu familial perturbant : des conflits exacerbés avec les parents, où le père occupe une place « privilégiée » (Marcel, Yaku et Sébastien), des violences maternelles (Arnaud) ou bien plus globalement un fonctionnement familial pathogène où jeunes a occupé la place du bouc-émissaire (Sandra). Ces hypothèses peuvent être fortement articulées à d'autres qui ne relèvent pas de la sphère familiale mais restent très environnementales (accident crânien, sorcellerie, contrôle social, hypothèse génétique). Un seul jeunes n'évoque aucune hypothèse familiale pour pointer globalement la responsabilité d'un environnement « hostile » (Sarah).

Cédric : Des parents mal orientés

Cédric n'identifie aucun problème, si ce n'est une période de flottement à cause de son second échec au baccalauréat qui lui ferme de nombreuses portes professionnelles. Il présente le profil le plus « pur » de problèmes dans le cadre scolaire qui vont s'actualiser dans le cadre familial, mais aussi amical, par un repli sur soi. Il est le seul à ne jamais envisager qu'il puisse s'agir de troubles psychiques puisqu'il revendique le choix délibéré de ce repli sur lui-même « *pour faire le point* ». C'est son second échec au baccalauréat qui, selon lui, met la famille en ébullition. De son point de vue, ce repli sur soi a été un moment pour faire le point et intégrer dans ses projets un événement non prévu, celui de ne pas avoir le baccalauréat :

« (Durant les 3 mois de retrait), c'est pas qu'ils m'ont pas aidé (amis du lycée), c'est que je voulais pas d'aide. Pour faire le point, c'est moi tout seul, y'a personne qui peut m'aider à faire le point, y'a pas de gourou qui me ferait entrevoir la lumière... Je pensais que c'était mieux que je le fasse moi-même, et puis mes amis ont leur vie, donc je fais le point sur ma vie tout seul pour savoir où j'en suis. Leur avis m'intéresse, mais pas plus que ça. (Durant ces 3 mois) j'ai changé d'optique sur l'armée, sur ce que je peux faire. Moi je voulais faire pilote de ligne, je peux pas, donc tant pis et puis après, je voulais faire informaticien, je peux pas non plus, donc bon, je me suis rendu compte qu'il me restait plus beaucoup de choix, mais j'en avais quand même qui me plaisaient, que je pouvais faire. (...) Je m'y suis fait assez vite au fait que je peux pas le faire mais c'était plutôt une remise en question et une recherche de ce qui me plaisait vraiment et de ce que je pouvais faire, plutôt de ce que je pouvais faire et de ce qui me plaisait vraiment dans ce que je pouvais faire. Mais ça, fallait que je le fasse tout seul, et que je vois aussi de quoi

je suis capable, est-ce que je suis capable de retourner en cursus scolaire, est-ce que ça pas me saouler à un point que je vais plus rien foutre ? ou est-ce que si ça me plaît je vais quand même me donner à fond ? »

Mais Cédric est le seul à émettre une forte présomption d'absence de troubles. Tous les autres jeunes admettent peu ou prou qu'il y a un problème auquel il faut trouver une solution, dont il s'est agi ensuite d'identifier les causes premières.

Marcel : La mise en avant de la famille, actrice du contrôle social

C'est 4 mois avant la « crise » que Marcel situe le début de ses difficultés. Il subit alors un éloignement à l'étranger (Salamanque), prévu pour un an, obligatoire dans le cadre de son cursus de sciences politiques. Durant cette courte période, il met en avant des altérations tant dans le cadre résidentiel que pré-professionnel, amical, puis finalement familial, où s'épanouissent ses difficultés. Dès son arrivée à Salamanque, il y ressent une infinie solitude. Marcel aménage sa solitude et finit par y trouver son compte, *« j'avais envie de faire ce que j'avais envie »*. Il abandonne rapidement les cours universitaires pour se construire *« un petit monde »* :

« J'écrivais pas mal... et puis j'avais fait un tableau de la connaissance : je faisais des bulles, les idées je les reliais aux autres, etc. etc. et ça faisait un grand tableau énorme quoi, que j'avais mis sur le sol, donc avec plein de bulles, un peu comme des connexions neuroniques quoi, et ça m'amusait, je faisais des parallélismes, de cinéma, de littérature... Je prenais ma colle, je collais les pages entre elles et je faisais une grande page énorme... et j'étais content parce que comme c'était sur le sol, dès que j'avais une idée, hop ! je la notais... Je faisais ça et puis en même temps, j'écrivais aussi d'autres choses... En puis j'avais remplacé tous mes cahiers de cours par mes créations. Ca c'est vraiment de la négation totale des études quoi : j'ai enlevé tous mes cours des classeurs, je les ai mis en pile dans un coin et à la place, au typex, j'ai enlevé le titre des cours, et je mettais ce que j'ai fait. Et je faisais beaucoup de rap. C'est à dire que j'apprenais des textes de rappeurs connus, Toupak et tout ça, et toute la journée, je me les récitais : sur Internet, je chopais les textes et je les apprenais parce que j'adore le rap et tout ça... Donc j'avais une pochette textes qui s'appelait Lyrics, textes de rappeurs, une pochette Idées pour l'arbre de la connaissance, une pochette Poèmes et Textes, (...) une pochette Projets artistiques pour le futur (sourire), enfin bon... Ca, c'est un problème, c'est quand on manque de réalisme quoi, c'est à dire quand on est jeune, on manque de réalisme... »

Durant la période des fêtes de fin d'année, il revient à Paris pour deux semaines mais il refuse de séjourner avec ses parents : *« comme j'avais une vie vraiment indépendante à Salamanque, c'est à dire que je faisais ce que je voulais, donc pour moi, retourner chez mes parents, c'était plus possible »*. Il préfère le domicile de sa demi-soeur qui lui laisse entière liberté :

« Je pense que là où j'ai commencé un peu à perdre la tête, c'est... à partir du moment où comme j'avais plus cette autorité parentale, je faisais ce que je voulais et j'essayais d'écrire un bouquin... J'étais exalté quoi. J'étais vraiment exalté... je faisais ce que je voulais, je traînais dans Paris... je commençais à nourrir des grands projets, c'est à dire je voulais être... je voulais sortir un CD de musique, je voulais être cinéaste réalisateur. »

C'est chez sa demi-soeur qu'a eu lieu sa « crise », lors d'une soirée mondaine où il pense que le côtoiement de personnalités du monde du spectacle lui aurait fait tourner la tête...

Ces éléments contextuels sont minorés et Marcel propose une lecture en terme de responsabilité paternelle consistant en une trop forte pression éducative depuis toujours. Pour lui, ses parents se seraient comme servis de la « psy » pour le faire plier puisqu'il relie ses difficultés à une vision

sociétale coercitive pour tous ceux qui envisageraient de sortir des rails et de « *se rebeller avec ses parents* ». Cette conception de la folie comme punition infligée par la société, via les parents et le « *bras armé* » de la psychiatrie, si l'on n'accepte pas ses cadres et que l'on « *dépasse les limites de la liberté* », l'amène à douter de la qualification pathologique de certains de ses actes considérés par les psychiatres comme indicateurs de troubles. Il perçoit la psychiatrie comme un puissant instrument du contrôle social pour limiter ses rêves en le sortant d'un « *monde douillet* », peut-être celui d'une enfance dorée. Il resitue clairement les épisodes d'apprentissage du conformisme, symbolisés par les exigences des personnels hospitaliers. Il a une vision quelque peu kafkaïenne de l'hôpital psychiatrique, avec des intervenants proches de la perversité puisque cherchant à prendre en défaut les patients. Cette approche en terme de contrôle social fait basculer Marcel dans une démarche de résistance où, contrairement aux injonctions qui lui ont été faites d'abandonner ses rêves artistiques, il ne renonce pas et se contente de les mettre de côté pour plus tard : « *je trouve ça dommage parce que j'ai des expressions artistiques que je peux pas exploiter pour l'instant* ». Contrairement à sa sagesse de façade, Marcel semble encore loin de la compliance psychiatrique. Marcel interprète ce séjour hospitalier comme un apprentissage douloureux des limites, après « *être allé trop loin dans ma rébellion* », une injonction à rentrer dans le rang : « *Pour moi, maintenant, ma liberté... elle est beaucoup plus restreinte qu'avant quoi, beaucoup plus... j'ai bien compris à l'hôpital qu'il fallait se comporter d'une certaine façon.* » Dans cette logique, il met en responsabilité le système psychiatrique hospitalier et y identifie des facteurs nosocomiaux qui le font « *ultra réagir* » :

« Même jusqu'à la fin (de mon séjour hospitalier), j'étais encore pas très bien hein ! Je veux dire lorsqu'on a commencé à me faire des sorties, j'imaginai encore plein de choses hein ! Jusqu'au moment où après, on m'a laissé tout seul chez moi, et là, tout d'un coup, c'est parti. Et moi, j'explique ça comme le facteur essentiel, c'est le fait qu'en hôpital psychiatrique, on est constamment surveillé. Constamment. C'est à dire que les gens vous observent, prennent des notes... etc. Après, y'a un entretien tous les mardis matin pour voir notre état etc., donc avec le psychiatre en chef et le chef de l'unité de service et tous les gens, et c'est assez stressant quoi. Moi, le fait d'être surveillé comme ça, ça me faisait ultra réagir. (...) Y'avait plein d'infirmiers, et cette surveillance, comme ça, constante, de... de notre état, c'est vraiment... pesant quoi. Et moi, je sais que dès que je suis arrivé chez moi (chez les parents), mais ça s'est évanoui, mais totalement quoi ! Tout de suite parti ! J'ai fait 2 sorties d'un week-end, et après, je suis resté chez moi et là, ça a disparu peu à peu quoi. Au bout d'une semaine, j'avais pratiquement plus rien. Peut-être que ça aurait été la même chose si j'étais resté... à l'hôpital, mais peut-être en fait aussi que si on m'avait laissé sortir plus tôt de l'hôpital, ç'aurait été mieux pour moi. »

Yaku : La mise en avant de distances physique et culturelle avec les parents

Des indices laissent à penser que le 1er contact de Yaku avec la psychiatrie a eu lieu au collège sous forme d'une orientation vers l'hôpital Ste Anne à l'initiative du milieu scolaire, apparemment suite à une bagarre entre collégiens. Il y subit un scanner, mais tant Yaku que ses parents restent flous sur d'autres éventuelles interventions psychiatriques à cette occasion. Par contre, Yaku fournit davantage de données contextuelles sur sa seconde hospitalisation après sa tentative ratée d'engagement dans la Légion Etrangère. Il évoque là encore des perturbations dans de multiples cadres. Il insiste sur le cadre scolaire et résidentiel, scolarisation vécue en solitaire dans un établissement parisien depuis de nombreuses années, années durant lesquelles il réside seul dans un appartement à proximité de l'habitation de sa tante. Si sa scolarisation est perturbée depuis le collège par son absentéisme et une sur-consommation cannabique, Yaku explique celle-ci comme un palliatif à une solitude qu'il ressent encore aujourd'hui :

« Avant, en fait, j'étais dépressif, on va dire. Je pensais beaucoup. J'avais peur de ne pas réussir. Je me prenais la tête. Je pense que c'est avec le cannabis. (...) J'ai fumé en 4^{ème}, 3^{ème}, 2^{nde}, surtout en seconde parce que j'étais perdu. Donc, je me réfugiais dans le cannabis. Pendant toute cette période, (je fumais) toujours avec des amis, jusqu'à 10 joints par jour. C'est pas que j'étais accro mais j'aimais bien ça. Et puis comme j'avais du mal à m'endormir le soir... J'étais angoissé. (Encore aujourd'hui) Je pense beaucoup. Je réfléchis beaucoup à ce que je veux faire, j'ai peur de ne pas y arriver et j'ai du mal à me concentrer. Mes études, passer le permis... Je sais pas pourquoi je me pose tant de questions... Ca m'inquiète. Peut-être parce que j'ai personne à qui parler. »

Dans ce contexte de scolarisation ratée (il a 20 ans et vient de rater son bac), le cadre professionnel lui est difficilement accessible, et ne trouvant pas de travail, il décide en novembre 2003, après une nouvelle dispute avec ses parents et sans rien en dire à personne, de se faire engager dans la Légion Etrangère à Marseille, un choix qui n'est pas anodin lorsque l'on se rappelle que son père a été militaire dans l'armée française. Mais il est recalé à cause des traces de THC retrouvées dans ses urines : *« Ils ont dit : « on ne laisse pas toucher une arme à quelqu'un qui fume du shit. » »* C'est une grande déception pour lui, peut-être une dernière possibilité perdue d'alliance avec son père :

« Parce que j'aime bien l'armée. Mon père était militaire. Il était à l'école de St Cyr, quelques années. Après, il est reparti au pays, pour rechercher ma mère et mes petits frères pour qu'ils viennent en France et puis voilà. L'armée, c'est ce que je voulais faire depuis tout petit, mais je vois que je ne peux plus donc je suis dégoûté.

Il s'était auparavant renseigné pour travailler dans la Marine, où lui fut rappelé son « étrangeté » : *« je ne pouvais pas parce que je ne suis pas français »*. Il "pète les plombs" au retour de la Légion Etrangère, ce qu'il met en lien direct avec la trop stricte discipline qu'il y a connue. Pourtant, c'est l'hypothèse d'un manque de communication avec des parents maîtrisant peu la langue et les valeurs de la société française que Yaku évoque pour expliquer globalement ses difficultés, des difficultés de communication ponctuées depuis toujours de fréquentes disputes avec son père :

« Avec mes parents, c'est dur de parler parce qu'ils ne parlent pas très bien français. Moi, je ne parle pas très bien laotien. Question communication, c'est difficile. (...) Peut-être que mes parents n'étaient pas très à l'écoute, donc j'étais seul... j'avais personne à qui parler... J'avais pas de repères. (...) Je gardais tout ça pour moi. C'est ça le problème, parce que quand tu gardes ça pour toi, tu te sens tout seul. »

Cette hypothèse s'articule à celle d'un accident crânien occasionné par une bagarre entre collégiens, à qui Yaku attribue la responsabilité de ses difficultés initiales :

« J'ai arrêté mes études en 2^{nde} spé parce que j'ai eu un accident, je me suis fait taper, il m'ont étranglé et cogné la tête. Ce qui fait que j'avais super mal à la tête. Je me suis dit que c'était peut-être à cause du cannabis mais en fait, c'est pas ça. J'avais tout le temps mal à la tête, je n'arrivais pas à me concentrer. C'était super difficile. Donc, je me suis dit que ce n'était pas dû au cannabis mais à l'accident. (...) Je sais que j'ai un problème avec ma tête. Je prends des médicaments et je sais pas trop. Si ça peut m'aider à retrouver une bonne mémoire et éviter la dépression... »

Sébastien : L'hypothèse d'un divorce parental jamais « digéré »

Si l'on s'en tient à la seule durée de sa fréquentation de la « psy », 2 années environ, Sébastien ne fait pas partie des suivis récents. Mais s'il est très hésitant dans ses hypothèses explicatives, c'est que ses difficultés semblent liées à un contexte d'injonction thérapeutique où est mise en cause depuis longtemps, tant par ses parents que par les professionnels, la responsabilité de ses consommations de produits psychoactifs, lecture qu'il ne cautionne d'aucune manière. Pour lui, c'est dans le divorce de ses parents alors qu'il avait 3 ans qu'il esquisse quelques pistes explicatives de ses errements.

Sébastien a 3 ans lorsque ses parents divorcent. De déménagement en déménagement, il habite dès lors avec sa mère, puis avec sa mère et son beau-père qui décède lorsqu'il a 14 ans. Son père, parti vivre dans le sud de la France, entretient jusqu'alors avec lui des relations distendues, jusqu'à ce que Sébastien parte habiter avec lui. Il a alors 15 ans, engagé dans une scolarité peu brillante. La cohabitation se dégrade au fur et à mesure que les mauvais résultats scolaires de Sébastien s'accumulent, que ses sorties tournent à la beuverie, que la violence s'accroît entre eux, sur fond d'imbroglios relationnels avec sa nouvelle « belle-famille ». Sébastien déplore le manque d'attention que lui a alors porté son père. Pour couper court aux conflits, il part à 17 ans faire une formation de métallurgie à Saint Nazaire, à plusieurs centaines de kilomètres tant de sa mère que de son père, et passe davantage de temps à faire la fête qu'à travailler... C'est là, dans cette autonomie toute nouvelle, qu'il revient sur les effets déstabilisants d'un divorce qu'il n'a jamais réussi à gérer, « coincé » semble-t-il dans les tensions entre sa mère et son père :

« Quand mes parents se sont séparés, j'y pensais pas trop tous les jours quand j'allais à l'école parce que j'étais occupé, il y avait les cours et tout ça. J'avais pas trop le temps d'y penser. Et là (Saint Nazaire), j'étais autonome, donc ça me faisait pas pareil... Je pouvais sortir et tout ça, donc je voyais pas ça pareil. Que ça n'aurait pas été pareil si ça c'était pas passé comme ça. Déjà, on n'aurait pas fait que déménager. Mon père aussi a beaucoup déménagé, ce qui fait que j'ai jamais eu trop de liens... »

C'est ce contexte d'isolement qu'il pointe comme explicatif de sa tentative de suicide, un an après le début de cette formation :

« Comme j'étais loin de mes parents... (silence) Non. Mais ce soir là, j'avais pas envie (de sortir avec son colocataire). J'avais pas le moral. Je repensais à mon père, à tout ça... que je le reverrais pas souvent, que ça n'allait pas être facile. J'avais pas trop envie de le voir. Je me disais que c'était pas très important ce qui s'était passé. Comme on s'était engueulé... »

Il sent ses capacités de réflexion aux solutions envisageables pour se réconcilier avec son père entravées par une formation de métallurgiste ardue et qui ne lui plaît pas. On le voit là encore que, si les éléments contextuels sont nombreux, les hypothèses de Sébastien sont dominées par le conflit avec son père.

Arnaud : La mise en responsabilité de la mère

Arnaud mentionne des difficultés scolaires depuis ses plus jeunes années. Contrairement aux jeunes de type I, ces difficultés ont provoqué un 1^{er} recours « psy » (sans plus de précisions) dès la maternelle : « Cette nervosité, elle s'est transposée un peu à l'école quoi, sous forme de crises de nerfs, sous forme de violences aussi... Je dissipais tellement la classe qu'on m'a viré de tout établissement. » Arnaud situe ces difficultés, surtout disciplinaires et qui lui ont valu des évictions scolaires à répétitions, comme

liées aux perturbations qu'il rencontre ensuite dans les cadres professionnel et amoureux... Il s'agit toujours de « *pétages de plombs* » publicisés :

« Et puis, à partir de ça (éjections scolaires et « tombée » dans le travail), même dans le travail, j'avais du mal à me lever le matin, j'avais des moments de nervosité trop intense, je pétai les plombs en entreprise quoi. J'ai fait deux pétages de plombs. Donc, ça aussi c'est un moment de ma vie qui est marqué quoi. Même avec mon ex-copine, enfin une de mes ex-copines, j'ai fait un pétage de plomb assez important aussi. Donc, un peu perturbé, quoi ».

Entre les lignes, Arnaud évoque des démêlés judiciaires pour des bagarres qu'il explique par cette nervosité exagérée. C'est l'accentuation des perturbations dans le cadre familial avec son père qui semble avoir abouti à une tentative de recours de ce dernier à la psychiatrie pour médicaliser les troubles de son fils à sa majorité et lui donner accès au statut Cotorep. L'hypothèse explicative centrale d'Arnaud est la responsabilité de sa mère qui aurait surconsommé de l'alcool étant enceinte, transmettant ainsi une appétence pour la dépendance aux produits psychoactifs qui pèse sur sa vie :

« Depuis tout petit, je pense que ma mère picolait déjà quand on était dans son ventre. Pour moi, j'en suis sûr, parce que j'ai un problème avec l'alcool. Et puis, ce rapport avec ces drogues... Cette tentation que j'ai. Je pense qu'il y a un lien. (...) Je vois pas d'autres explications. »

Après sa naissance, Arnaud identifie les agissements d'une mère violente et incestueuse comme sources de ses difficultés :

« Je pense que c'est la violence que ma mère m'a donnée quand j'étais petit. (...) Elle nous tapait à coups de talons aiguilles. Elle nous tirait les cheveux. Quand je te dis ça, c'est à l'âge de trois - quatre ans. J'ai des cicatrices sur la tête qui sont quand même assez imposantes. Je pense que j'ai été marqué par ça un petit peu. Après, il y a eu des actes encore plus odieux... (...), des trucs sexuels... (...) il y a eu rapport, quoi. (...) Très tôt. 13 ans. Je sais pas ce qu'elle cherchait. À treize ans, on n'est pas encore bien formé... »

Il faut préciser qu'il est le seul à avoir plaidé la folie pour amoindrir les effets pénaux de ses actes (caillassage d'une gendarmerie où un gendarme a été blessé). Il est aussi le seul à avoir cherché à obtenir auprès de la Cotorep, avec l'aide de son père, le statut de handicapé dès ses 18 ans.

