



**Appel à projets de recherche de l'Institut de
Recherche en Santé Publique
2013 – Handicap psychique-Majeurs protégés**

**Du trouble au handicap psychique lors du passage
à l'âge adulte : Trajectoires et traitement social**

Céline Rothé, ingénieure de recherche
Alice Brochard, doctorante au sein d'Arènes (dir : C. Martin)

Arnaud Campéon, enseignant-chercheur EHESP
Lila Le Trividic, doctorante au sein d'Arènes
Virginie Muniglia, enseignante-chercheuse EHESP

Claude Martin, Directeur de recherche au CNRS

Uni-Rennes, EHESP, CNRS, Arènes UMR 6051



<http://www.aren.es.eu/>



EHESP

École des hautes études en santé publique
Avenue du Professeur-Léon-Bernard • CS 74312 •
35043 Rennes Cedex
Tél: +33 (0)2 99 02 28 38 • www.ehesp.fr

Sommaire

Introduction	3
Des jeunes souffrant de troubles qualifiés de psychiques	5
Une confusion sémantique à clarifier	5
Une sociologie de la maladie psychique.....	6
Un travail sur le processus de production du handicap psychique.....	7
Des troubles dans une phase de transition : le devenir adulte.....	7
Méthodologie de la recherche.....	9
1. Les déterminants des parcours	12
La gravité des troubles	12
Les registres d'interprétation des troubles	12
Un flou médical qui ouvre la voie à une variété d'interprétation	14
L'interprétation de l'origine et de la nature des troubles	14
Un problème d'origine médicale	14
Un problème d'origine familiale	15
Un trouble social contemporain.....	16
Un problème qui met l'école au centre	17
L'effet des politiques publiques sur les parcours	18
Des seuils d'âge institutionnels	18
Le cloisonnement des secteurs.....	19
La variation territoriale de l'offre	20
La saturation des services et la baisse des moyens financiers.....	20
Les capacités de négociation des familles et des jeunes	21
Le traitement social des troubles psychiques.....	24
l'institution scolaire confrontée aux troubles psychiques	27
L'école comme lieu d'expression des troubles psychiques à l'adolescence.....	28
L'importance du repérage : savoir qualifier pour repérer et orienter.....	29
Travailler et contenir la souffrance psychique en milieu scolaire	33
Négocier avec la norme scolaire.....	33
Les modalités pratiques d'ajustements professionnels aux troubles psychiques	34

II - Négocier son parcours de vie : comment les jeunes se positionnent face aux normes du devenir adulte	37
Quelle scolarité ?	37
Rester un élève ?	37
Des relations sociales sources de souffrances	37
Rester un élève comme les autres	38
Rester un apprenant et continuer à investir pour l'avenir	40
Rester un élève en milieu spécialisé pour rejoindre le milieu ordinaire	41
Ceux pour qui l'école n'est pas un horizon	42
Devenir adulte ?	43
Une zone blanche dans l'accompagnement du devenir adulte en situation de handicap	43
Comment devenir adulte ?	43
Se retirer du monde face à l'impossibilité d'endosser les rôles sociaux	43
Faire des choix : l'angoisse de s'autodéterminer	44
Être différent, se sentir mal avec les autres	46
La honte provoquée par le retrait social	46
Le retrait comme suspension sociale ?	47
Obtenir un statut, devenir légitime à être	48
Les statuts d'exception	48
Redevenir comme tout le monde : accepter les règles du jeu social	50
Conclusion	51
Bibliographie	54

INTRODUCTION

Cette recherche sociologique propose de s'intéresser à ce qui se passe en amont du diagnostic médical de maladie psychique, en amont de la reconnaissance de la situation de handicap psychique et de la demande de compensation. La variabilité de la manifestation des troubles et de leurs conséquences d'une personne à une autre, la conscience des troubles comme maladie, les ressources mobilisables pour compenser ou négocier leurs effets sur la vie sociale, fluctuent d'un individu à l'autre. Comme l'écrit Florence Weber, cette singularité invite le chercheur à s'intéresser à la subjectivité de l'individu, aux liens entre les caractéristiques individuelles et l'environnement immédiat de la personne, pour saisir le mécanisme par lequel les troubles deviennent handicap.