Sandra : La mise en avant d'un cadre familial violent

Sandra identifie dans un cadre familial violent des éléments perturbateurs explicatifs de ses difficultés actuelles :

« Mon père était alcoolique. Il battait ma mère et nous aussi. (...). Ça m'a marqué, mon père battait ma mère, moi je pouvais rien faire. Et ma petite sœur était encore petite, donc j'essayais de l'emmener dans la chambre de mes parents pour pas qu'elle voie tout ça. »

Très jeune, elle s'engage dans ces conflits familiaux pour tenter de les apaiser, et c'est dans ses échecs répétés qu'elle explique son exploration de la sphère amicale :

« J'ai toujours essayé de remédier à quelque chose dans ma famille, mais il n'y avait rien. C'est toujours moi, en fait, j'étais un peu le pilier de la famille. Et ça, ça m'a un peu détruite. Depuis, vu que la famille, ça n'allait pas malgré toutes les solutions que j'avais essayées : d'avoir un certain dialogue, de pouvoir se comprendre... avoir une vie normale... mais apparemment, personne ne s'intéresse, alors j'ai dû lâcher à la fin. J'ai essayé de chercher un peu à l'extérieur ce que je ne trouvais pas chez moi et finalement, je n'ai rien trouvé. Ça m'a plus enfoncée. »

Ces cadres amicaux qu'elle trouve « à l'extérieur » améliorent son quotidien : « *Mes sœurs sortaient avec leurs copines. Moi, je supportais tout à la maison. Ça m'a beaucoup enfermée. A une époque, j'étais toujours avec une copine, j'étais au collège, et ça m'aiderait à changer.* » Et ces affinités l'amènent à l'adolescence à enfreindre les règles familiales de sorties, ce qui accentue les tensions familiales : « *A un moment donné, ma mère me frappait aussi des fois, quand je rentrais tard du basket et que je ne pouvais pas les prévenir...* ». Mais ces supports amicaux ont disparu au fur et à mesure de déménagements successifs qui ont accentué son sentiment d'isolement. C'est d'abord son amie du collège qui disparaît de son entourage quotidien. Puis c'est le groupe élargi des pairs témoins de son vécu familial qui disparaît. Elle n'a jamais pu par la suite reconstituer un tel entourage support. Ces deux événements sont rapportés comme des possibles explications : « *Ça aussi peut-être que ça m'a blessée finalement* ».

Sandra évoque également la sorcellerie comme hypothèse de ses difficultés :

« Maintenant, tout ce qui est jeu d'esprits, je commence à y croire vachement. Tout ce qui concerne les esprits, ça y ressemble vachement. Mais, je peux pas savoir. Je ne suis pas psy ni rien. Et si ça se trouve, ils ne savent pas ce que j'ai. J'ai des troubles comme ça. Des fois, je sais pas si c'est normal, mais par moment, à l'intérieur de mon corps, ça peut être la jambe ou le bras, j'ai comme si quelque chose bougeait à l'intérieur pendant 5 secondes au moins. En fait, ça m'arrive souvent. Que ce soit les jambes ou les bras. Est-ce que ça a un rapport avec ça ? Je sais pas, j'ai l'impression que j'ai quelqu'un en moi. »

Elle était cette hypothèse avec un événement relatif à sa mère qui, au Maroc, pays d'origine de la famille, était allée voir une voyante qui lui avait dit de faire attention avec une de ses filles. On se trouve là devant une mise en accusation généralisée.

Sarah : La mise en avant d'un environnement globalement hostile

Comme Jeanne, Sarah a des hallucinations auditives depuis plus d'un an lorsqu'elle rencontre la psychiatrie pour la première fois. C'est pourquoi elle contextualise ses troubles dans un temps plus long. Pour rendre compte de ses « voix », elle mentionne des perturbations dans son cadre résidentiel, amical et relationnel de proximité, scolaire et familial. Elle ne mentionne aucun problème particulier avant sa scolarisation dans le lycée public de son quartier alors qu'elle était auparavant scolarisée dans un collège privé d'une autre ville :

« En fait, avant j'étais aux Quatre Chemins, ça se passait bien. Mais c'est quand je suis venue au Blanc Mesnil que ça a commencé à aller moins. Au début, ça allait bien au Blanc Mesnil, parce qu'il n'y avait pas trop de monde de ma cité et c'est la dernière année où il y avait du monde, donc ça m'a posé des problèmes. »

Les difficultés relationnelles qu'elle connaît en terminale font écho aux difficultés qu'elle rencontre dans l'environnement de la cité où elle commence alors à subir des agressions verbales : jeune fille dans un quartier où les espaces publics sont occupés par les hommes, de confession juive dans un quartier où la confession musulmane domine, assimilée à une « pute » par proximité avec sa soeur qui a eu un enfant à 19 ans avec un jeune homme du quartier, et par proximité avec l'une de ses vieilles amies associée à des « tournantes ». Sarah dénonce un environnement dans lequel elle ne se sent pas respectée en tant qu'être humain :

« En fait, moi, par rapport, à d'autres personnes, on n'a pas trop de respect pour moi. On ne me considère pas vraiment comme une personne. Des fois, c'est très vulgaire. En fait, c'est plus du vice. Les gens, ils en viennent direct au sexe, quoi. »

Leurs jugements dégradants trouvent un écho dans des expressions pour le moins malheureuses de ses parents qui associent ses consommations de cannabis, importantes, à de la prostitution, confortant une image qui lui fait violence :

« Les parents, c'est : " t'as fumé le shit, t'as fait la pute." Bon, ils savent que c'est pas vrai. Des fois, ils disent ça, je sais ma mère, elle me dit ça, des fois quand elle est énervée, mais elle sait que c'est pas vrai. Par contre, les jeunes, c'est vrai que moi, ils me voient comme un bout de viande. Vraiment, la prostituée. En fait, ils savent très bien que je n'en suis pas une, mais ils font exprès de faire refléter cette image de moi. »

Ces difficultés relationnelles induisent des difficultés scolaires car pour éviter les agressions verbales, elle suit de moins en moins les cours de terminale sans que ses parents soient au courant de ses difficultés. C'est à ce moment qu'elle situe ses premières « voix » :

« Des fois, j'étais en classe et j'entendais mon nom de famille crié par les fenêtres... C'était pas sans arrêt, mais bon, à force, je me suis sentie mal. J'ai préféré arrêté.(...) (La décision d'arrêter) Ça s'est fait progressivement, puisque des fois je continuais à aller en cours. J'essayais de suivre, mais en fait, j'arrivais plus à suivre. C'était vraiment... dur. »

Elle « sèche » les cours de plus en plus, préférant occuper un emploi dans la restauration rapide où elle travaille tous les jours de 17 à 23 heures. Du fait de son insatisfaction liée à l'environnement dans lequel elle vit, elle nourrit alors le projet d'aller vivre en Israël, où elle avait fait un cours séjour 2 ans auparavant. Elle rêve d'autres horizons où ses relations amicales ne souffriraient pas d'une mauvaise réputation ni de jugements hâtifs. Elle y fait un cours séjour en Avril 2002, au cours duquel elle continue d'entendre les mêmes insultes, d'où elle en déduit que ce sont des « voix ». Au retour de son séjour, les « voix » continuent. Elle a alors décidé, sans en parler à ses parents, d'arrêter sa scolarisation et de ne pas passer les examens de fin d'année. Elle leur annonce sa décision une semaine après les examens du baccalauréat. Ce voyage l'a confortée dans son projet, et elle essaye de mettre de l'argent de côté en travaillant. Elle perçoit aussi cet éloignement comme un échappatoire à ses importantes consommations de cannabis qu'elle identifie désormais comme causes de ses « voix ». En août suivant, Sarah préfère rester seule plutôt que de partir avec ses parents à la campagne, et elle commence des crises de paranoïa qui persistent jusqu'à aujourd'hui : *« J'avais l'impression que des gens me parlaient. En fait, ils me rabaisent. Dans ma tête. En fait, ils me disaient des insultes, ils me rabaisent. Ils essayent de me rabaisser. »*

Elle fait un nouveau voyage en Israël, cette fois avec le projet de s'y installer. C'est un voyage prévu depuis longtemps pour lequel elle avait mis de l'argent de côté. Elle y passe quelques mois dans un environnement très cadré :

« Ca allait parce que j'avais des journées complètes : on se levait à 5 heures du matin, on avait toujours un truc à faire. Il y avait le soleil et tout. En fait, on était dans un kibboutz et il y avait des français et des françaises comme moi, donc ça allait. »

Mais même l'arrêt progressif de ses consommations de cannabis n'ont pas arrêté les voix. C'est à son retour qu'elle se replie sur elle-même, préférant dormir pour ne pas entendre les voix, n'émergeant de sa léthargie que pour de brèves crises *« parce que parfois, j'étais tellement énervée (à cause des voix) que je tapais dans les murs »* :

« En fait, c'est parce que j'avais l'impression que je ne pouvais plus rien faire de ma vie : qu'on m'avait cassé ma vie, qu'on m'avait brisé ma vie, donc... vu que j'entendais ces voix, je préférais dormir que de les entendre.(...) »

C'est alors que son père l'emmène consulter au CMP de la ville. Aujourd'hui, elle ne se considère pas malade et refuse le discours qui consiste à dire que les voix proviennent d'elle. Elle est sous influence, selon elle et vit " *l'esclavage moral* " d'un environnement hostile :

*« Je sais que moi, je ne me serais pas détruit ma vie comme ça. J'aurais pas déprimé à un tel point où je ne me serais pas fait mal pour n'importe quoi. C'est vrai que je suis très sensible mais je suis pas la fille à baisser les bras comme ça. Parce que tout le monde dit que ça vient de moi et moi je sais que ça ne vient pas de moi. Ca vient de personnes qui ne m'aiment pas, des gens comme ceux qu'il y avait dans mon lycée.(...) En fait, on ne veut pas que j'y arrive dans la vie, quoi. Déjà, la vie, elle est dure, et les gens croient peut-être que je suis mieux partie dans la vie qu'eux, alors que je suis partie comme eux. (...) Je pense que... **à force de me faire blesser, j'ai arrêté ma vie.** »*

Groupe 2 : Responsabilité individuelle et Suivis « psy » longs

Pseudo	Age en 2004	Principaux recours « psy »	Age au 1^{er} recours « psy »	Durée totale des suivis psychothérapeutiques	Avis sur parole	Durée totale des suivis psychiatriques	Avis sur médicaments	Durée totale des suivis « psy »	Principales hypothèses explicatives proposées par jeunes
Charles CSP 1+ 1 ^{er} épis.	23	Psychiatre hospitalier	22	0		Env. 1 an En cours	+	Env. 1 an	Démotivation
Thomas CSP 1 A risque	18	Psychiatre libéral puis clinique universitaire	17	0		Env. 1,5 an En cours	1er psy : ++ 2ème psy : -	Env. 1,5 an	Entre responsabilité paternelle et hypothèse génétique
Jean-Baptiste CSP 2+ 1 ^{er} épis.	23	Multiples hospitalisations successives puis 2 suivis	21	0		2 ans En cours	Plutôt+	2 ans	Hypothèse cannabique
Jérôme CSP 1 A risque	24	Plusieurs psychiatres (lib. et hôp.)	21	Suivis très fragmentés. Environ un an en cumulé	Plutôt +	Environ 1 an Très irrégulier	Plutôt -	3 ans très irréguliers	Entre responsabilité environnementale et ne pas pouvoir faire face
Auréli CSP 2+ A risque	21	Psychologue libérale puis 2 psychothérapeutes successifs	17	Depuis 3 ans	Plutôt +	5 mois En cours	+	3 ans	Entre conditions du décès du père et fragilités personnelles
Lucas CSP 1+ A risque	22	Psychiatre CMP (?) = 1er suivi de longue durée, arrêté par parents il y a quelques mois pour un suivi à Ste Anne. Puis psychiatre libéral puis psychiatre hospitalier	19	Depuis 3 ans	+ mais « trichie »	Environ 3 ans En cours	Plutôt -	3 ans	Entre hypothèse cannabique hésitante et démotivation
Benjamin CSP 2 A risque	24	Généraliste puis suivis conjoints puis Arrêt de 2 ans puis reprise avec 2 psychologues successives + psychiatre libéral	19	Environ 4 ans	+	Environ 4 ans En cours	1er : - 2è : +	Env. 4 ans	Entre « petit rouquin » et peur du regard des autres
Jeanne CSP 2+ 1 ^{er} épis.	25	Hospitalisation pour observation puis psychiatre CMP puis transfert du suivi sur hôpital Paris puis CMP	21	Environ 4 ans	+	Environ 4 ans En cours	++	Env. 4 ans	Entre environnement négatif et hyperémotivité

Groupe 2 : Des hypothèses glissant vers la responsabilité individuelle des jeunes

Les 7 jeunes qui ont le plus d'expérience de la « psy » la pratiquent depuis une durée allant de 1 an et demi à 4 ans, et ils en donnent tous une vision globalement positive (Voir tableau). Comme pour les jeunes du Groupe 1, ils évoquent un contexte environnemental très dense et tout aussi défaillant pour cadrer leurs difficultés. Mais dans leurs hypothèses explicatives dominantes, ils proposent une lecture de leurs troubles où émerge leur implication, non pas volontaire bien sûr, mais en tant que dépositaires d'une personnalité qui ne leur permet pas de réagir de façon adéquate. Il s'agit d'une émergence hésitante, instable, d'une articulation entre environnement défaillant et défaillance des capacités personnelles à faire face, qui se traduit par une moindre implication de l'environnement familial. Les hypothèses génétiques et cannabiques y occupent une place toute particulière sur laquelle nous nous pencherons plus attentivement.

Charles : L'hypothèse centrale de la démotivation contre celle de l'hérédité

Pour Charles, c'est son échec aux deux sessions d'examens de passage en quatrième année de médecine qui inquiètent les parents. Lui est démotivé par ses études depuis plusieurs mois, mais sous la pression de ses parents, il se résigne à passer les examens de rattrapage de septembre. Il s'est engagé entre-temps à participer à l'encadrement d'une colonie de vacances pour jeunes handicapés organisée par une structure avec laquelle il travaille bénévolement durant l'année. Ce fut une mauvaise expérience du fait de conceptions différentes entre lui et un éducateur, qu'il connaissait pourtant, divergences portant sur le but de la colonie et les valeurs à transmettre. Cet échec le déstabilise un peu plus, l'épuise (d'autant plus que cette colonie a lieu en Italie durant la canicule d'août 2003) et limite son temps de révisions pour les examens de rattrapage de septembre, troisième échec qui le déstabilise un peu plus.

Ses parents sont étonnés de ses mauvais résultats car il avait toujours été brillant dans ses études, et « faire médecine » était sa vocation. Pour lui, c'est le manque de travail et de motivation qui explique cet échec, mais les parents le perçoivent autrement, et il semble que ces échecs ont été plus pénibles pour eux que pour Charles... qui les avait habitués à l'excellence scolaire. Après cet échec universitaire (2003), il fait le choix d'une année sabbatique car il n'a pas pris le temps de réfléchir à une nouvelle orientation. Il décide d'utiliser une partie de cette année sabbatique à se forger une expérience professionnelle et obtient un poste d'assistant auprès de personnes handicapées à l'Arche, association catholique qui lui permet d'allier travail et spiritualité. Il s'engage « corps et âme » dans cette expérience, durant laquelle ses parents inquiets l'accompagnent pour une première consultation en psychiatrie.

Alors qu'il n'a jamais fréquenté la psychothérapie, Charles est le seul de ce groupe à mettre en avant une responsabilité personnelle, sa *démotivation*. Il ressent notamment de la culpabilité par rapport à son abandon des études de médecine qu'il analyse comme une réaction malheureuse...

« Le fait de ne pas m'être plu en médecine... (...) Parce que j'ai toujours voulu faire ça. Et là, je me retrouve au pied du mur et ça me plaît pas. Je me dis que c'est peut-être comme ça avec tout. Finalement, si je suis un instable... (...) Je me pose des questions et j'ai tendance à culpabiliser par rapport à ça. »

Mais cette lecture est à mettre en lien avec une culture « psy » familiale développée, notamment avec la psychiatrie, le frère étant diagnostiqué schizophrène depuis 2002 (mais Charles utilisera de préférence le terme de « dépression »), années à partir de laquelle les difficultés de Charles

s'accroissent. C'est pourquoi il y a tout lieu de penser que le profil de Charles se rapproche du profil suivant de Thomas où l'hypothèse génétique est également très prégnante, même si éludée.

Thomas : Entre responsabilité paternelle et responsabilité des gènes

Pour contextualiser son premier recours à la psychiatrie, Thomas pointe une rupture amoureuse avec sa « première vraie petite amie » après une relation de 4 mois. Cette rupture l'amène à se replier sur lui-même durant une semaine : il reste dans sa chambre devant son ordinateur sans ouvrir les volets, il a des idées suicidaires. Et c'est aussi l'ordinateur qui va le sortir de cette mauvaise passe, grâce à une discussion via le net avec de jeunes femmes homosexuelles :

« Ce qui s'est passé, c'est que je suis allé sur Caramail, j'ai discuté avec des lesbiennes de caramail, j'ai tellement rigolé que je me suis dit qu'il y avait trop de choses à découvrir dans la vie pour déprimer et pour se suicider, parce que j'avais un peu des idées suicidaires aussi. Donc, le lendemain, j'avais la forme et c'était reparti de plus belle. »

Mais c'est surtout vers la fin de la 1^{ère} qu'il situe l'origine de ses difficultés, à une époque où les conflits avec son père s'installent autour de ses mauvais résultats scolaires, contrastant avec de bonnes relations antérieures. Il rencontre tout d'abord des difficultés en mathématiques, compensées un temps par des cours particuliers, « mais, en début de terminale, ça a été le fiasco total ». Malgré son travail, il rencontre de gros problèmes de compréhension des cours qui le déstabilisent : « C'était la première fois que ça m'arrivait et ça m'énervait. ». Parallèlement, son père ne supporte pas que son fils passe autant de temps devant son ordinateur pour participer à des jeux en ligne. Il supporte d'autant moins cette occupation de son fils qu'il la relie à ses mauvaises performances scolaires, et la lui interdit. Père et fils entrent alors dans un cercle vicieux où l'interdiction de jouer sur ordinateur pousse Thomas à y jouer encore plus lorsque son père est absent, le « déprimant » lorsque la présence paternelle l'en empêche :

« Il m'interdisait, mais bon, ça c'était pas dur : il n'était pas là de la journée. En fait, l'interdiction m'a fait encore plus jouer : ce qui est un peu logique à mon âge. Résultat, il était encore pire. Comme je pouvais pas jouer le soir quand il était là, le moment où on joue les matches et qui sont sympas..., donc ça me déprimait encore plus... Donc, c'était la misère. »

Il semble que la situation se soit envenimée lorsque son père connaît une période de chômage, et donc de plus grande présence au domicile familial, lien que Thomas ébauche durant l'entretien. Il fait alors une nouvelle dépression d'un mois qu'il met directement en lien avec ses difficultés scolaires et familiales :

« Parce que j'avais des sales notes et que j'arrivais pas à remonter le niveau. (...) Et puis ça allait mal avec mon père aussi, à cause de l'échec scolaire à la base. En fait, il y avait un conflit ordinateur/scolaire qui rendait mon père fou. (...) Ça a pris une énorme ampleur. Je saurais pas dire, mais c'était invivable au quotidien. (...) Le monde s'écroulait. Tout s'écroulait, donc j'ai fait une dépression. »

Il interprète tout d'abord cet état comme de la tristesse, puis avec le recul et parce qu'on le lui a suggéré, il pense aujourd'hui que c'était une dépression. C'est avec sa mère qu'un jour, il a « pété un câble », et que celle-ci émet l'hypothèse « psy » en lui conseillant un recours à un professionnel.

Après ce 1^{er} recours jamais interrompu, il cite une nouvelle période de « déprime » 6 mois plus tard, au moment où, seul chez lui pendant que sa famille est en vacances, il doit s'inscrire en faculté mais n'y parvient pas : « J'ai fait une crise d'angoisse cet été, parce que j'étais tout seul chez moi et qu'il

fallait que je m'inscrive en fac et tout. » Cette perspective universitaire l'angoissait à un tel point que ses parents l'inscrivent finalement dans un hôpital de jour pour étudiants.

Au-delà de ces conflits paternels, Thomas évoque l'origine innée de troubles, qu'il qualifie paradoxalement d'« angoisse » et « dépression », en pointant en filigrane la responsabilité des gènes. Il se considère comme malade par intermittence et évoque une grande peur de la maladie. Cette hypothèse génétique est émise à demi-mot par un Thomas dont le frère et le grand-père ont un suivi psychiatrique de longue date, et dont la grand-mère s'est suicidée il y a quelques années. L'hypothèse qu'il puisse souffrir des mêmes problèmes que son frère et que son grand-père est évacuée, alors que c'est certainement l'un des éléments qui est à l'origine de la consultation du Centre d'Evaluation.

Aurélié : Mise en avant du décès tragique du père puis de fragilités personnelles

Aurélié propose d'emblée une contextualisation familiale où l'événement central de ses troubles est la disparition tragique de son père, les bouleversements qui en ont été les conséquences, et la méconnaissance dans laquelle on l'a tenue jusqu'à ses 17 ans des circonstances exactes de ce décès, circonstances qu'elle apprend incidemment sans y avoir été préparée :

« Alors, ça a commencé quand j'avais 4 ans. En fait, mon père et ma jeune fille au pair ont été assassinés ensemble dans mon appartement, en plein milieu de la journée, quand j'étais à la maternelle. Et donc, on a retrouvé la jeune fille au pair, violée, égorgée et crucifiée parce qu'il y avait toute une mise en scène macabre. Donc, ensuite, on est parti de l'appartement. On l'a vendu. On est allé habiter chez ma marraine qui avait deux filles, enfin trois maintenant, dont une qui est devenue ma meilleure amie parce qu'on a développé des relations assez fraternelles vu qu'on a habité ensemble étant petites. Donc, ça, ça a duré un an. Ensuite, on s'est caché pendant 10 ans dans des HLM de la mairie de Paris parce que comme les circonstances du meurtre n'ont jamais été élucidées, on a du se cacher parce qu'on ne savait pas s'il nous en voulait personnellement ou quoi... Donc on s'est cachées pendant 10 ans. Donc, ça c'était assez difficile pour moi. A partir de mes 17 ans, j'ai commencé à consulter des psychologues. D'abord un psychologue qui m'a pas mal aidée. Ensuite, j'ai consulté un psychiatre, toujours pour les mêmes raisons et en avril dernier, j'ai commencé à faire des attaques de panique, des crises d'angoisses aiguës, répétées, qui duraient toute la journée, qui commençaient quand je me levais le matin et qui ne se terminaient jamais en fait. C'était des crises de spasmophilie. Ça c'était au mois d'avril. Et c'est arrivé en fait au même moment où dix ans plus tôt, mon père avait été tué. (...) J'ai commencé des crises d'angoisse. (...) Donc après ça a été essentiel pour moi d'aller consulter si ce n'est une psychothérapeute, au moins un psychiatre, parce que j'avais besoin d'un traitement : je ne pouvais pas sortir de chez moi, je devenais complètement enfermée, enfin, j'étais en autarcie, parce que dès que je sortais, je pouvais être potentiellement atteinte par une crise d'angoisse, à n'importe quel moment. Donc, je ne sortais plus : (...) quand je suis en panique, j'ai des hallucinations, sonores et visuelles, j'ai croisé Jésus plein de fois dans la rue, en plus j'ai des troubles du comportement alimentaire parce que j'ai été anorexique pendant 4 ans... »

Elle lie ces angoisses sur des visions qui l'habitent depuis son enfance : depuis le décès de son père, fille unique et nouant peu de relations avec les enfants de son âge dans un contexte de dix années de clandestinité vécues avec sa mère, elle a joué avec une amie imaginaire, Violaine, « parce qu'il y avait viol et haine », qui s'apparente à une hallucination auditive. Jusqu'à ce que cette amie devienne une ennemie. Elle mentionne d'autres événements qui, plus récemment, depuis décembre 2002, ont accentué ses perturbations : le décès de sa grand-mère maternelle à laquelle elle était très attachée, l'accident d'une cousine qui y perd une main (« je l'ai vécu comme si c'était ma

main qu'on amputait ») et une déception amoureuse. Tout son récit est soutenu par des liens entre les difficultés qu'elle rencontre et le décès de son père, via les mois anniversaire de sa disparition (avril), qui sont autant de moments forts où les troubles gagnent en intensité. Ainsi, c'est à partir d'avril 2003 qu'apparaissent des attaques de panique qu'elle interprète alors comme un problème d'ordre physique et non pas psychique. C'est aussi une période où elle habite avec un ami avec lequel elle consomme beaucoup de cannabis : « On fumait tous les deux comme des pompiers. (...) Entre 5 et 10 joints par jour. Pendant 6 mois à peu près. (...) Et c'est là que ça a commencé les crises d'angoisse. ». Manifestations contre lesquelles elle décidera ensuite de trouver de l'aide auprès d'un psychiatre – psychothérapeute exerçant en libéral. Ce premier contact avec la psychiatrie prendra la forme d'un suivi psychothérapeutique avec peu d'effets sur les manifestations d'angoisses d'Aurélié.

On le voit, la contextualisation d'Aurélié est à dominante familiale, et elle positionne toutes les perturbations dans d'autres cadres comme conséquence de cet événement fondateur : la clandestinité sociale pendant dix années, avec l'impossibilité de se lier, les ruptures amoureuses, etc. Mais si elle présente le décès de son père comme la clef de voûte de l'ensemble de ses difficultés, tout son discours témoigne d'une prégnance du registre psychanalytique, liée à une fréquentation de longue date de la « psy » et à son appartenance à un milieu très familiarisé avec ces professionnels. Les références au registre psychanalytique, notamment à l'inconscient, sont omniprésentes dans ses propos : « *inconsciemment, je le savais...* », « *des hallucinations auxquelles je me rattachais* », « *ça ne m'atteint plus du tout, enfin, peut-être inconsciemment, mais consciemment, ça ne m'atteint plus du tout* », « *c'est quelque chose qui a toujours été refoulé* », etc. Cette lecture se traduit par un questionnement sur ses capacités à faire face, qu'elle compare à son désavantage avec la personnalité de sa mère :

« Ma mère avait cette qualité d'être forte, et (chez) moi, ça a développé une certaine fragilité parce que vu qu'elle était forte, je n'avais pas besoin d'être forte. J'étais très fragile. J'étais hypersensible. Je suis toujours hypersensible. »

Puis elle considère en fin d'entretien que la psychothérapie ne lui apporte pas d'éléments décisifs, alors même que c'est son principal registre d'interprétation... et que la psychiatrie ne lui est pas non plus d'un grand recours puisqu'elle est ne peut être « classée » :

« Je dirais que je suis angoissée et que ça se manifeste de diverses formes. C'est tout. Je suis inclassable. J'ai des symptômes de plein de choses, mais je ne suis pas dans une catégorie déterminée. »

Jeanne : Entre environnement négatif et hyper émotionnalité

Du point de vue des facteurs contextuels proposés, Jeanne figure parmi les jeunes qui en pointent le plus, qu'elles présentent comme immédiatement déclencheurs de la crise.

A 22 ans, Jeanne obtient sa maîtrise après 4 ans de Beaux-Arts à Rennes. Elle vient sur Paris pour rejoindre une amie avec qui elle partage un petit appartement dans un quartier très populaire de Paris. C'est environ un an avant son premier recours à la psychiatrie, et Jeanne décrit à partir de là une succession d'événements qui témoignent d'une grande précarité. C'est là qu'elle situe le début immédiat de ses difficultés : « *Tous ces problèmes se sont déroulés sur l'année 2001. C'est probablement en lien avec les difficultés de vivre à Paris, c'est speed, beaucoup de monde.* » Elle mentionne des difficultés dans tous les cadres insertionnels, dans un contexte où ses relations familiales sont très distendues : cadre professionnel puisqu'elle échoue à trouver un emploi dans sa branche, vivant de petits boulots ; sociaux de proximité lorsqu'après un viol collectif dont elle a été victime, sa réputation est gravement atteinte ; résidentiel puisqu'elle ne trouve que des situations locatives

précaires ; amoureux lorsque son mariage pour les papiers se mue en une relation conjugale peu satisfaisante ; amical lorsque son amie décide de l'éloigner de son lieu de vie.

En premier lieu donc, Jeanne pointe des difficultés dans le cadre professionnel. Ambitionnant de vivre de ses compétences artistiques puisqu'elle a un diplôme d'organisation de manifestations culturelles, elle ne trouve que de petits boulots :

(notes d'entretien) A mon arrivée à Paris, j'ai fait du télé marketing par le biais de l'amie avec laquelle je partageais un appartement. Mais c'était chiant, c'était des enquêtes de consommations, on téléphonait par exemple à des avocats pour savoir s'ils avaient tel bouquin, ou à des banques. C'était des enquêtes à la con, sur la vie quotidienne. Des fois, on était mal reçu mais ça ne m'a pas tellement gênée. C'était pas mal payé : 6000 francs par mois, j'aurais pu continuer, mais c'est pas ce que je veux faire. Après, j'ai travaillé dans un petit bar, comme y'avait pas grand monde, y'avait pas trop de stress, ça pouvait aller, mais c'était tout de même trop prenant pour moi, j'en ai eu marre, j'ai arrêté.

C'est également peu de temps après son arrivée à Paris qu'elle subit un viol collectif alors qu'elle est sous produit psychoactif, viol dont elle sort avec une réputation de fille facile vite véhiculée dans le quartier par le bouche à oreille. Cette atteinte à sa réputation rend difficiles ses sorties (insultes, prises à partie, etc.) qui selon elle ont constitué le socle de ses hallucinations :

« Dans mes délires de persécution, y'avait souvent ça. (...) J'étais toujours hyper parano parce que j'avais toujours peur de retomber sur ces mecs-là et... à chaque fois qu'on rencontrait quelqu'un, je savais pas s'il était au courant ou pas, parce que les gens ils parlent beaucoup donc nananana... Je pense que ça a encouragé aussi mes troubles, parce qu'à force d'être toujours parano, bah tu deviens parano. »

Toujours durant les premiers mois de son arrivée à Paris, Jeanne s'est mariée avec un homme rencontré peu de temps auparavant dans la rue, sans en parler à ses parents. Pour que ce conjoint obtienne les papiers, ils sont obligés de cohabiter, ce qui ouvre probablement une alternative résidentielle à Jeanne. Mais ils habitent dans un hôtel « miteux », « un environnement super négatif » que Jeanne met en relation directe avec ses difficultés. C'est durant cette période d'une année, sans plus de précision, qu'elle mentionne les premiers phénomènes qu'elle qualifie de « paranoïaques ». Ils durent toute une nuit durant laquelle elle erre terrorisée dans les rues de Paris. Avec son amie, elles trouvent la solution de l'auto-médication à base de somnifères. Mais au bout de quelques semaines, ces produits mettent à mal ses activités professionnelles. Elle poursuit ses tentatives d'insertion dans le milieu artistique en s'investissant sur un projet de montage d'une exposition d'art contemporain à Rome, « exactement ce que je souhaitais faire ». Mais elle y renonce au dernier moment : « à cause d'une espèce de délire d'ambition, je pensais que Rome n'était pas assez bien pour moi et que je devais rester à Paris ». Cet épisode est un tournant dans sa trajectoire puisqu'il initie les inquiétudes de ses parents et leurs premières hypothèses psychiatriques :

« Quand mes parents ont appris que je n'étais pas allée à Rome, ils se sont doutés que je n'allais pas bien, et ils sont venus passer quelques jours à Paris peu avant Noël 2001, et puis je devais aller les rejoindre pour passer Noël avec eux en Bretagne. Mais à la gare Montparnasse a commencé ma 2^{ème} crise, j'entendais des voix : un prof d'art pour lequel j'avais beaucoup de considération me disait de rester à Paris, un copain dont j'étais secrètement amoureuse me disait de rester pour lui (je me suis aperçue plus tard que ce n'était que des illusions), etc. C'était tellement fort que des fois, je me retournais dans le wagon pour voir qui me parlait. Quand j'en ai parlé à mes parents, ils m'ont conseillé pour la première fois de voir un psy. Eux-mêmes n'en avaient aucune expérience. Mais je ne voulais pas à ce moment-là, j'étais sûre d'être au-dessus de tout le monde et de pouvoir m'en tirer toute seule. »

Elle vit ensuite un mois de ce qu'elle nomme une « crise latente », au cours de laquelle son amie co-locataire la met dehors et la renvoie chez ses parents, sans que par ailleurs cela ait rompu leurs liens : « *c'est normal, j'aurais fait la même chose, d'ailleurs, on est toujours amies* ». De retour forcé à Quimper, on a vu précédemment comment ses parents la mettent pour la première fois en contact direct avec la psychiatrie, après plus d'une année de troubles persistants de la perception.

Mais en complément de ces éléments contextuels, Jeanne pointe des traits de caractère qui se manifestent depuis son enfance et qu'elle identifie comme une « hyperémotivité » dans toutes ses relations y compris familiales et qui l'incite à une mise en retrait, explicative de son mal-être :

« C'est pas seulement les pommottes rouges comme certaines personnes, c'est tout le visage, et je transpire. J'ai toujours cette timidité maladive, encore maintenant, alors que ça aurait du passer. Par exemple quand je croise quelqu'un dans la rue que je connais, je pique un fard. Ça me le fait autant avec les hommes qu'avec les femmes. Alors j'ai tendance à me mettre en retrait, par exemple pour éviter les questions dans les grandes réunions de famille, surtout qu'à Paris, je ne fais rien de bien. Je crains surtout les regards collectifs, mais ça peut m'arriver dans toutes les situations, même avec des gens avec lesquels je suis très en confiance, sauf que je sais qu'avec ces personnes, ça ne portera pas à conséquence. »

Autre élément mis en avant sous forme « psy », une attirance amoureuse pour l'amie qui l'héberge à Paris :

(notes) A cette période-là (1ères crises), j'étais terriblement jalouse d'elle (amie avec laquelle elle vivait), et je pense que ça beaucoup joué dans le déclenchement de mes problèmes. Je la trouvais belle, sympa, j'aurais voulu être comme elle. Je pense aujourd'hui que j'étais probablement attirée par elle, sans avoir jamais fait aucun pas dans ce sens.

Elle retrace cette attirance dans l'ensemble de ses rapports avec les hommes :

(notes) Je pense que toutes mes difficultés sont très liées à ça, à mes orientations homosexuelles. Sexuellement, c'est pas ça avec les hommes, avant, même si je n'ai jamais eu de plaisir, j'acceptais, maintenant, il doit me forcer. Avec une femme, ce serait probablement mieux.

Mais elle considère que cette homosexualité n'est pas déclarable :

(notes) Mais je n'oserai jamais, et mes parents ne le supporteraient pas, ni mon jeune frère de 21 ans. Ma sœur peut-être, elle est solide, elle vit seule à la campagne. Bisexuel, je ne pense pas que ça existe, soit on est hétéro, soit on est homo, bi, c'est un arrangement. Et de toute façon, je resterai hétéro.

Au-delà de cette articulation, Jeanne continue de chercher d'autres pistes explicatives possibles, notamment du côté de la génétique (hypothèse dont on verra plus loin le rôle joué dans son entourage), dans la neurologie, dans la psychopathologie du milieu familial, etc.

Jérôme : Entre responsabilité environnementale et incapacité à faire face

Jérôme fait remonter les signes de difficultés relationnelles à la sortie d'une enfance qu'il juge trop protégée, dans le milieu fermé des coopérants :

« C'est quand je suis rentré au collège quoi, en 6^{ème} au lycée français. Comme j'avais pas trop de copains, ça m'arrivait souvent de... de me taper des moments de déprime, à marcher autour du stade tout seul entre midi et deux, ou alors à rester tout seul à rien dire ou... Je sais pas, j'avais souvent des moments où j'avais pas envie de parler, je parlais pas, on me posait des questions, je répondais pas et... impossible de

parler en classe, ça m'arrive encore... encore maintenant... (En primaire), j'en n'avais pas trop conscience quoi. Je sais pas, c'était peut-être dans un milieu un peu plus fermé et... (...) en primaire, ma mère travaillait dans l'école où j'étais. (...) Elle travaillait dans l'administration, elle était prof de sport, elle a été mon instit pendant quelque temps quand notre prof était enceinte, ça s'était pas bien passé du tout... (sourire) C'est pas top. Mais je sais pas... j'ai toujours été un peu mis en avant : on faisait des spectacles à la fin de l'année, bah j'étais toujours mis en avant ; on faisait des spectacles parce que j'étais dans un club de gym, un club de danse où travaillait ma mère, et pareil, comme j'étais bon en gym... j'étais pas mal mis en avant dans les spectacles... Donc je sais pas, j'étais dans mon petit monde, jusqu'au moment où je suis arrivé au collège, où là c'était plus pareil. Et du coup, bah je sais pas, j'ai toujours eu du mal à m'intégrer après au collège. J'avais des copains mais c'était pas trop des copains, et... j'ai toujours attendu que les autres viennent me chercher... sans aller les chercher moi et... dont ça allait pas trop pour faire des amis. (...) On m'avait toujours dit « t'es le meilleur », ça va un peu mais ça aide pas à grandir et à se sentir bien dans la société quoi donc... Donc je pense que c'est ça qui m'a... desservi. »

Jérôme associe cette sortie de son « petit monde » protégé aux difficultés politiques que connaît alors la Côte d'Ivoire et qui incitent nombre de coopérants à regagner la France. C'est dans cette historique de ses difficultés relationnelles qu'il intègre son principal souci actuel l'ayant amené à rechercher de l'aide : son impossibilité à lier une relation amoureuse plus de quelques semaines.

Il effectue alors un travail d'articulation entre cette enfance trop protégée dans le milieu « doré » de la coopération, un cumul de problèmes tant universitaires que financiers et amoureux, d'une part, et d'autre part des facteurs personnels l'empêchant de faire face : l'angoisse, le stress...

« Je commence à m'apercevoir que c'est dès que j'ai quelque chose à faire de plus ou moins important que je commence à angoisser terriblement... à déprimer et à reculer, à fermer les yeux... à m'isoler, à pas parler... Mais dès que je sais que j'ai rien à faire ou alors que tout est cadré, que ça roule... là j'ai la pêche. »

Jérôme propose une comparaison entre un emploi de maintenance bien cadré qu'il a occupé avec succès et la précarité des cadres universitaire, financier, résidentiel, etc. qu'il doit gérer simultanément. Dans la description de ses difficultés (un manque de « limites », une incapacité à être « moyen » dans ses humeurs, chaque période d'« hyper-activité » étant suivie d'une période de dépression), apparaît une logique qui ressemble à une prophétie auto-réalisatrice : il attend désormais la dépression qui « doit » suivre une période d'« hyper-activité »...

Lucas : Entre perturbations et hypothèse cannabique hésitante

D'emblée, Lucas identifie 3 événements déstabilisant préalables à son repli sur soi puis à son premier contact avec la psychiatrie :

« La même année, je pense que ça a du concorder avec ça (premier contact avec la psychiatrie), y'a eu 3 éléments : donc y'a eu ça, déception amoureuse, et puis le fait qu'on me dise « bah non, tu redoubles l'année prochaine », (...) 1^{er} échec scolaire, puisque avant, j'arrivais à passer à travers les mailles du filet, même en discipline. (...) Cette année-là en plus, j'ai mon grand-père qui est mort d'un cancer. »

Lucas rencontre son premier échec scolaire à un âge avancé, alors qu'il est en 1^{ère} année d'école de commerce, échec qui annonce un retour de la pression paternelle sur les résultats scolaires :

« En terminale, mon père m'avait un peu lâché la grappe grâce à mes notes de bac de français. Le problème, c'est qu'ils se sont rendus compte très vite quand même que en me lâchant la grappe, j'en faisais

vraiment qu'à ma tête, donc ils ont bien regretté, ils ont essayé de resserrer un peu la vis après le 1^{er} trimestre, mais c'était un peu peine perdue. »

Le renvoi de l'école de commerce est accompagné d'une « mise à l'épreuve » : s'il veut avoir le droit de redoubler sa 1^{ère} année, il lui faut effectuer un stage afin de mieux connaître la vie d'une entreprise. Par relations familiales, il est envoyé en stage chez un oncle où il s'aperçoit qu'il s'intéresse plus aux relations humaines qu'aux relations commerciales auxquelles le destinent ses études... Il commence à reconsidérer son orientation professionnelle. Le retour de la pression paternelle est accentué par un retour au domicile familial après plusieurs années de pensionnat, années durant lesquelles son jeune frère a posé ses jalons territoriaux et n'entend pas revenir sur ses acquis. A la même époque, le cadre familial de Lucas est perturbé également par le décès du grand-père maternel qui avait toujours été très proche de Lucas et venait contrebalancer la sévérité paternelle :

« Les grands-parents du côté de ma mère, j'ai toujours ma grand-mère maintenant, ont été très importants pour moi parce qu'avec mon petit frère, on allait tout le temps tout le temps les voir, ils habitaient à Paris, donc c'était assez pratique pour les parents de nous laisser chez eux dès qu'ils partaient un petit peu. (...) Du coup, mes grands-parents se sont énormément attachés à moi, et puis moi je devais être habitué je pense... Et par rapport au climat un peu tendu qu'il y avait chez mes parents, quand j'étais chez mes grands-parents, je me sentais vraiment en confiance, mon grand-père m'encourageait toujours. (...) Lui était ravi en plus que d'une, j'ai jamais redoublé, quand j'ai eu mon bac de français avec des bonnes notes, il était ravi, mon bac, il m'a dit « on s'en fêche, tant que tu l'as », il recherchait pas l'excellence à tout prix, et puis une fois en école de commerce, il me disait « bah c'est bon, t'es lancé... » Et ça, ça a été un 1^{er} choc, surtout qu'à cette période-là en fait, c'est là que ça a commencé où moi j'étais plus dans mon école de commerce et j'étais censé trouver un stage, donc en fait je restais chez moi, je me levais à midi, je sortais carrément pas tous les soirs mais je sortais disons assez souvent. Mon grand-père était malade à ce moment-là, je savais à peu près que ça allait être la fin et j'allais pas le voir tous les jours alors que j'aurais pu. (...) Donc 1^{ère} fois que je suis confronté à la mort comme ça de quelqu'un qui m'était très cher... »

C'est donc par ces 3 événements que Lucas explique d'emblée son repli sur lui-même, dont on voit qu'il est plus un repli à l'intérieur de la sphère familiale puisque par exemple le cadre amical n'est pas concerné, il sort beaucoup. Repli familial et sorties amicales qui accentuent les tensions avec son père. C'est explicitement pour trouver une solution à ces tensions que Lucas et ses parents ont envisagé pour la 1^{ère} fois le recours à la « psy ».

C'est dans ce cadre qu'est convoquée l'hypothèse cannabique. Lucas a commencé vers 13'14 ans des consommations conviviales de cannabis qui se sent peu à peu régularisées. Cette régularisation est accentuée par l'arrivée dans un pensionnat privé où les règles dans les espaces extérieurs étaient très souples. S'il fume rarement seul, il estime y rechercher des effets calmants : « c'est clair que je recherche des effets anxiolytiques, même si ça me provoque une autre anxiété, celle de ne pas pouvoir assurer sous shit si besoin est... » Il mentionne quelques pensées paranoïaques sous cannabis, mais pas de « pétage de plombs ».

C'est dans le cadre « psy » que ses consommations sont interrogées pour la première fois, avec injonctions à l'arrêt :

« Finalement, j'ai commencé, ça m'a plu, et puis au fur et à mesure surtout, à force de mettre des mots sur les choses, ça permet de réfléchir, de commencer à comprendre certaines choses sur le parcours, sur l'incidence du haschisch là-dedans. (...) A l'époque, je commençais un peu à me poser des questions là-

dessus en me disant « ouais, ça facilite pas le travail vraiment ». Le type que j'avais vu, il me l'avait dit dès le début, il m'avait dit « vous pouvez pas régler vos problèmes tant que vous aurez pas arrêté ça ». Il m'avait proposé déjà justement de me prescrire des médicaments pour soutenir l'arrêt de... de la drogue, et puis j'avais fait une première tentative et puis finalement, j'en n'avais pas tellement envie donc j'avais continué. »

Aujourd'hui, ses consommations de cannabis sont nettement en baisse, même s'il ne les a pas arrêtées totalement. Il explique cet arrêt non pas par la conviction qu'il y trouverait une solution à ses difficultés, mais par manque d'argent... :

« (A l'arrêt de la préparation aux Beaux-Arts), la seule chose qui a changé, c'est que j'ai arrêté de fumer, assez facilement d'ailleurs parce que je ressentais pas le besoin de fumer, au moins quand j'étais tout seul. »

Au moment de l'entretien, il perçoit cette hypothèse cannabique comme un leurre, auquel il a d'ailleurs lui-même adhéré, mais ses difficultés étant toujours présentes après qu'il ait nettement diminué ses consommations, il est à la recherche de nouveaux outils de réflexion que ceux proposés par la « psy » :

« Parce que le véritable problème en fait, c'est pas forcément le haschich même si j'ai fini par m'en convaincre. En tout cas, c'était le problème qui masquait tout le reste, c'est l'arbre qui cache la forêt donc j'ai fini par essayer d'y trouver une solution. Le reste je suis quand même complètement paumé, donc si on m'oriente pas un petit peu, ça pourra pas avancer quoi... »

Jean-Baptiste : L'hypothèse cannabique dominante

Jean-Baptiste identifie clairement l'année de ses 21 ans comme celle de toutes les ruptures :

« Mes parents (ndrl. en fait mère + beau-père + 3 petites demi-sœurs + 1 petit demi-frère) ont décidé de partir y'a 2 ans de ça, de couper les ponts avec mon frère et moi et de partir dans le sud. Je suis parti chez mon père ici qui avait un petit endroit à me proposer chez lui, sachant que ça allait durer qu'un an, il allait se faire expulser à la fin de l'année. Je savais qu'à la fin de l'année, ça allait être chaud, il fallait absolument que je trouve quelque chose pour redémarrer. Pendant toute cette année-là, j'ai fumé beaucoup plus, je me suis séparé de ma copine avec qui j'ai été 7 ans, je fumais beaucoup plus qu'avant encore parce que j'avais cette angoisse de pas savoir où j'allais aller habiter. Je faisais pas mal de musique, du rap. Durant cette année, je me suis fait suspendre aussi de mon travail parce que je travaille avec les enfants et une petite fille avait dit des choses fausses sur moi, soi-disant que je lui avais touché les fesses, que j'avais mis de la pommade et tout, donc j'ai été exclu de mon travail, mis sur la touche en tout cas, j'étais payé mais je travaillais pas. Mon contrat s'arrêtait fin juin et j'ai pas pu avoir un autre contrat pour pouvoir travailler le mois de juillet, dû à cette affaire-là. Je suis parti voir mes parents avec mon ex-copine que ma mère connaît bien, donc on s'est un peu remis ensemble sans être vraiment ensemble. Pareil, on fumait beaucoup et tout ça, et c'est là que ma crise a commencé, où j'ai commencé à plus comprendre, à perdre pied quoi. »

Rupture familiale, rupture résidentielle, rupture professionnelle, rupture amoureuse... Jean-Baptiste s'est retrouvé soudainement exposé à tous les vents froids de la précarité dans un contexte d'injonction à l'autonomisation. Mais ces éléments contextuels ne sont pas centraux dans son élaboration d'hypothèses explicatives. Ce sont ses consommations de cannabis qui fondent son socle explicatif de ses difficultés, cannabis et difficultés qu'il a immédiatement mis en lien dès les prémisses de la « crise » :

« J'ai senti que je pétais un câble et j'ai dit à ma copine « là je fume mon dernier joint et je le jette ». C'est le soir où je lui ai dit de partir, on avait fumé, je le sentais. Je suis parti voir mon père, j'avais un gros 12 grammes ou 25 grammes, je l'ai jeté devant mon père et je lui ai dit « écoute, voilà j'arrête de fumer le shit », le même soir. Parce que je sentais que je dérapais, que je contrôlais plus mon esprit quoi, du jour au lendemain. Le jour d'avant, quand j'ai cru que ma copine me trompait avec mon beau-père, j'ai senti qu'il y avait quelque chose de pas cohérent dans ce que je pensais. »

Cela faisait plusieurs années que Jean-Baptiste consommait d'importantes quantités de cannabis (souvent fortement dosé en THC), en bonne compagnie et avec une prédilection durant ses activités musicales solitaires. Ces consommations augmentent encore durant l'année des « ruptures » pour atteindre 10 à 15 joints par jour à la veille de sa « crise ». Il explique ces importantes consommations par leurs effets tranquilisants sur des « angoisses » qui le taraudent depuis toujours : *« j'ai toujours eu des psychoses comme ça, la peur de mourir... »*

Ainsi préoccupé par ses consommations, Jean-Baptiste est aujourd'hui quasiment abstinent, *« 2-3 lattes comme ça (...), si je fume trop, je sais que je repars dans le truc »*. Cette conception du cannabis comme élément explicatif central de ses difficultés lui offre un guide de bonne conduite et le sentiment de pouvoir agir sur la situation : *« Je sens que c'est quand même, je suis quand même très fragile, c'est pour ça que je fume pas trop. »* Car si cette hypothèse s'avérait inopérante, si les troubles réapparaissaient malgré son arrêt du cannabis, c'est à l'hypothèse génétique qu'il devrait faire face, ce qu'il refuse avec véhémence :

« Je pense que ça, c'est le shit mais à grosses doses, ça provoque des grosses paranos et des gros flîps. (...) J'ai des antécédents dans la famille... comme des grands-mères à moi ont été hospitalisées, mais on sait pas si c'est pour la même chose que moi, je suis pas sûr que ce soit pour la même chose que moi. Moi, je sais d'où ça vient, je pense que c'est le shit, j'aurais pas fumé de shit, jamais ce serait arrivé. Moi je sais que c'est ça, je sais que c'est ça. J'aurais pas fumé comme un fou, et ben voilà, j'en serais pas là, ça c'est clair, j'en suis persuadé. »

Benjamin : L'errance entre l'environnemental et le psychologique

Nous terminerons par la présentation de Benjamin, autre profil présentant cette même articulation entre contexte et personnalité. Nous prêterons ici une attention toute particulière à la généalogie fine qu'il propose des différentes strates interprétatives mobilisées au fil du temps. Si le discours de Benjamin est à ce point élaboré, c'est qu'il est un des rares jeunes fréquentant la « psy » depuis longtemps sans qu'il puisse intégrer ni l'hypothèse héréditaire puisque rien dans l'histoire familiale ne l'autorise, ni l'hypothèse cannabique puisqu'il n'a que très peu consommé, il y a très longtemps, et qu'il n'a de toute façon jamais eu aucune attirance pour un produit psychoactif quel qu'il soit. Faible probabilité qu'il tente cependant... Revenons à son récit.

Pour identifier le contexte de ses troubles, Benjamin a exploré ses souvenirs d'enfance, une enfance normale puis une rupture brutale lors d'un déménagement qui l'amène à changer d'école primaire. C'est là qu'il y a rencontré ses premiers problèmes d'intégration, victime de l'agressivité d'enfants et d'enseignants à cause de son physique, de ses faibles performances mathématiques ou sportives : *« J'étais le petit nouveau. L'école primaire d'avant, je dirais qu'ils étaient plutôt un peu trop gentils et là, y'a eu une confrontation avec la réalité, avec... un début de société on va dire très... très mauvais. J'étais terrorisé, certains gamins me persécutaient vraiment quoi, et je dirais que c'est à partir de là que j'ai commencé à... à avoir des problèmes relationnels quoi. »* Mais s'il mentionne l'isolement dans lequel il se retrouve lors de sa seconde année à Tours, il ne convoque pas ce facteur comme explicatif.

L'hypothèse cardiaque

Lors de ses premières palpitations et de ses premières transpirations très abondantes, premiers signes incompréhensibles déclarés par Benjamin, il est persuadé qu'il est énurétique, que ses camarades de formation ne peuvent pas ne pas s'apercevoir de ses pantalons mouillés, et que tous s'en gaussent. Immédiatement après ses premiers troubles, Benjamin mobilise l'hypothèse médicale d'un problème cardiaque et consulte en conséquence un cardiologue : « *Ca me faisait énormément transpirer, le rythme cardiaque accéléré, trembler énormément en classe... Donc pour moi, c'était un dérèglement du corps.* » A cette époque, il n'envisageait absolument pas une lecture psychologique : « *la bulle psychologique, pour moi, ça n'existait pas* ». C'est alors une hypothèse médicale ancrée dans le présent qu'il met à l'épreuve. Mais cette hypothèse est immédiatement démentie et l'oblige à voir la situation sous un autre angle : « *C'est après avoir vu un cardiologue qu'est habitué à voir des gens de 95 ans, qui m'a regardé en se marrant, en me disant « bah écoutez, tout va bien », que le médecin généraliste m'a dit « bah, voyez peut-être un psychologue plutôt* ». Orienté par son médecin généraliste sur l'hypothèse psychologique, il la refuse d'emblée, avant de la tester en désespoir de cause « *après une semaine cauchemardesque* » en allant voir un psychologue.

L'hypothèse psychologique du « petit rouquin »

Il s'engage alors dans un long suivi psychothérapeutique d'où émergent peu à peu les éléments de diagnostic d'une « *phobie sociale* ». Il commence à associer la peur du regard jugeant des autres dans les espaces publics à autant de « tracs » par peur de ne pas avoir le comportement adéquat :

« comme si on allait monter sur scène quoi sauf que là, on achète du pain ou on marche dans la rue ».

Ces troubles lui apparaissent pendant longtemps comme une punition de sa mauvaise perception de ses congénères :

« Pendant très longtemps j'ai été capable de faire le point sur ma situation et de me dire que c'était de ma faute, que si j'en étais là, c'est que j'avais fait quelque chose qu'il fallait pas. Je suis pas parti dès le départ du principe que j'avais peur des autres parce qu'il fallait en avoir peur, parce qu'ils étaient vraiment mauvais et qu'ils portaient des jugements tout le temps. J'ai toujours été parfaitement conscient que ma réaction par rapport à cette situation était totalement disproportionnée et pas normale. »

Sa psychologue a beaucoup participé à la recherche des causes de ses troubles, pour arriver à l'hypothèse explicative du « petit rouquin » :

« Depuis à peine une année, comme on n'a rien trouvé d'autre avec ma psychologue, on dit que j'ai été traumatisé dans l'enfance à cette école primaire et que j'avais pas les défenses normales de base de tout le monde. (...) D'après ma psychologue, il s'agirait de plusieurs traumatismes sur différents points, et donc maintenant une espèce de fonctionnement qui fait que je me méfie des êtres humains, que j'ai peur des êtres humains, parce que j'ai peur qu'on m'agresse affectivement et moralement, qu'on me fasse du mal quoi... »

Mais peu convaincu, Benjamin réinterroge cette hypothèse selon laquelle son vécu scolaire serait primordial :

« Bon, ça c'est pour la théorie, (...) mais c'est pas quelque chose dont je sois convaincu dès le départ. (...) Je serais quand même vraiment curieux d'arriver à prouver que c'est parce que l'école primaire a été difficile. On est beaucoup de gamins pour qui ça a été difficile. »

Trouver une « vraie maladie »

Benjamin n'arrive pas à adhérer à cette hypothèse mais il semble l'accepter pour sa valeur heuristique qui est d'inciter son entourage à mettre de côté l'hypothèse de la « crise d'adolescence » :

« Là effectivement, il (père) a commencé à vraiment prendre en compte le fait que j'ai du être traumatisé étant gamin, que c'était pas un simple truc d'adolescent et que y'avait un réel déroulement psychologique dans mon cerveau, pas net quoi. »

Lui préférerait une « vraie maladie » qui ouvrirait à un traitement adéquat :

« Je veux bien n'importe quoi, « vous êtes schizophrène », bon c'est peut-être dur parce que c'est chaud d'être schizophrène mais à la limite, pourquoi pas ? ! S'il y a quelque chose, des centres, des soins adaptés... »

Peu importe l'hypothèse explicative, l'essentiel est que cette hypothèse fasse entrer en scène de nouveaux outils d'intervention. C'est dans cette même logique que Benjamin explore l'hypothèse cannabique alors même qu'il n'a quasiment jamais consommé, et sans ressentir jamais aucun effet. Ces faibles consommations ne l'empêchent pas d'interroger cette hypothèse cannabique, mais puisque la quantité ne peut être invoquée, plutôt dans le sens d'un mauvais produit fumé par inadvertance :

« Alors bon, euh... le shit, bah... pff... comme tout le monde, des fois, mais jamais suffisamment pour me casser la tête, c'est toujours une latte sur un pète qui tourne dans un groupe, mais ça a jamais été pendant la période où j'essayais de guérir... C'était avant en fait. Et bon... pff... j'y ai pensé pas mal de fois, je me suis dit « ça se trouve, t'as fumé un truc qui fallait pas ou... », j'en sais rien... enfin bon... »

Trouver vite une hypothèse « psy » pour contrecarrer l'hypothèse environnementale de contemporains haïssables

Faute d'avoir trouver « quelque chose », Benjamin met aujourd'hui ses difficultés en lien avec une perturbation de son cadre amical, qu'il met moitié à la charge de modes de sociabilités « nuisibles » où « eux les jeunes » apparaissent comme des personnages aux pratiques étranges, et moitié à la charge de difficultés relationnelles de sa part. A noter qu'en fin d'entretien, Benjamin met en exergue son incapacité à entrer en interaction avec ses pairs comme source de sa peur des autres, et amorce un discours de haine à leur rencontre :

« Cette notion de faire la fête, d'inviter des gens, de courir après ce fait d'être dans des groupes, de se retrouver dans des bars, à des terrasses de café, de discuter, d'aller en boîtes de nuit... j'ai jamais compris quoi, j'ai jamais compris ça... Et quelque part, c'est parce que les jeunes ont toujours fonctionné comme ça et que comme ça, que moi, j'ai toujours été un peu à l'écart en fait. Parce que ne pouvant absolument pas faire ce genre de choses, parce que je ne sais même pas à quoi ça sert et que je ne comprends pas, et que, eux, les jeunes, ne fonctionnent que par rapport à ça, bah je crois que je me suis mis à les détester aussi... pour ça. »

La folie lui apparaît alors comme la seule alternative à une intolérance indépassable et qui pourrait s'avérer dangereuse :

« Vivre dans l'insouciance, je supporte pas ça. Le fait qu'ils (les jeunes) le fassent fait que je les déteste. Peut-être que c'est une réaction très faché de ma part, peut-être que je suis très intolérant, j'en sais rien,

parce que je pourrais les laisser tranquille, c'est ce que je fais mais pas dans ma tête quoi... Je trouve que si quelqu'un n'a pas un but transcendant qui dirige sa vie, c'est pas quelqu'un, c'est pas une personne, c'est rien. (...) Moi, je tolère les gens quand ils assument leur vie, quand ils assument ce qu'ils font. Donc en fait, je tolère beaucoup plus une bimbo qui passe sa vie en boîtes de nuit mais qui vit heureuse et simplement, que des jeunes qui font semblant d'avoir des problèmes, qui en discutent entre eux en boivant (sic) de l'alcool... Mais bon, ma vision des gens comme il faut est beaucoup trop extrême... Dans tout ça, j'accueille pas les gens... Peut-être que si j'avais jamais été phobique, j'aurais beaucoup aimé faire des discours (sourire un peu énigmatique). Et y'en a d'autres qui a une époque aimaient beaucoup faire des discours et il aurait fallu les arrêter avant que ça intéresse les gens. Donc peut-être que mon degré d'intolérance est très très élevé, peut-être que je suis vraiment bouffi de haine et que la phobie est là pour me freiner, et faire que je sois quelqu'un qui ne fasse pas de vagues, parce que sinon je ferais des choses peut-être pas... (acceptables) (...) Peut-être dans la vie de tous les jours, tuer une vieille parce que j'aime pas les vieux... C'est peut-être vraiment un frein sur mon intolérance parce qu'en fait je pense pas être capable de passer à l'acte. Pour passer à l'acte, faut être psychopathe et je suis pas ça. Moi, je passe mon temps à fantasmer la haine, fantasmer l'agressivité, c'est peut-être pour ça que l'humour noir me fait beaucoup rire. Mais si j'étais psychopathe, je tuerais des gens, je trouverais ça normal, je rentrerais chez moi et je fantasmerais pas. Donc je pense pas que je serais passé à l'acte. Peut-être que c'est qu'il y a trop de haine en moi, naturellement, et que j'ai rien trouvé de mieux pour la freiner que de me rendre phobique... (...) Une fois qu'on devient phobique, on devient très tolérant parce que le dernier truc qu'on veut, c'est se faire remarquer... et on sait ce que c'est que la peur. On inverse les rôles en fait : y'a le grand méchant loup et la pauvre petite victime, et peut-être qu'on devient exprès la petite brebis, pour arrêter de haïr les gens quoi. »

Benjamin n'a toujours pas identifié quel statut de victime il pourrait endosser, et il hésite toujours, on le voit, entre la brebis et le loup...

3- Cohérence et résonance des hypothèses dans les unités

Au terme de cette présentation, le sens de ces corrélations entre durée de fréquentation de la sphère « psy » et hypothèses explicatives reste indécis et nos matériaux ne peuvent nous permettre de passer de l'identification d'une corrélation à l'identification de relations causales. On peut se demander si c'est le degré de perméabilité aux outils « psy » qui expliquerait que les jeunes aient plus ou moins fréquenté ces espaces, ou si c'est la fréquentation de la psychothérapie qui oriente vers une certaine vision du monde où les jeunes seraient incités à incorporer une lecture « psy ».

Si l'on se tourne maintenant vers l'élaboration du sens des difficultés dans les unités que nous avons constituées, y émergent des éléments permettant d'étayer la seconde hypothèse de causalité. Les deux tableaux présentés ci-dessous visualisent les hypothèses explicatives proposés par chacun des membres des unités constituées pour l'enquête. En gras figurent les hypothèses posées comme dominantes par leurs émetteurs. Et les grisés surlignent la présence des hypothèses génétique ou cannabique.

Le premier tableau concerne les unités constituées autour des jeunes fréquentant la « psy » depuis peu ou de façon irrégulière. On a vu précédemment qu'ils tendaient à privilégier des facteurs explicatifs contextuels, en l'occurrence atteinte à la réputation, atteinte crânienne et conflits avec

le père. Si l'on s'attache maintenant aux diverses hypothèses évoquées par l'un ou l'autre des parents, on observe peu de correspondances avec celles évoquées par leur enfant. C'est d'autant plus vrai pour l'hypothèse privilégiée. Lorsque Sarah pointe un environnement malveillant qui a ruiné sa réputation et déstabilisé du même coup ses cadres intégrateurs, son père se focalise sur la responsabilité cannabique, à l'instar de la mère (hypothèse « soufflée » par le psychiatre). Lorsque Sébastien privilégie l'hypothèse de conflits déstabilisant avec son père, sa mère n'évoque qu'un père « absent » et pointe la responsabilité cannabique que son fils refuse. Pour Yaku et ses parents enfin, ils semblent tous très instables dans leurs analyses, Yaku privilégiant des séquelles à la tête à la suite de coups reçus lors d'une bagarre, pendant que les parents explorent avec hésitation l'hypothèse cannabique. Si les facteurs explicatifs avancés sont très décalés, apparaît alors la thématique cannabique qui esquisse une zone d'échanges possibles, même si les jeunes refusent cette hypothèse.

Le second tableau concerne les unités dont les jeunes fréquentent la « psy » régulièrement depuis au moins un an. Le premier regard rappelle que les hypothèses présentées comme centrales impliquent plus souvent le « soi » que les « autres », hormis en ce qui concerne l'hypothèse génétique. Car c'est une des caractéristique de ces unités : toutes évoquent une discussion autour de cette hypothèse, qu'elle soit ou non retenue comme pertinente, alors que les unités moins familiarisées avec la « psy » ne l'évoquent jamais. De la même façon, l'hypothèse cannabique est plus souvent explorée.

Tout se passe comme si la fréquentation de la « psy » proposait des supports discursifs où les conflits avec les parents, hypothèses dominantes des difficultés rencontrées lorsque les jeunes fréquentent peu la « psy », avaient été « convertis » en hypothèses qui ont comme caractéristique de les exonérer.

Groupe 1 : Suivis « psy » courts et hypothèses non cohérentes³⁵

Pseudo	Sexe	Age	Age 1 ^{er} recours	CSP	Durée totale des suivis « psy »	Hypothèses impliquant l'« autre »	Hypothèses impliquant « soi »
Sarah 1 ^{er} épis.	F	20	18	□	9 mois	- Discriminations socio-religieuses	Aucune
						- Atteintes à la réputation	
						- Echec du projet de vie en « Terre promise »	
						- Indisponibilité à cause des frasques de soeur aînée	- Crise d'adolescence tardive
			Père			- Témoin indirecte d'un viol collectif	- Ennui
						- Mauvais environnement urbain	- Hypothèse cannabique importante (id mère) sur conviction du psychiatre

³⁵Compte tenu du faible effectif des unités engagées dans des suivis courts et du caractère limité des unités constituées, force nous est d'émettre quelques réserves sur ces observations. Cependant, les unités Charles et Thomas du groupe 2 sont aussi limitées et corroborent cependant les observations dans les unités les plus « fournies ».

Yaku 1 ^{er} épis.	M	21	16	□	1 an Arrêt depuis 1,5 an	<ul style="list-style-type: none"> - Conflits avec le père sur fond d'impossibilité de communiquer car parents ne maîtrisent pas le français - Une atteinte crânienne dans une bagarre (hypothèse préférée) - Un séjour perturbant à la Légion Etrangère 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoissé depuis le collège - Hypothèse cannabique abandonnée et non souhaitée
				Parents	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement affectif dans l'enfance - Société concurrentielle - Divorce de ses parents quand avait 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Nerveux, Peureux - Hypothèse cannabique hésitante 	
Sébastien A risque	M	21	17	□	Env. 2 ans, irréguliers	<ul style="list-style-type: none"> - Décès du beau-père quand avait 14 ans - Conflits avec père - Déception sentimentale - Isolement 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique refusée
				Mère	<ul style="list-style-type: none"> - Décès de sa mère quand enceinte de Sébastien - Père absent 	<ul style="list-style-type: none"> - Influençable - Hypothèse cannabique recherchée 	

Groupe 2 : Suivis « psy » longs et hypothèses « résonnantes »

Pseudo	Sexe	Age	1 ^{er} rec	CS P	Durée suivis	Hypothèses impliquant 1'« autre »	Hypothèses impliquant le « soi »
Charles 1 ^{er} epis.	M	23 ans	22	□ +	1 an	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse génétique crainte - Parents trop inquiétés par échec universitaire et pré-professionnel puis repli sur soi . - Hypothèse génétique recherchée 	<ul style="list-style-type: none"> - Démotivé vis à vis des études de médecine - Hypothèse cannabique absente - Hypothèse cannabique absente
				Mère		<ul style="list-style-type: none"> - Agressivité du frère handicapé, jamais puni - Conflits avec le père à cause de mauvais résultats scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoissé - Hypothèse cannabique absente car non consommateur
Thomas A risque	M	18 ans	18	□	Env. 1,5 an	<ul style="list-style-type: none"> - Trop grande pression du père - Handicap du frère qui a focalisé les exigences sur Thomas - Indisponibilité des parents - Hypothèse génétique recherchée 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés relationnelles - Fragilités - Trop grande sensibilité, héréditaire - Hypothèse cannabique absente
				Mère		<ul style="list-style-type: none"> - Grand isolement. De multiples ruptures l'année précédente (famille, logement, travail) - Hypothèse génétique crainte 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoissé de longue date - Hypothèse cannabique dominante et appréciée
Jean-Baptiste 1 ^{er} épis.	M	23	21	□ +	Env. 1 an	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse génétique 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique rejetée
				Père			

Benjamin A risque	M	24	19	□	Env. 4 ans	Mère	<ul style="list-style-type: none"> - Vie conjugale de JB sous le toit familial - Décohabitation des parents - Difficultés amoureuses - Hypothèse génétique crainte 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'abandon
						Ami	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de choisir sa voie dans la vie - Un « petit rouquin » qui l'avait pris pour bouc émissaire en primaire et collège, mais hypothèse hésitante - Isolement lors de sa 2^{ème} année école d'art - Hypothèse génétique espérée mais peu probable - Des autres haïssables 	<ul style="list-style-type: none"> - « Y'a plus de pilote dans la tête » - Hypothèse produits dominante - Peur de ne pas adopter les comportements adéquats et du jugement des autres - Haine des autres... - Hypothèse cannabique espérée mais invraisemblable
						Père	<ul style="list-style-type: none"> - Proximité avec des situations de pédophilie, hypothèse recherchée - Un « mauvais copain » - Hypothèse génétique évoquée + Mémoire génétique de terreurs ancestrales 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquiveur vs tricheur - Très angoissé et manquant de défenses - Hypersensible - Paranoïaque - Hypothèse cannabique absente
						Mère	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse génétique refusée - Conditions de vie très difficiles - Viol collectif qui ruine sa réputation. - Hypothèse génétique recherchée - Indicibilité sociale de ses préférences homosexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Entre paresse et incapacité - Hyperémotive - Attirance homosexuelle indicible - Hypothèse cannabique : Hésitante
Jeanne 1 ^{er} épis.	F	25	21	□ +	Env. 4 ans	Père	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse génétique centrale 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique : Absente
						Mère	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse génétique hésitante 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique : Absente
						Frère	<ul style="list-style-type: none"> - Refus de l'hypothèse génétique - Hypothèse hybride entre la génétique et l'environnemental - Conditions de vie urbaines néfastes 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique : Hésitante
						Soeur	<ul style="list-style-type: none"> - Milieu familial pathogène - Environnement urbain 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique : Hésitante
						Amie	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse génétique forte 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse cannabique : Refusée

La mobilisation de l'hypothèse cannabique

Un exemple emblématique apparaît à l'évocation du rôle joué par les consommations de produits psychoactifs, et notamment le cannabis. Si l'hypothèse cannabique est souvent hésitante pour jeunes, nous venons de voir qu'elle peut apparaître comme fédératrice dans les unités, pour autant qu'il y ait eu consommation : une substance est venue altérer l'articulation entre l'individu et la société. Le jeune est à la fois « coupable » de consommations qui plus est illicites, et à la fois « victime » de la facile accessibilité à ces produits. Un cocktail qui apparaît comme donnant une

prise efficace à la rencontre jeunes / « psy ». Mais qu'en est-il des consommations de produits psychoactifs déclarés par les jeunes lors des entretiens ?

Prenons d'ores et déjà quelques précautions méthodologiques. Plus encore que pour les autres items abordés durant les entretiens, il faut garder en mémoire que ces consommations sont déclaratives. Ce rappel est d'autant plus nécessaire que les consommations cannabiques occupent une place de choix dans les tensions entre parents et jeunes, mais aussi entre professionnels et jeunes, donc entre adultes et jeunes pour faire court. C'est pourquoi nous n'avons ensuite pris en compte que les produits déclarés consommés, sans plus entrer dans les détails des quantités consommées notamment. Trop d'enjeux les biaisent.

Les tableaux présentés en Annexe montrent à quel point les consommations de cannabis ont été fréquemment mentionnées, qui plus est spontanément, alors que par exemple les auto-consommations de médicaments psychotropes ne l'ont pas été du tout. Un seul jeune déclare ne jamais avoir consommé (Thomas). Tous les types de consommations sont représentés (occasionnelles, qu'elles soient festives, en petits comités ou solitaires, engagées, dépendantes...). Les consommations de cannabis sont en association fréquente avec l'alcool.

Les premières consommations ont eu lieu avec des groupes de sociabilité, souvent dans le cadre scolaire, aux alentours de 15-16 ans. Mais le quart des enquêtés a commencé beaucoup plus jeune, vers 12-13 ans, comme Denis, Sébastien, Lucas, ou encore Sandra. Ces consommations sont dans un premier temps occasionnelles, dans le cadre festif, où elles sont souvent mélangées avec des consommations d'alcool importantes. Pour plusieurs jeunes, ces consommations se régularisent dans le cadre du groupe de pairs scolaire. Pour la plupart, les consommations deviennent d'emblée ou progressivement journalières avec plusieurs joints par jours. Sarah en arrive ainsi à consommer 6 joints par jours en terminale, avant d'aller en cours et en revenant. Jean-Baptiste, de son côté, s'aperçoit qu'il consomme de plus en plus et l'associe à une accoutumance. D'autres présentent ces consommations comme une automédication pour gérer les émotions comme l'anxiété ou la nervosité. Ceux qui recherchent ces effets anxiolytiques évoquent également les conséquences de ces modes de consommations sur leur insertion scolaire et sur leur état : absentéisme scolaire, accroissement de l'anxiété, repli sur soi.

On constate donc qu'à un moment donné de leur trajectoire, la plupart des enquêtés ont eu de fortes consommations de cannabis, voire de substances dites plus « dures ». Si le cannabis est le produit dominant, rappelons ici que les consommations importantes de cannabis sont un des critères d'inclusion pour le test du centre d'évaluation. Ces consommations ont accompagné chez certains à une désinsertion de certains cadres, notamment scolaire et professionnels, et à des états émotionnels qui ne sont pas sans lien avec leur orientation vers la psychiatrie (Sébastien, JB, Marcel, Aurélie, Yaku, Jérôme, Arnaud, Jeanne).

Il est intéressant ici de comparer consommations de substances psychoactives et perception des médicaments prescrits. Deux groupes ressortent du tableau présenté en annexe :

Groupe 1 : Ceux qui déclarent n'avoir jamais consommé (1) ou qui ont aujourd'hui cessé toute consommation

- Il n'y a pas d'autres consommations hormis quelques expérimentations (cocaïne sur 2 jours pour Marcel, champignons et ecstasy pour Lucas), et si Jeanne a eu une période de consommations multiples, elle a aujourd'hui tout cessé.

- On y retrouve les consommateurs issus des milieux les plus favorisés, qui tous ont arrêté leurs consommations, à l'exception notoire de Lucas dont on a vu comment il « trichait » avec les suivis.
- Leur perception des médicaments est plutôt positive.

Groupe 2 : Ceux qui sont toujours consommateurs, quelque soient les modalités de consommation.

Les jeunes qui déclarent poursuivre aujourd'hui leurs consommations sont ceux engagés dans des polyconsommations où la cocaïne occupe une place centrale.

- Il y a peu de déclarations de consommations d'opiacés (3 jeunes), dont 1 concerne Jeanne, dépendante à l'héroïne mais qui a cessé « à la dure » en venant sur Paris. Par contre, 2 jeunes du groupe 2 en consomment : Denis a fumé de l'héroïne probablement en association de « descente » avec son produit principal, la cocaïne ; Arnaud déclare avoir également consommé de l'héroïne (sans précision du mode de consommation) et ingéré des boulettes d'opium (rachacha). Aucun ne fournit de précision sur ses consommations actuelles d'opiacés.
- A noter que la plupart déclaraient rencontrer de grosses difficultés financières pour acheter leurs consommations. On peut dès lors se demander si les médicaments n'apparaissent pas comme un succédané à des produits devenus inaccessibles.
- Tous ont une perception plutôt négative des médicaments, ce que l'on ne retrouve pas chez les jeunes ayant cessé leurs consommations. On pourrait y voir là encore un indicateur de consommations médicamenteuses alternatives aux produits psychoactifs consommés antérieurement, mais qui n'apporteraient pas les effets escomptés, notamment sur les troubles rencontrés (Sarah).

Ce qu'il importe finalement de constater ici, c'est que l'évocation de l'hypothèse cannabique, que ce soit par les jeunes ou leur entourage, n'est pas corrélée à l'importance de la consommation effective : les parents d'un gros consommateur tel que Yaku n'évoquent cette hypothèse qu'avec hésitation, alors qu'un quasi non-consommateur tel que Benjamin recherche à étayer cette hypothèse. C'est donc dans la dynamique intra-familiale des sens élaborés pour les difficultés d'jeunes qu'il faut rechercher une logique ici absente.

La mobilisation de l'hypothèse génétique

La même logique apparaît pour l'élaboration de l'hypothèse génétique. Etudions tout d'abord la mention par les enquêtés de handicap mental et/ou de troubles psychiatriques dans la famille. Dans le tiers des unités a été mentionné la présence, au sein de la famille nucléaire ou de la famille élargie, de personnes handicapées mentales et/ou souffrant de troubles mentaux. C'est le cas d'un des frères de Charles, du frère de Thomas, d'une tante paternelle de Marcel, d'une tante paternelle de Aurélie, d'un oncle paternel de Charles, du grand-père maternel de Thomas, et d'une arrière-grand-mère maternelle de Benjamin et d'un de ses grands-oncles maternel. Cette présence est évoquée par les parents aussi bien que par les enfants.

Pour les parents, il s'agit surtout d'établir des liens avec les difficultés actuelles de leurs enfants. Cet élément intervient donc dans un processus d'élaboration d'hypothèses sur la transmission génétique d'une pathologie, ou encore sur le rôle de l'environnement familial. Ainsi, la mère de

Charles se demande si l'on peut voir un lien entre le handicap mental de son beau-frère et la situation de deux de ses enfants, qui sont actuellement considérés comme schizophrènes. Notons que ces hypothèses d'ordre génétique sont fortement influencées par le discours des psychiatres. Ainsi la mère de Jean-Baptiste a été aiguillée sur cette piste par le psychiatre de son fils. Comme le souligne la façon dont sa famille a réceptionné l'hypothèse, cette présence peut être particulièrement taboue.

*« Faut dire que mes parents, quand le Dr A. m'a dit que c'était génétique, je leur ai tout suite dit... (Ca leur a pas plu ?) Non, ça leur a pas plu à tel point que ma mère nie que ma grand-mère s'est suicidée... »
(Mère de Jean-Baptiste).*

Mais les hypothèses d'ordre génétique ne sont pas les seules à l'origine de l'évocation de membres de la famille souffrant de handicap ou de troubles mentaux. Dans une perspective environnementale, la mère de Thomas souligne la lourdeur de l'histoire familiale et les difficultés dans ce cadre, en lien avec la maniaco-dépression de son père et la découverte tardive du handicap de son fils cadet.

Pour les enfants, la mise en lien avec des hypothèses est plus floue, surtout en ce qui concerne l'hypothèse génétique qui ne transparait pas vraiment en tant que telle. Soit il s'agit d'une simple notification plus ou moins vague, comme c'est le cas pour Aurélie et Marcel, qui parlent de leurs tantes au détour de l'entretien, laissant la porte ouverte à de multiples interprétations et dans le cas de Marcel, en soulignant la part de tabou qui y est associée. Soit il s'agit de l'explicitation d'un contexte familial rendu difficile par la pathologie de l'un de ses membres. Thomas raconte ainsi les rapports conflictuels avec son frère cadet qui interféraient sur ces relations avec ses parents, avant que ne soit découvert le handicap de ce dernier. Pour Charles, ce ne sont pas des conflits mais un choc de voir son frère sombrer peu à peu dans la maladie qui est évoqué. Ce choc est d'autant plus important qu'il ressent alors une culpabilité vis-à-vis de ce qui arrive à son frère et que cette maladie lui apparaît honteuse au point qu'il n'ose en dévoiler le nom au cours de l'entretien. En effet, nous apprendrons par la suite, que ce qu'il dénommait communément sous le terme de dépression, était en réalité considéré comme une schizophrénie. Or il en avait bien connaissance puisque alors étudiant en médecine, il avait expliqué à sa mère en quoi consistait cette pathologie.

Enfin, pour Thomas, Charles et leurs mères, la prise en charge en psychiatrie d'autres membres de la famille a constitué le motif de premiers rapports avec la psychiatrie, avant l'orientation du jeune rencontré.

Comment expliquer la fréquence avec laquelle est mentionnée l'existence d'un trouble et/ou d'un handicap mental chez un membre de la famille ? Il faut d'ailleurs souligner la possibilité, étant donné l'important secret qui semble entourer ces situations, une certaine sous-déclaration. Plusieurs hypothèses, non exclusives, sont possibles.

La première est qu'il s'agit d'un des critères d'orientation vers le centre d'évaluation.

Ensuite, on peut supposer que la présence au sein de la famille de personnes souffrant de handicap et/ou de troubles mentaux, reconnus comme tels, jouent dans les rapports de la famille à la psychiatrie (et une sensibilisation) et partant sur l'orientation du jeune vers ce cadre. Cela influencerait à la fois un recours plus facile à la psychiatrie, et une plus grande capacité à évoquer ces éléments. Ainsi, on remarque, que Charles et Thomas ont été orientés directement par leurs parents, et avec leur accord, vers la psychiatrie, alors même qu'ils ne souffraient pas en apparence

de symptômes positifs tels que des hallucinations ou des délires. Leurs parents, dans les deux cas, avaient déjà une expérience du milieu psychiatrique du fait de l'orientation préalable d'autres membres de la famille, qui leurs sont proches, vers ce type de prise en charge.

Pour les autres, cette orientation s'est effectuée dans des conditions différentes. Par ailleurs, pour Aurélie, Marcel et aussi Thomas on observe, une sensibilité particulière, mais pas systématique, à la culture « psy »³⁶ des personnes de la famille, même si elle ne concerne pas toujours les personnes les plus proches de la personne atteinte. Ainsi la mère de Thomas dont le père est maniaco-dépressif, a choisi de consulter un psychiatre pour pouvoir parler des difficultés qu'elle rencontre avec son père. A l'opposé, le père de Marcel, dont la sœur handicapée mentale, refuse de consulter un psychothérapeute alors qu'il serait cyclothymique et que les autres membres de sa famille, comme sa femme et une de ses filles, y ont recours. Cette situation de sensibilité de certains membres de la famille à la culture « psy » ne se retrouve que très rarement dans les autres familles, sauf pour l'unité de Jeanne, où le père a effectué une psychanalyse, tandis que l'histoire familiale de la mère est présentée comme le cumul d'expériences traumatisantes. L'exception reste toutefois la famille de Jean-Baptiste pour laquelle de tels effets n'apparaissent pas. Peut-être est-ce lié à la distance de ces événements qui remontent à deux à trois générations précédentes ? Il semble donc bien y avoir un effet d'orientation préférentiel vers la psychiatrie, à la fois des professionnels, et des familles.

4- Conclusion

La prise en compte du temps du travail psychiatrique fait apparaître le facteur temps comme constitutif de l'inscription dans un suivi en psychiatrie. Nous serions donc ici dans un processus d'apprentissage, voire d'enculturation au sens anthropologique du terme, permettant d'envisager à terme l'entrée dans un suivi psychiatrique « idéal » articulant prise de médicaments et pratique psychothérapeutique.

De ce point de vue, l'analyse de l'évolution des imputations de responsabilité dans notre corpus de personnes en contact depuis au maximum 4 années avec la « psy » fait apparaître des tensions explicatives entre des facteurs qui relèvent de l'inné et ceux qui relèvent de l'acquis. On retrouve ici les deux principaux registres d'explicitation des conduites humaines en Occident. D'une part, le **registre de l'inné**, qui renvoie aux sciences de la nature. La responsabilité des difficultés est attribuée à une anomalie de fonctionnement du corps, le cerveau en l'occurrence. Personne n'est responsable et le jeune est victime d'un destin dont les voies sont impénétrables. **C'est le registre qui ouvre la plus large voie à l'usage psychiatrique des molécules médicamenteuses.** D'autre part, le **registre de l'acquis**, qui renvoie plutôt aux sciences humaines : les troubles sont associés à une mauvaise articulation entre l'homme et son milieu (société, quartier, famille, etc.). Ce registre de l'acquis se décline en deux modalités. La première est celle de l'irresponsabilité d'un jeune victime de forces sur lesquelles il n'a pas ou peu prise. La seconde est celle de la responsabilité d'un jeune ne disposant pas des compétences de gestion de cette articulation entre l'homme et son milieu, dans le prolongement d'une interprétation en terme de personnalité et de crise d'adolescence. **Cette acception des troubles ouvre, elle, la voie à la pratique psychothérapeutique.**

³⁶ C'est-à-dire des psychothérapies au sens large.

Plus que complémentarité, il apparaît donc une contradiction épistémologique fondamentale entre l'approche psychiatrique et l'approche psychothérapeutique. Les jeunes et leur entourage, selon la durée de leur implication dans un suivi « psy », tendent à mettre l'accent plutôt sur le pôle naturaliste, ou au contraire plutôt sur l'acquis. En début de parcours psychiatrique, l'explication cannabique semble ouvrir une troisième voie originale en conciliant victimisation par un capital corporel défaillant et responsabilisation par des consommations accentuant les conséquences de ce capital défaillant. Avant que le registre génétique ne place l'accent sur la responsabilité de l'inné, donc de la nature, après avoir vaincu les résistances de jeunes peu enclins à sacrifier leur identité sociale d'individus responsables.

CONCLUSION GENERALE

La recherche qui fait l'objet de ce rapport est à la fois ambitieuse et à vocation exploratoire. Ambitieuse parce qu'elle a couvert plusieurs aspects d'une question complexe et mal connue, l'émergence des troubles d'apparence psychotique, en l'espace relativement court de 18 mois. Ambitieuse également parce qu'elle a montré que cette question, qui est en général uniquement abordée d'un point de vue clinique, se prête avec profit à une approche sociologique. Cependant, plusieurs des aspects abordés, des résultats présentés, et des pistes d'analyse ouvertes demandent à être approfondis dans les suites de cette recherche. Nous revenons dans cette conclusion sur ces éléments, en suivant le déroulement du rapport.

La première partie du rapport, « *Repérer les troubles psychiatriques* », a permis d'explorer plusieurs aspects du repérage des troubles d'apparence psychotique, du côté des professionnels. Le projet de détection précoce des troubles tel que celui en cours sur le terrain d'enquête a été replacé dans l'ensemble des dispositifs d'inscription de la jeunesse. Le travail exploratoire que nous avons effectué doit être considéré avant tout comme démarche pour dénouer l'écheveau des circuits et des enjeux qui constituent la trame de la prise en charge de l'adolescence sur notre territoire d'enquête. Initialement défini par le secteur psychiatrique comme un territoire géographique, le terrain de notre enquête s'est élargi à un ensemble plus vaste. L'enquête ayant eu lieu à Paris, ville et département, le terrain permettait d'avoir une lecture de l'espace facilitée par l'existence simultanée de plusieurs limites administratives et politiques : ce travail ouvre donc sur la possibilité de dépasser la démarche qui s'appuie sur des univers identifiables uniques et des statuts sociaux définis (tels que celui de patient, ou d'élève,...). La mise en place de programmes de détection et prise en charge précoce par l'institution psychiatrique fait apparaître deux difficultés structurelles. La première vient de l'idée, sur laquelle repose de tels programmes, qu'il existe une période précédant l'apparition de troubles psychotiques qui se caractérise par une phase de transition ou de « risque », et au terme de laquelle seuls certains des individus vulnérables évolueront vers un état pathologique. Pour justifier d'une intervention psychiatrique pendant cette période, il est nécessaire, soit d'élargir les missions du système de soin psychiatrique (le secteur de psychiatrie publique), soit de modifier la définition de la maladie. La seconde difficulté tient au fait que la mise en place de tels projets de réseaux de soin, qui nécessitent des liens avec des acteurs non-spécialistes, semble ne pouvoir se fonder que sur des liens privilégiés construits localement, dans l'état actuel de l'organisation du système de soin.

L'analyse des pratiques des médecins scolaires a permis une première approche du repérage et de l'orientation des troubles psychiatriques en milieu scolaire. On a vu que, du fait des fonctions de l'institution scolaire et de la position de retrait du médecin scolaire, les troubles du comportement au sein de l'espace scolaire peuvent être interprétés en tant que déviance ou comme signes pathologiques. Le médecin scolaire joue alors un rôle important de qualification en termes médicaux des anomalies, d'autant plus lorsqu'il y a un doute sur le statut de ces anomalies. Du fait de son mode d'activité professionnelle, ce rôle du médecin scolaire consiste surtout à assurer une coordination et un travail d'équipe avec les multiples intervenants impliqués dans le fonctionnement de l'institution scolaire. Par cette approche du milieu scolaire, on voit également que le travail de trajectoire et de qualification des difficultés commence bien avant l'accès au cabinet du médecin scolaire, et est influencé par les actions successives de nombreux acteurs non

médicaux (professeurs, CPE, proviseurs, etc.). Il paraît alors essentiel de reconstruire la chaîne d'interactions, dont le médecin scolaire n'est qu'un maillon. Afin d'étendre l'analyse à l'ensemble du dispositif scolaire, il serait nécessaire de compléter cette première approche en interrogeant d'autres intervenants de l'institution, et notamment certains acteurs, tels que l'infirmière scolaire ou le CPE, qui semblent jouer parfois un rôle essentiel, ou les psychologues scolaires. On pourra ainsi aborder notamment les situations qui échappent au médecin scolaire, parce que les anomalies ont été repérées par des intervenants de l'institution en amont, et ne lui sont pas parvenues.

En rencontrant des médecins généralistes, nous avons éclairé les modalités du diagnostic élaboré au cours de la consultation médicale, sur un mode que les médecins revendiquent comme intuitif. Les récits de cas des médecins généralistes montrent l'étendue du travail entrepris par le thérapeute pour essayer de comprendre les troubles auxquels il avait à faire, et éventuellement pour convaincre le patient d'accepter de recourir à un professionnel de la psychiatrie. Les catégories utilisées par les médecins pour classer les troubles auxquels ils sont confrontés renvoient à des inconvenances situationnelles, c'est-à-dire à des comportements qui perturbent de façon trop importante la maîtrise qu'a le praticien de l'interaction. Une typologie de ces pathologies situationnelles caractérise les différentes situations auxquelles les médecins généralistes et scolaires sont confrontés. Sont définies deux situations d'urgence, c'est-à-dire impliquant une intervention ponctuelle à issue immédiate. La situation de *démence*, urgence aggravée, se produit en présence d'un tiers, en général l'entourage, fait intervenir une dimension de dangerosité, et implique souvent l'alliance des parents avec le médecin, face aux réticences du jeune. La situation de délire se déroule en général au cabinet du thérapeute, et l'implique seul avec le patient. Le patient a des comportements (délires...) qui rendent sa participation à l'interaction impossible, ce qui n'empêche d'ailleurs pas qu'il coopère à l'intervention du médecin qui consistera à l'orienter vers la psychiatrie. La situation *borderline* a des contours moins nets. La qualification des troubles est incertaine, ce qui implique une recherche diagnostic ou une surveillance de l'évolution dans le temps. Dans cette situation, comme dans celle du suivi conjoint, la dimension diachronique sera alors essentielle, et se déploient des jeux d'alliance complexes avec l'entourage. Cette typologie permet de dégager des voies privilégiées d'entrée en contact avec la psychiatrie, par le biais du médecin généraliste. Dans le prolongement de cette analyse, il sera intéressant de l'articuler avec les situations rencontrées dans la deuxième partie, par l'approche des parcours de jeunes ayant consulté en psychiatrie.

La seconde partie du rapport, « *rencontrer la psychiatrie* », a d'abord mis en évidence les difficultés auxquelles est confronté la sociologie lorsque, par sa méthode, elle est investie comme espace de parole, mais aussi la richesse des éléments qu'elle recueille ainsi. Le croisement d'entretiens avec des jeunes et avec des membres de leur entourage, s'est révélé produire des résultats extrêmement riches et intéressants, en multipliant les points de vue sur une même situation. Dans un approfondissement de cette recherche, cette méthode devrait être étendue à l'ensemble des personnes rencontrées, malgré la charge représentée en terme de travail de terrain.

Un des aspects révélés par la réalisation d'entretiens croisés a été la fréquence des lacunes dans tous les entretiens, ce qui a été confirmé dans les entretiens répétés réalisés. Notre attention a ainsi été attirée sur le caractère non-exhaustif des récits de parcours, y compris pour des événements qui semblent marquant. Ce qui peut sembler une évidence, est cependant un phénomène souvent occulté dans les recherches sociologiques en général. Le travail par entretiens croisés permet de le prendre réellement en compte.

Les récits croisés des trajectoires des jeunes préalables à leur premier contact avec la psychiatrie font apparaître de multiples difficultés dans les différents cadre sociaux intégrateurs, qui s'exacerbent au moment du passage à l'âge adulte. S'il est difficile d'établir un lien entre ces difficultés et l'apparition de troubles, on peut cependant souligner que l'incertitude sur l'existence de ce lien est partagée par les jeunes et par leur entourage. C'est dans ce contexte d'incertitude que survient le premier recours à la psychiatrie. L'identification de 3 types de premiers recours montre la diversité des modalités d'orientation et a part d'aléatoire, même dans le cas de troubles majeurs de la perception. Dans type I, les parents sont toujours accompagnateurs, pour des difficultés identifiées dans la sphère scolaire et d'insertion professionnelle et accompagnées de perturbations de la sphère familiale. Les conflits entre les jeunes et leur parents, et/ou des replis sur soi du jeune, sont lus comme signes immédiatement annonciateurs d'une consultation en psychiatrie, publique ou privée. La suggestion de consulter en psychiatrie provient plutôt de l'entourage proche de la famille, dans des milieux socialement favorisés. Dans le type II, ce sont des troubles importants de la perception et/ou du comportement auxquels des personnes extérieures à la famille ont assisté qui donne lieu à une orientation en psychiatrie, souvent accompagnée par les parents, mais avec parfois la participation de services d'urgence. Il s'agit le plus souvent d'une hospitalisation. Le type III concerne des jeunes éloignés du cadre familial au moment de leur premier recours. C'est le cadre amical et amoureux qui domine, et qui est le plus perturbé par des troubles qui sont silencieux et souvent subis depuis de longues années. Les agents orientateurs ne sont pas les parents mais des personnes, éventuellement professionnelles, avec qui les jeunes ont tissé des liens d'alliance forts. Ce premier recours se fait souvent seul, et leurs parcours de soins tant antérieurs qu'ultérieurs sont erratiques. Il apparaît bien, à travers cette typologie, que l'environnement social joue un rôle essentiel dans les modalités du premier recours. L'approche par unité montre qu'il semble exister un lien entre la proximité socioculturelle du membre de l'entourage avec le jeune et le fait que ce membre identifie des troubles comportementaux.

Une des questions qui émerge de cette typologie concerne le rôle semble-t-il décisif des parents dans le premier recours à la psychiatrie. Souvent accompagnateurs même s'ils ne sont pas orientateurs, on s'aperçoit en effet que lorsqu'ils ne sont ni l'un ni l'autre, leur implication sera l'occasion de l'instauration d'un suivi plus satisfaisant pour le jeune. Il peut être ici utile de reprendre les hypothèses présentées en conclusion du chapitre III de la deuxième partie de ce rapport. L'investissement de leurs parents pourrait être nécessaire aux jeunes pour qu'ils s'engagent dans un parcours psychiatrique difficile. Cet investissement des parents pourraient aussi être une occasion pour les parents eux-mêmes de valider socialement leurs constats d'écart à la norme de leurs enfants, tout en recherchant un transfert ou un partage du poids de leur responsabilité auprès de la psychiatrie alors qu'ils sont en difficulté. Cet investissement des parents pourrait enfin être nécessaire au fonctionnement de la relation psychiatrique, en leur qualité de témoins historiques des comportements de leurs enfants et de tiers éventuellement à même de persuader leurs enfants de s'inscrire dans les suivis proposés.

La dimension temporelle apparaît comme essentielle dans l'inscription dans un suivi en psychiatrie. C'est elle qui permet au processus d'apprentissage des règles de la négociation avec les professionnels de se dérouler, apprentissage qui permettra, éventuellement, l'engagement dans un suivi. Dans ce temps de la psychiatrie se jouent l'inscription du jeune dans le travail psychiatrique, l'implication des parents, mais également la gestion de la maladie et des incertitudes liées à la lecture pathologique des événements récents. Mais c'est également le processus

d'acceptation de la lecture psychiatrique des troubles qui prend place, de façon plus ou moins aboutie. Il est apparu que les modalités de négociation sont différentes selon que le travail psychiatrique se produit lors de l'hospitalisation ou au cours de consultations. Durant cette période d'engagement dans des liens avec la psychiatrie, subsistent les incertitudes sur la maladie et sur les inscriptions sociales à venir. Les situations de déclassement social et de désinsertion tendent à s'aggraver, et les projets d'insertion sociale sont peu à peu revus à la baisse. Dans ce moment où les évolutions à attendre sont grandement incertaines, on voit tout particulièrement comment l'inscription en psychiatrie interagit constamment avec les possibilités d'inscription sociales, et le rôle important joué par les parents, dans un jeu d'alliances avec le jeune et les professionnels de la psychiatrie.

La période qui précède l'émergence de troubles psychotiques constitue un processus, souvent long, au cours duquel la personne et son entourage modifient leurs perceptions de « ce qui se passe », en interaction avec les intervenants qu'ils rencontrent. L'analyse de l'évolution des imputations de responsabilité dans notre corpus de personnes en contact avec la « psy » depuis 4 ans au plus fait apparaître des tensions explicatives entre des facteurs qui relèvent de l'inné, qui s'accordent le plus avec un recours au traitement médicamenteux, et ceux qui relèvent de l'acquis, où s'inscrivent bien la pratique psychothérapeutique. Dans cette période d'émergence des troubles, l'explication cannabique semble ouvrir une troisième voie originale, qui met le jeune dans une position de victime, par la défaillance de son capital corporel, tout en maintenant une part de responsabilité, par des consommations accentuant les conséquences de ce capital défaillant. L'explication génétique, au contraire, qui consacre la responsabilité de l'inné, donc de la nature, soit donc pour s'imposer vaincre les résistances de jeunes qui tiennent à leur identité sociale d'individus responsables.

La période d'émergence de troubles d'apparence psychotique constitue donc un moment de grande incertitude sur la qualification de ce qui se passe. Cette incertitude traverse l'ensemble de cette recherche, et on voit que la lecture des conduites en termes de pathologie psychiatrique n'est qu'un des registres possibles, que chacun des acteurs saisit en fonction du contexte dans lequel il se trouve. On a vu que dans les dispositifs, le registre psy peut être utilisé par rapport au caractère « gérable » ou non des comportements dans l'institution. Les intervenants scolaires oscillent, pour leur part, entre lecture pathologique et lecture en termes de déviance. Les médecins généralistes évaluent les situations en fonction de leur compétence relationnelle. Les familles et les jeunes hésitent entre des lectures en termes de problèmes d'adolescence ou en termes de pathologie. On a vu dans leur cas la diversité des hypothèses, au sein même du registre psychiatrique. Comme nous l'avons esquissé à propos des parents et des jeunes, il serait intéressant d'analyser plus précisément l'interaction entre le type de lecture adopté et les situations dans lequel se trouvent les différents intervenants.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes et scolaires

1 Selon vous, les troubles psychologiques ou du comportement sont-ils un motif de consultation fréquent dans votre patientèle? oui non

Parmi les patients présentant un trouble psychologique ou du comportement au premier plan....

2 Y en a-t-il que vous suivez seul (sans les orienter)? oui non

Si oui, citer quels types de patients

.....
.....
.....
.....
.....

3 Y en a-t-il que vous orientez et ne suivez plus par la suite ? oui non

Si oui, citer quels types de patients

.....
.....
.....
.....
.....

4 Toujours parmi les patients présentant un trouble psychologique ou du comportement au premier plan, avez-vous l'habitude....

D'orienter pour avis oui non

De suivre en cothérapie (*ou suivi conjoint, ou double-suivi*) oui non

- En êtes-vous satisfait et pourquoi ?** (*pour chacune des structures citées*)

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

- 8 **Avez-vous recours à d'autres structures du dispositif de santé mentale ?** (*dans ou hors l'arrondissement*)

oui non

Si oui, **lesquelles** (si possible, précisez leur nom)

.....
.....
.....

- 9 **Selon vous, quelle est la proportion des 15-30 ans dans votre patientelle ?**

.....%

- 10 **Quels sont les principaux critères qui vous incitent à orienter ces jeunes adultes vers une prise en charge en psychiatrie ?**

(*Citer les items, 3 choix maximum*)

- La gravité du trouble
 La pathologie suspectée
 L'âge du patient
 Son environnement social
 Son environnement familial
 le fait que le patient soit déjà connu
 Autre, Préciser _____

.....

- 11 **Au cours des 12 derniers mois, combien de patients avez-vous orienté vers une prise en charge en psychiatrie** (pour un trouble psychologique ou du comportement) ?

- 0
- moins de 5
- 5 à 10
- plus de 10

12 **Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'organisation de la prise en charge de ce type de patients ?**

.....

13 **Quelles sont vos propositions pour améliorer cette prise en charge ?**

.....

14 **Vous êtes :**

- un homme
- une femme

15 **En quelle année avez-vous obtenu votre thèse ?**

.....

16 **En quelle année vous-êtes vous installé dans le 15ème arrdt ?**

.....

17 **Avez-vous un(e) ou plusieurs spécialités ou thèmes d'intérêt particulier ?**

- oui
- non

Si oui, le ou lesquels ?

Diplôme

Recrutement

Thème 1 :

Thème 2 :

Thème 3 :

Thème 4 :

- 18 **Disposez-vous de diplômes en rapport avec ces thèmes d'intérêt ?**

Les notez en face de chaque thème

- 19 **Avez-vous un recrutement spécifique en rapport avec ces thèmes ?**

C'est-à-dire, votre activité est-elle plus particulièrement tournée vers ces thèmes? Notez oui ou non en face de chaque thème

- 20 **Avez-vous une ou plusieurs expériences de pratique de la psychiatrie dans un service spécialisé?**

oui non

Si oui, pouvez-vous préciser à quel type de poste ?

- Externe
- Résident
- Assistant
- Attaché
- Gardes
- Autre, préciser _____

- 21 **Selon vous, quel est le groupe de patients que vous voyez le plus fréquemment ?**

- Enfants (0-12 ans)
- Adolescents (13-18 ans)
- Jeunes adultes (19-30 ans)
- Adultes (31-50 ans)
- + de 50 ans

Annexe 2 : Guide d'entretien professionnel

Présentation de l'enquête :

« Nous essayons de connaître l'expérience de médecins (peut être employer le terme de thérapeute, ou encore choisir le terme adapté en fonction de mon interlocuteur) ayant eu à prendre en charge des patients atteints de troubles psychotiques. Le but de cette recherche est de produire des connaissances susceptibles de favoriser le travail thérapeutique et la prise en charge des personnes atteintes de tels troubles. »

Amorces :

« Avez-vous déjà reçu en consultation des patients souffrants de troubles psychotiques ? Pourriez-vous me raconter comment cela s'est passé ? »

« Auriez-vous en tête l'histoire d'un patient présentant des troubles psychotiques ou du comportement ? Pourriez-vous me raconter comment cela s'est passé ? »

Perception, interprétation, diagnostic

Les recherches et informations complémentaires

Les différents intervenants : les confrères, la famille, les professeurs, les infirmières, autres

Les antécédents : *« Vous avez eu connaissance d'autres manifestations de ces troubles, ou d'antécédents ? »*

Le contact avec le patient

Le contact avec la famille notamment, l'entourage de façon générale

La conclusion et le diagnostic

Les enjeux du diagnostic

Poser la question des problèmes propres à un tel diagnostic, que ce soit pour le patient, son entourage, pour le médecin lui-même (en termes éthiques, administratifs, juridiques, etc.)

Poser la question de l'importance que l'on confère à ce diagnostic une fois émis (*« Cela a changé quoi pour vous de pouvoir dire ce dont il/elle souffrait ? »*)

Prise en charge, traitement et prescription

Quelles modalités de traitement :

Comment organise-t-on la prise en charge : Que fait-on ?

Quels sont les problèmes que l'on rencontre

Evolution de la relation au patient, et à l'entourage

Ressources mobilisées et les solutions mises en place

Les motifs de la décision

On prescrit quoi, et en quelle quantité/dose ? Pourquoi ? Quels sont les effets ?

Le cas des neuroleptiques notamment.

Orientation

Vers qui, ou vers quelles institutions ?

Les motifs de la décision

Informations sur la suite du suivi

Les situations de crise

Si l'occasion d'en parler ne s'est pas présentée, évoquer à part le cas des situations de crise :

« *Vous avez connu des situations disons critiques, ou de crise ?* », et demander derrière ce que l'on entend par là, le sens du mot crise.

« *Qu'avez vous fait ensuite ? Vous avez continué à le/la suivre ?* »

Pour toutes ces descriptions et récits, les resituer le long de la trajectoire professionnelle du praticien. « *Où étiez vous à ce moment là ?* », « *Vous étiez sur le 15^o arrondissement depuis longtemps ?* », « *Vous étiez déjà intéressé par... ?* », « *Vous étiez formé à... ?* », « *C'était la première fois que vous étiez confronté à un cas de troubles psychotiques ?* »

La pratique normale

Ici, il s'agit d'interroger les conditions habituelles de travail, la formation et les spécialisations.

Rapports à la psychiatrie

« *Vous avez déjà travaillé avec des institutions ou des professionnels de la psychiatrie ?* ».

Si pas de contacts : « *Et vous pensez que cela se passe comment avec les psychiatres ?* »)

Annexe 3 : Guide d'entretien patients et entourage

Présentation du projet d'étude

« Nous essayons de connaître l'histoire des personnes accueillies ici pour la 1^{ère} fois. Le but de cette enquête est de produire des connaissances susceptibles d'améliorer cet accueil. Nous ne sommes pas des psychiatres mais des sociologues, et nous nous intéressons au sens que les personnes donnent à leur parcours. C'est pourquoi votre témoignage nous intéresse. »

Dans cette même idée de rupture avec le sens commun psy, il faudra faire expliciter au cours de l'entretien les termes psy qui pourraient être employés par l'enquêté(e).

Anonymat et confidentialité

Avant de commencer l'entretien, il est nécessaire de garantir l'anonymat de l'interviewé et la confidentialité de l'entretien. Par exemple :

« Le contenu de cet entretien est strictement confidentiel. En dehors de l'équipe chargée de l'étude et de moi-même, rien ne sera transmis à qui que ce soit. Les informations susceptibles de vous identifier, ou d'identifier des personnes ou des lieux que vous mentionnerez durant l'entretien seront supprimées. »

Expliquer qu'on enregistre pour éviter de déformer les propos tenus par les personnes et respecter leur parole.

1^{ère} partie : Récit de vie en lien avec les difficultés rencontrées

Objectifs de cette première partie de l'entretien

Il s'agit de permettre à la personne de rentrer dans l'entretien en abordant de façon imbriquée sa trajectoire et l'histoire de ses difficultés. Dans cette première partie, pourront être abordés :

- Le sens accordé à l'hospitalisation / consultation psy
- La personne avant ses premières difficultés
- La chronologie des difficultés identifiées par l'enquêté(e) et/ou par des tiers
- Les liens entre difficultés et histoire personnelle

Démarrage de l'entretien : consigne de départ

Faire ensuite remonter la personne dans le passé à partir des éléments évoqués et de l'interprétation qu'elle en donne, en demandant s'il y a eu des situations similaires par le passé. Cela permettrait de prendre en compte le déni. Cela revient à faire expliciter la définition de la situation.

L'entrée en matière doit permettre d'identifier et de reprendre pour la suite de l'entretien le terme que l'enquêté(e) trouve le plus pertinent pour rendre compte de son histoire (démarche ethno) :

« Est-ce que vous pouvez me raconter les circonstances de votre hospitalisation ? Qu'est-ce qui s'est passé ? »

Puis pour démarrer le récit de vie, il est possible d'utiliser une consigne de départ telle que :

« Pourriez-vous retracer les différents moments de votre vie en lien avec l'histoire des difficultés que vous avez rencontrées ? »

Différents thèmes seront naturellement abordés par la personne lorsqu'elle fera son récit de vie dans l'ordre qui lui conviendra. Plusieurs sont à explorer, s'ils n'apparaissent pas spontanément, l'enquêteur choisira d'orienter la discussion sur chacun d'eux :

- L'ordre et les moments de la vie où la personne a rencontré des troubles psychiques :
« *Nous aimerions connaître les moments de votre vie où sont apparus vos (difficultés).* »
- Ce qui se passait de marquant dans sa vie, lorsqu'un trouble apparaît :
« *Lorsque cette (difficulté) est apparue, que se passait-il d'important dans votre vie* »
- Les contextes dans lesquels la personne a grandi (enfance, adolescence, jeune adulte) :
« *Pourriez-vous évoquer succinctement dans quels contextes s'est déroulé votre enfance, votre adolescence et le début de votre vie d'adulte ?* »
- Faits significatifs antérieurs aux premiers troubles (traumatisme, rupture...) :
« *Avant de connaître ces (difficultés), avez-vous vécu des ruptures, des traumatismes, des événements particulièrement douloureux dans votre vie ?* »
- « *Comment surviennent les premières (difficultés) dans votre vie, à quel moment ?* »
- La place que prennent ces troubles dans les autres problèmes rencontrés.

2^{ème} partie : Axes concernant les premières manifestations

DECRIRE LES MANIFESTATIONS INTERPRETEES COMME PREMIERES (DIFFICULTES)

Faire expliciter les symptômes ressentis par la personne et/ou son entourage.

Les circonstances précises :

- Dans quel contexte s'est produite la 1^{ère} manifestation interprétée comme 1^{ère} (difficulté) ? (temporalité, durée, visibilité...)
- Les éventuels signes antérieurs (vérification de l'antériorité)
- Le sens immédiat accordé à cette première manifestation
- Effets ressentis sur le moment
- Modalités de sortie immédiate de cette situation (attente, consultation, consommation de produits...)
- Interprétations en terme ou non de crise, de maladie, etc.
- Premier interlocuteur

Enchaîner

DECRIRE LE PROCESSUS DE VISIBILISATION / INTERVENTION (famille, amis, voisinage, professionnels non psy et psy)

Faire expliciter les moyens entrepris pour gérer les difficultés en essayant de voir les différences de perspectives entre la personne et son entourage.

Evolution du rôle de la famille et de l'entourage proche

- Visibilisation agie ou subie
- Premières réactions
- Enchaînement des personnes informées
- Sentiment de prise / non-prise sur les événements
- Ressources recherchées / trouvées (soutien moral, matériel, etc.)
- Evolution des difficultés rencontrées

Les professionnels non spécialisés psy (personnels éducatifs, travailleurs sociaux, religieux, etc.)

- Premier interlocuteur (profession, structure publique ou privée, sexe, age...)
- Modalité de connaissance de cette première personne (réactif ou proactif)
- Filières d'accès (directe, orientation, consultation...)
- Moments du parcours
- Discours tenus et conseils
- Perceptions de l'enquêté(e)

Les interlocuteurs spécialisés psy

- Profil (profession, structure publique ou privée, sexe, age...)
- Filières d'accès (directe, orientation, consultation...)
- Moments du parcours
- Discours tenus et conseils
- Diagnostics éventuellement posés
- Perceptions de l'enquêté(e) (dont perception ou non comme malade)

Les éventuelles consommations à visée auto-thérapeutique

- Les produits psycho-actifs (licites ou illicites)
- Circonstances des 1ères prises et évolution (fréquence, doses, effets recherchés, activités après...)
- Les contextes actuels d'automédication les plus fréquents

Les produits prescrits

- Approvisionnement hors prescription
- Comment a-t-il (elle) obtenu la première prescription (médecine de ville, CSST, hôpital, autres) ?
- Quels arguments ?
- Quels types de relation entretient-il (elle) avec les médecins?
- Quelles difficultés rencontre-t-il (elle) avec les médecins?
- Que pense-t-il (elle) des médecins qui lui prescrivent ces produits ?
- Consommations actuelles
- Eventuels effets secondaires

LES CONSEQUENCES DES TROUBLES

Impact des troubles sur la vie sociale, professionnelle, relationnelle, familiale des personnes suivies (notamment degré de stigmatisation ressenti)

- Influence des troubles sur les relations amicales, les groupe d'appartenance etc....
- Troubles et conséquences sur les relations familiales
- Impact des troubles sur les relations affectives
- Impact des troubles sur l'insertion socioprofessionnelle
- Prise en compte des troubles dans le projet de vie

L'impact des troubles sur l'image de soi et l'identité

- Comment qualifierait-il (elle) les troubles vécus ?
- Est-ce que ces troubles modifient l'image qu'il(elle) se fait de lui(elle)?

- L'image que les autres se font de lui ?
- Son image s'est-elle améliorée ou dégradée depuis qu'il (elle) est suivi(e) pour ces troubles ?
- La personne se considère-t-elle comme malade ? Effets de cette perception ?
- Evolutions et perspectives envisagées

CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

« Voulez-vous ajouter autre chose ? »

« De votre point de vue, quelle est l'aide la plus efficace que vous ayez trouvée ? »

Demander possibilités de contacter ces personnes :

« Pour enrichir la connaissance de votre histoire, seriez-vous d'accord pour que je rencontre ces personnes ? »

Remerciements

TALON SOCIOLOGIQUE

Âge :

Sexe :

Origine géographique :

Activités professionnelles :

Niveau d'études (ou diplôme le plus élevé) :

Ressources financières (rémunération, allocations diverses, autres...) :

Situation familiale : (Vivez-vous seul, en couple? Avez-vous des enfants ? Vivent-ils avec vous ? Etc...)

Type de contexte par lequel l'enquêté été rencontré

Lieu de l'entretien

Annexe 4 : Tableaux issus de l'enquête par questionnaire

Fréquence estimée des consultations ayant pour motif des troubles psychologiques ou du comportement

	Effectif	Pourcentage
Peu fréquent	17	35,4
Fréquent	31	64,6
Total	48	100,0

Proportion de MG qui suivent seul, sans les orienter, certains patients présentant un trouble psychologique ou du comportement au premier plan

	Effectif	Pourcentage
Ne suivent jamais de patients seuls, sans les orienter	10	20,8
Suivent certains patients seuls, sans les orienter	38	79,2
Total	48	100,0

Proportion de MG qui orientent et ne suivent plus par la suite des patients présentant un trouble psychologique ou du comportement au premier plan.

	Effectif	Pourcentage
N'orientent jamais définitivement	7	14,6
Orientent certains patients définitivement	41	85,4
Total	48	100,0

Critères intervenant dans la décision de suivre seul sans orientation, et dans la décision d'orienter sans suivi ultérieur (citation spontanée, réponses multiples)

Critères liés au diagnostic

Termes se rapportant à :	PATIENTS SUIVIS SEULS <i>Base = 38</i>		PATIENTS ORIENTES <i>Base = 41</i>	
	Effectif	Pourcentage (non cumulable)	Effectif	Pourcentage (non cumulable)
Psychose	2	4,2	23	47,9
Névroses	1	2,1	3	6,3
Troubles anxio-dépressifs	30	62,5	4	8,3
Troubles du comportement	7	14,6	4	8,3

Troubles addictifs	6	12,5	2	4,2
Autre	1	2,1	3	6,3

Autres critères

	PATIENTS SUIVIS SEULS			PATIENTS ORIENTES	
	Base = 38			Base = 41	
	Effectif	Pourcentage (non cumulable)		Effectif	Pourcentage (non cumulable)
Trouble peu grave	8	16,7	Trouble grave	14	29,2
Patients réticents à la psychiatrie	5	10,4	Patients déjà suivis ailleurs	8	16,7
Age du patient	4	8,3	Résistance du trouble à la thérapie	4	8,3
Patients déjà suivis par le MG	1	2,1	Au « feeling »	3	6,3
Bonne réponse du trouble à la thérapie	1	2,1	Patients réticents avec le MG	2	4,2
Au « feeling »	1	2,1	Age du patient	2	4,2
Suivi pour renouvellement	1	2,1	Autres	2	4,2

Attitudes habituelles des MG vis-à-vis des patients présentant un trouble psychologique ou du comportement au premier plan

	Orientation pour avis		Suivi conjoint	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	39	81,3	38	79,2
Non	9	18,7	10	20,8
Total	48	100,0	48	100,0

Structure ou professionnel particuliers sollicités face à un patient présentant un trouble psychologique ou du comportement...

	EN SITUATION D'URGENCE		POUR UNE HOSPITALISATION		POUR UNE DEMANDE D'AVIS		POUR UNE DEMANDE DE SUIVI	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	46	95,8	39	81,2	43	89,6	41	85,4
Non	2	4,2	9	18,8	5	10,4	7	14,6
Total	48	100,0	48	100,0	48	100,0	48	100,0

En situation d'urgence

	Nombre de citations (réponses multiples)		Dont cité en 1 ^{er} recours	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1 : CPOA	25	54,3	23	50,0
11 : CMP/CMPP	16	34,8	8	17,4
12 : psychiatre libéral	16	34,8	10	21,7
2 : Hôpital ste Anne	8	17,4	3	6,5
8 : sos psy	3	6,5	1	2,2
3 : autre hôpital	2	4,3	-	-
4 : montsouris	2	4,3	1	2,2
7 : police	1	2,2	-	-
16 : CAC	1	2,2	-	-
<i>Base = 46 médecins ayant cité un recours</i>			46	100

Hospitalisation

	Nombre de citations (réponses multiples)		Dont cité en 1 ^{er} recours	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2 : Hôpital ste Anne	21	53,8	15	38,5
1 : CPOA	14	35,9	12	30,8
11 : CMP/CMPP	7	17,9	6	15,4
3 : autre hôpital	3	7,7	2	5,1
4 : montsouris	3	7,7	1	2,6
12 : psychiatre libéral	2	5,1	1	2,6
5 : clinique	1	2,6	-	-
6 : pompiers	1	2,6	1	2,6
7 : police	1	2,6	-	-
9 : centre évaluation bonsecours	1	2,6	1	2,6
15 : réseau	1	2,6	1	2,6
<i>Base = 39 médecins ayant cité un recours</i>		Total	39	100

Demande d'avis

	Nombre de citations (réponses multiples)		Dont cité en 1 ^{er} recours	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
12 : psychiatre libéral	37	86,0	29	67,4
11 : CMP/CMPP	20	46,5	11	25,6
2 : Hôpital ste Anne	2	4,6	1	2,3
3 : autre hôpital	2	4,6	1	2,3
4 : montsouris	1	2,3	-	-
5 : clinique	1	2,3	-	-
9 : centre évaluation bonsecours	1	2,3	-	-
10 : centre évaluation CMP	1	2,3	-	-
13 : psychologue	1	2,3	1	2,3
14 : psychanalyste	1	2,3	-	-
<i>Base = 43 médecins ayant cité un recours</i>		Total	43	100

Demande de suivi

	Nombre de citations (réponses multiples)		Dont cité en 1 ^{er} recours	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
12 : psychiatre libéral	35	85,4	26	63,4
11 : CMP/CMPP	21	51,2	9	21,9
2 : Hôpital ste Anne	2	4,9	2	4,9
4 : montsouris	2	4,9	1	2,4
3 : autre hôpital	1	2,4	1	2,4
5 : clinique	1	2,4	-	-
9 : centre évaluation bonsecours	1	2,4	1	2,4
10 : centre évaluation CMP	1	2,4	-	-
13 : psychologue	1	2,4	1	2,4
14 : psychanalyste	1	2,4	-	-
17 : relais associatifs	1	2,4	-	-
<i>Base = 41 médecins ayant cité un recours</i>		Total	41	100

Principales sources d'information sur les troubles psychologiques et psychiatriques des MG
(citation spontanée – réponses multiples)

	Effectif	Pourcentage (non cumulable)
Revue de médecine générale	41	85,4
FMC	18	37,5
Etudes de médecine	10	20,8
Confrères	9	18,8
Livres psy fournis par labo	9	18,8
Travail personnel	5	10,4
Conférences organisées par structures spécialisées	4	8,3
EPU	3	6,3
Congrès	3	6,3
Délégué médical	2	4,2
Réseaux	1	2,1

Connaissance des structures de secteurs

Proportion de MG connaissant des structures de secteur

	Effectif	Pourcentage
Connaissent au moins une structure du secteur psychiatrique	38	79,2
Ne connaissent aucune structure du secteur psychiatrique	10	20,8
Total	48	100,0

Nombre de structures de secteur citées

	Effectif	Pourcentage
Une structure citée	18	47,4
Deux structures citées	18	47,4
Trois structures citées ou plus	2	5,3
Total	38	100,0

Nombre estimé de recours au secteur dans les 12 derniers mois

	Effectif	Pourcentage
Aucun recours dans les 12 derniers mois	7	18,4
Au moins un recours dans l'année	31	81,6
Total	38	100
Nombre moyen de recours dans les 12 derniers mois	7,6	

Quartiles	Base = 38
Premier quartile	D'aucun recours à 2 recours par an en moyenne
Second quartile	De 2 à 5 recours par an en moyenne (tous les six mois à tous les deux mois)
Troisième quartile	De 5 à 10 recours par an en moyenne (tous les deux mois à tous les mois)
Dernier quartile	Plus de 10 recours par an (jusqu'à 50) (Au moins un recours mensuel)
38	Total

Motifs de satisfaction et d'insatisfaction lors de ces recours (citation spontanée)

	Qualité du retour sur le suivi engagé par la structure	Qualité de la relation établie entre le MG et la structure	Qualité de la prise en charge réalisée par la structure
Nombre de MG ayant cité spontanément ce motif	12	16	19
Pourcentage des concernés (38)	31,6	42,1	50,0

	Qualité du retour sur le suivi engagé par la structure		Qualité de la relation établie entre le MG et la structure		Qualité de la prise en charge réalisée par la structure	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Satisfait	2	5,3	3	7,9	17	44,7
Non satisfait	10	26,3	13	34,2	2	5,3
Total	12	31,6	16	42,1	19	50,0
Total	38	100,0	38	100,0	38	100,0

Autres structures citées comme recours (réponses multiples)

24 MG citent une autre structure comme recours face à un trouble psychologique ou du comportement

	Effectif
Montsouris	9
Clinique privée	6
Autre hôpital	5
SOS psy	2
Psychiatre libéral	2
Relais associatif	2
Réseau	1
Total	

Proportion estimée des 15-30 ans dans la patientèle

	Effectif	Pourcentage
Proportion la plus faible de 15-30 ans dans la patientèle	5%	
Proportion la plus élevée de 15-30 ans dans la patientèle	75%	
Proportion moyenne de 15-30 ans dans la patientèle	27%	

Quartiles	Base = 48
Premier quartile	Moins de 20% de 15-30 ans dans la patientèle
Second quartile	De 20% à 25% de 15-30 ans dans la patientèle
Troisième quartile	De 25% à 32% de 15-30 ans dans la patientèle
Dernier quartile	Plus de 32% de 15-30 ans dans la patientèle

Critères incitant à orienter (citation non spontanée)

	Nombre de citations (réponses multiples)		Dont cité en 1 ^{er} recours	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Gravité du trouble	44	91,7	34	70,8
Nature de la pathologie suspectée	38	79,2	10	20,8
Age du patient	11	22,9	2	4,2
Environnement social	23	47,9	1	2,1
Environnement familial	11	22,9	-	-

Autre	11	22,9	1	2,1
			48	100

Nombre de patients orientés vers une prise en charge en psychiatrie au cours des 12 derniers mois

	Effectif	Pourcentage
Aucun patient orienté	2	4,2
Moins de 5 orientations	14	29,2
Entre 5 et 10 orientations	11	22,9
Plus de 10 orientations (soit près d'une par mois)	21	43,8
Total	48	100,0

Répartition par sexe

	Effectif	Pourcentage
Hommes	27	56,3
Femmes	21	43,8
Total	48	100,0

Année d'obtention de la thèse

	Effectif	Pourcentage
Il y a plus de 20 ans	24	50,0
Il y a 10 à 20 ans	24	50,0
Total	48	100,0

Année d'installation dans l'arrondissement

	Effectif	Pourcentage
Il y a moins de 5 ans	5	10,4
Il y a 5 à 10 ans	4	8,3
Il y a 10 à 15 ans	12	25,0
Il y a 15 à 20 ans	12	25,0
Il y a plus de 20 ans	15	31,3
Total	48	100,0

Spécialisations ou thèmes d'intérêt

	Effectif	Pourcentage
Pas de spécialisation ou d'intérêt particulier	18	37,5
Spécialisation ou intérêt particulier pour la psychologie	11	22,9
Spécialisation ou intérêt particulier pour la psychiatrie	3	6,3
Spécialisation ou intérêt particulier pour les médecines douces	4	8,3
Total	48	100,0

Expériences antérieure de pratique de la psychiatrie dans un service spécialisé

	Effectif	Pourcentage
Pas d'expérience antérieure de la psychiatrie	23	47,9
Externe	10	20,8
Interne	5	10,4
Résident	2	4,2
Gardes	1	2,1
Autre	7	14,6
Total	48	100,0

Estimation du groupe de patients vu le plus fréquemment

	Effectif	Pourcentage
Enfants (0-12 ans)	2	4,2
Adolescents (13-18 ans)	1	2,1
Jeunes adultes (19-30 ans)	12	25,0
Adultes (31-50 ans)	20	41,7
+ de 50 ans	13	27,1
Total	48	100,0

Annexe 5 : Tableau des perturbations évoquées dans les principaux cadres socialisateurs avant 1ers contacts « psy »

<u>Pseudo</u>	Sx	Age	CSP	Cadre scolaire	Cadre familial	Cadre amical	Cadre amoureux	Cadre résidentiel	Cadre (pré)professionnel
Arnaud 1 ^{er} épis.	M	21		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problèmes disciplinaires depuis la maternelle, avec orientations psy. ➤ Exclu du système scolaire à l'âge de 13 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mère maltraitante physiquement et sexuellement ➤ Placé en famille d'accueil entre 7 et 10 ans ➤ Puis bagarres père / fils ➤ Conflits autour de la scolarité 	RAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relations difficiles avec les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Placé en famille d'accueil entre 7 et 10 ans ➤ Placé en foyer pour jeunes délinquant ➤ Puis autonome ➤ Puis période SDF 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plusieurs échecs (maçonnerie, vitraux) ➤ + Multiples démêlés avec la justice (pyromanie, vol, deal...)
Cédric A risque	M	20		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problèmes disciplinaires ➤ 2ème échec au bac 		Repli avant 1er contact	RAS	<ul style="list-style-type: none"> Internat durant 3 ans 	RAS
Charles 1 ^{er} épis.	M	23		Echec médecine	Frère suivi en psychiatrie Tensions familiales après abandon médecine	Repli avant 1er contact	RAS	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie résidentielle durant 2 ans Retour difficile au domicile familial 	Echec (conflits) lors de sa 1ère expérience de travail.
Lucas A risque	M	22		Echec école de commerce	Fortes tensions avec père autour de la scolarité Décès d'un grand-père soutien	RAS	Rupture amoureuse	<ul style="list-style-type: none"> Internat durant 2 ans Autonomie résidentielle durant 1 an Retour difficile au domicile familial 	Stage en entreprise qui remet en question son orientation professionnelle
Thomas A risque	M	18		Importantes difficultés scolaires soudaines en terminale	Frère suivi en psychiatrie Tensions avec le père à cause des mauvais résultats scolaires	Bouc émissaire au collège	Rupture amoureuse avec « 1ère vraie petite amie »	RAS	
Jean-Baptiste 1 ^{er} épis.	M	23		Arrêt BEP secrétariat	Divorce des parents à 3 ans Cohabitation conjugale avec « noyau » maternel Tensions avec mère Départ du noyau maternel	RAS	Difficultés dans une relation amoureuse de 7 années	Cohabitation avec son père dans un logement précaire	
Jeanne 1 ^{er} épis.	F	25		RAS. Très bonne scolarité Bac + 5	RAS	Sociabilités dans le milieu underground	Interrogations sur ses orientations sexuelles Mariage raté	Conditions de vie extrêmement précaires à Paris	
Marcel 1 ^{er} épis.	M	21		Exclusion de l'établissement scolaire où il avait passé 11 ans (« mon univers ») alors que très bons résultats Sciences Po au moment 1er contact	Père « envahissant » et tensions autour de la scolarité et de l'orientation	RAS. De solides amitiés	RAS	Autonomie résidentielle durant 2 ans puis séjour difficile au domicile familial	

Sarah 1 ^{er} épis.	F	20	Abandon en terminale à cause des problèmes avec pairs	Manque de soutien des parents	Débuts des problèmes de sociabilités avec les pairs avec changement de lycée Réputation atteinte	RAS	Diverses expériences résidentielles en Israël (kibboutz, tante)
Aurélié A risque	F	21	RAS. Fac de droit	Père décédé quand a 4 ans Silence familial autour de ce décès Apprend par hasard que son père a été assassiné (17 ans)	Aucun lien avec pair par mutisme, devient bouc émissaire Perd son réseau amical après rupture	Rupture amoureuse douloureuse	Vie clandestine pendant 10 ans après l'assassinat par peur Passage d'un appartement dans le 4 ^{ème} arr. à un logement HLM dans quartier populaire
Benjamin A risque	M	24	Difficultés d'intégration et vexations scolaires à partir d'un changement d'école primaire. Proximité avec un instituteur pédophile. Courte fugue durant le collège Echec scolaire en seconde puis orientation sur école de dessin sans le bac	RAS	Complexé. Bouc émissaire du CM1 à la 3 ^{ème} , décide de faire refaire son nez Amitié exclusive avec un ami « à la marge »	Une relation amoureuse vécue comme « malsaine »	Autonomie résidentielle pour école de dessin, (17 ans) puis isolement les 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années.
Jérôme A risque	M	24	Prime scolarité dans milieu protégé Abandon d'une école de prépa ingénieur	Divorce des parents vers 5-6 ans Peu de contacts avec père car repart en Côte d'Ivoire Problèmes financiers et de réinsertion en France de sa mère	Départ des pairs quand conflits politiques en Côte d'Ivoire (12 ans) Difficultés relationnelles au collège Sociabilités autour du cannabis au lycée	Grandes difficultés à faire durer ses relations amoureuses au-delà de quelques semaines	Départ de Côte d'Ivoire pour études supérieures en France Grande précarité matérielle et résidentielle à Paris
Sandra A risque	F	20	Difficultés à partir de la fin du primaire. A un BEP puis filière classique Abandon l'année du bac	Violences du père alcoolique Sentiment d'être bouc émissaire	Isolement puis sur-investissement des relations amicales au collège Déménagements des amis	RAS	RAS
Sébastien A risque	M	21	Difficultés scolaires depuis le collège, échec scolaire depuis cohabitation avec son père, abandon du CAP et formation abrégée par TS	Divorce de ses parents (3 ans) Décès de son beau-père (14 ans). Va habiter avec son père. Conflits avec père	RAS	Relation amoureuse avec la fille de sa belle-mère avec gros conflits quand rupture	De nombreux déménagements après le divorce Beaucoup de liberté quand part habiter avec père. Isolement lors du stage avant TS
Yaku 1 ^{er} épis.	M	21	Difficultés scolaires à partir du collège, absentéisme	Arrive seul en France avec son père (5 ans) Gros conflits avec père à partir du collège Difficultés de communications avec parents non francophones	Enfance solitaire	RAS	Habite seul à Paris

BIBLIOGRAPHIE

- ARRIGO B.A, PATCH P.C (1999), Police Officer Attitudes and Use of Discretion in Situations Involving the Mentally Ill, The Need to Narrow the Focus, *International Journal of Law and Psychiatry*, 22 (1), 23–35.
- BARRETT R. (1998), *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Coll. Les empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- BERGER P., LUCKMANN T. (2002), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand-Colin, (1ère éd. 1967)
- BERTOLOTTO F., JOUBERT M. (2003), Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques, in JOUBERT M., *Santé mentale, ville et violences*, Paris, Eres
- BLINDER N. (2004), *Des dispositifs à la "gestion de cas" : contextes et pratiques du repérage des troubles psychiatriques à l'adolescence*, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, (sous la dir. de EHRENBERG A., SIMMAT-DURAND L.), Université René-Descartes, Paris.
- BUNGENER M. (1995), *Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile*, Paris, Editions de l'Inserm
- BURY M. (1982), Chronic Illness as a biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4 (2)
- CANCEIL O., KREBS M-O (2004), Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins, *Revue Française des Affaires sociales*, 58 (1), Janvier-Mars
- CANCEIL O., SAMPAIO-MEIRELES M., BOURDEL M.-C., OLIE J.-P., POIRIER-LITRE M.-F. (2002), Determinants of quality of life and social functioning in a 128 schizophrenics population after two years follow-up, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5 (suppl. 1), 119-120
- CASTEL R. (1975), Genèse et ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie, *Sociologie du Travail*, (1), Janvier-Mars
- CHOQUET M., LEDOUX S., HASSLER C., PARÉ C. (1998), *Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé*, Ministère de la Justice, MILDT
- Circulaire n° 443 du 16 mars 1972 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents », in *Journal officiel de la République Française*, 21 avril 1972, page 4209.
- COLDEFY M., SALINES M. (2003), *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000*, Document de travail, Série Etudes, n°32, Mai, DREES.
- COUILLIOT M-F, FASSIN D., VASSY C. (2001), *La question sociale à l'hôpital , urgences et précarité en Seine Saint-Denis*, Rapport d'étude n°3, CRESP
- DASES (2002), *L'aide sociale à l'enfance à Paris, rapport d'activité*

- DUBOIS V. (2003), *La vie au guichet, relation administrative et traitement de la misère*, Col. Etudes politiques, Economica
- EATON W.W., BADAWI M., MELTON B. (1995), Prodrômes and precursors epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset, *American Journal of Psychiatry*; 39, 884-9
- EHRENBERG A. (2004), Les changements de la relation normal-pathologique. A propos du couple souffrance psychique/santé mentale, *Esprit*, mai, 133-156
- ESTROFF S. (1998), *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Coll. Les empêcheurs de tourner en rond, Le Plessis-Robinson, Synthélabo
- FASSIN D. (1989), La place de l'anthropologue dans les projets de soins santé primaires, in SALEM G.; JEANNEE E. (eds.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*
- FASSIN D., FERRE N. (2001), Texte et contexte, in FASSIN D., FERRE N., *La souffrance et l'écoute, les traitements locaux de la question sociale*, Rapport d'étude n°4, CRESP
- FASSIN Didier (1996), Politiques des corps et gouvernement des villes, in FASSIN D., *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, Coll. Recherches, La découverte, Paris.
- FAVRET-SAADA J. (1977), *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Folio Essais
- FOMBONNE E., VERMEESCH S (1997), Les enfants de la cohorte gazel : II- Motifs des contacts avec le système médico-éducatif, par âge et sexe, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 45, 107-115.
- FOUCAULT M. (1969), *L'Archéologie du savoir*, Paris, Editions Gallimard
- FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GALLAND O. (2001), *Sociologie de la jeunesse*, Paris, A. Colin
- GOFFMAN E. (1968), *Asiles*, Paris, Editions de Minuit
- GOFFMAN E. (1973), La folie dans la place, in GOFFMAN E., *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Paris, Editions de Minuit
- GOFFMAN E. (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit
- GOFFMAN E. (1977), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de Minuit
- GONZALEZ R.J, NADER L. (2000), The Framing Of Teenage Health Care: Organizations, Culture, And Control, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 231–258.
- HACKING I. (2001), *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?*, Coll. Textes à l'appui, Paris, La Découverte
- Haut Comité de la Santé Publique (1997), *Santé des enfants, santé des jeunes*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement, Juin
- JOSEPH I. (1996a), Intermittence et réciprocité, in JOSEPH I., PROUST J. (dir.), *La folie dans la place, Raisons pratiques*, n°7, Paris, EHESS, 7-36

- JOSEPH I. (1996b), La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques, *Les annales de la recherche urbaine*, 73
- JOUBERT M. (2003), *Santé mentale, ville et violence*, Paris, Eres
- KOVESS V. et al., (1995), Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective?, *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 30, 132-138.
- LAZARUS A. (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail " ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion.
- LIEBERMAN JA, PERKINS D, BELGER A, et al. (2001), The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches, *Biological Psychiatry*; 50 (11), 884-971
- LOVELL A. (2003), *Etat de lieux de la recherche en sociologie et anthropologie des maladies mentales et de la santé mentale*, Rapport DGS-MiRe, Cesames
- LOVELL A-M, (1996), Psychiatrie « hors les murs », in JOSEPH I., PROUST J. (dir.), *La folie dans la place, Raisons pratiques*, n°7, Paris, EHESS
- MARROT B., TROUVE C., VIENNE P. (2003), *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents*, Rapport n ° 2003024, IGAS
- MCGLASHAN TH, MILLER TJ, WOODS SW (2001), Pre-onset detection and intervention research in schizophrenic psychoses : current estimates of benefit and risk, *Schizophrenia Bulletin*, 27, 563-570
- MILLER TJ, MCGLASHAN TH, ROSEN JL, SOMJEE L, MARKOVICH PJ, STEIN K, WOODS SW (2002), Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity, *American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 863-5
- OGIEN A. (1986), L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers, *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 29-46.
- OGIEN A. (1989), *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens-Klincksieck
- PESCOSOLIDO B., GARDNER C., LUBELL K. (1998), How people get into mental health services: stories of choice, coercion and « muddling through » from « first-timers », *Social science and Medicine*, 46 (2)
- PRESS I. (1980), Problems in the definition and the classification of Medical System, *Social Science and Medicine*, XIV, B, 45-52.
- REYNAUD J-D. (1993), *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Col. U, Paris, Armand Colin.
- RHODES L.A. (1991), *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley, University of California Press
- SCHOSTECK J-P, *Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs*, Tome II : Annexes, N° 340, SÉNAT.

- SDRIF, *Note rapide sur le bilan du SDRIF*, n°344, Octobre 2003, Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région île de France.
- STRAUSS A. (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Isabelle Baszanger, Col. Logiques Sociales, Paris, L'Harmattan,
- THEVENOT J.P, QUEMADA N. (1999), Les difficultés de l'accès aux soins institutionnels, une enquête épidémiologique en Ile-de-France, *Enfance & Psy*, 7, 58-63
- TURSZ A., REY C. (1996), La violence à l'adolescence : une sémiologie, des causes et une prévention complexe, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 44, 297-300
- VELPRY L. (2001), *Les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Itinéraires de prise en charge et modes de vie. Etude exploratoire : approcher l'expérience de la maladie mentale*, Rapport MiRe, Cesames
- VELPRY L. (2003), Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave, in JOUBERT M., *Santé mentale, ville et violences*, Paris, Eres
- VELPRY L. (2005), *Vivre avec une maladie mentale. Modes de vie et itinéraires de prise en charge dans un secteur psychiatrique parisien*, Rapport MiRe, Cesames
- VERHAEGEN L. (1985), Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques, *Sociologie et sociétés*, 17 (1), 51-60
- YUNG A-R., MC GORRY P-D (1996), The prodromal phase of first episode psychosis : past and current conceptualisations, *Schizophrenia Bulletin*; 22, 353-70