« Les troubles psychiques touchent la personne dans sa subjectivité et sa conscience, ce qui peut entraîner de sa part un déni des difficultés et une non-demande d'aide. Ils peuvent être très variables chez une même personne, pouvant aller jusqu'à l'invisibilité à certains moments. Enfin les signes cliniques de la maladie, tout en devant être pris en compte, ne sont pas des variables pertinentes pour la description des difficultés de la vie quotidienne, leur intensité n'étant pas prédictive de la gravité de ses éventuelles répercussions. » (Weber et al., 2012, p. 240).

La situation des grands adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiques est particulièrement intéressante à cet égard. Les spécificités des formes et des conséquences individuelles de l'apparition des troubles à cet âge de la vie ne peuvent être comprises qu'en relation avec les valeurs et les normes sociales qui guident les transitions vers l'âge adulte. En effet, en dehors des troubles psychiques ou cognitifs qui concernent les jeunes enfants et qui sont détectés précocement, un grand nombre de signes cliniques relevant du handicap psychique apparaissent à l'adolescence ou au moment du passage à l'âge adulte, période à la fois critique et fortement évolutive. Dès lors, la variabilité des manifestations des troubles, associée à leur émergence à l'adolescence laissent le champ libre à une pluralité d'interprétations, qu'elles soient médicales ou non, quant à la nature ou à l'origine des troubles. Les limitations de participation sociale engendrées par les troubles ne seront pas forcément reconnues comme un handicap, elles pourront être entendues comme la conséquence des difficultés passagères de l'adolescence, d'une situation sociale ou familiale difficile. Ce n'est qu'au fil du temps et de la persistance des troubles et des difficultés qu'ils génèrent que la maladie sera envisagée comme source de handicap.

Cette transition du cycle de vie cumule une série d'obstacles supplémentaires en termes de diagnostic¹. En effet, il est difficile de poser un diagnostic psychiatrique sans prendre le risque d'étiqueter le jeune et de l'enfermer ainsi dans une identité de maladie mentale. Cet aspect incertain ou faiblement codifié, du fait de l'émergence de signes cliniques dont on ne connaît pas l'évolution, rend le handicap psychique relativement invisible, silencieux ; « le handicap de tous les malentendus » pour reprendre l'expression de Bertrand Escaig, Vice-Président de l'Unafam (Escaig, 2009). Pourtant, malgré son invisibilité relative, la question du handicap psychique chez les jeunes est perçue comme un enjeu majeur pour nombre de professionnels et de familles, en particulier en termes de prévention (pour un bilan, voir Jourdain-Menninger et Strohl-Maffesoli, 2004). L'INSERM évaluait ainsi en 2003 que, sur les 4 millions de jeunes entre 15 et 19 ans, près d'un sur huit souffrait de trouble mental,

¹Globalement, le diagnostic de maladie mentale, puis la reconnaissance du handicap psychique, souffre en France de problèmes méthodologiques et plus précisément de l'absence d'évaluation qualitative (Demaillly, 2011).

dont 200 000 jeunes victimes de troubles anxieux et 130 000 de dépression, auxquels s'ajoutent près de 130 000 autres troubles comme l'hyperactivité, les TOC, la schizophrénie et troubles bipolaires, l'autisme, la boulimie et l'anorexie. Ces jeunes représentent près de 40% de l'ensemble des personnes souffrant de handicap psychique d'après l'OMS qui estime cette population à environ 3% de la population en France. Si l'on ajoute les jeunes adultes de 19 à 25 ans à cette population, on mesure l'importance du phénomène.

Compte tenu de ces éléments, nous avons choisi d'étudier finement des trajectoires de jeunes confrontés à des manifestations qui relèvent du handicap psychique. Interroger l'effet de l'apparition des troubles psychiques en termes de limitation de la possibilité de participation à la vie sociale consiste notamment à évaluer les effets de l'apparition des troubles au moment du passage à l'âge adulte (Parron, 2011), c'est-à-dire à l'âge « du placement social » (Van de Velde, 2008), de la socialisation au rôle d'adulte, dont les moteurs principaux semblent être l'autonomisation et la responsabilisation. Interroger le handicap psychique dans sa dimension culturelle conduit à se questionner sur le poids de la norme sur les trajectoires des individus concernés.

Les conséquences des troubles psychiques chez les jeunes en âge scolaire ont été peu étudiées. De nombreux travaux sur la déscolarisation mettent en évidence le poids de l'environnement de vie et des configurations sociales et familiales sur les ruptures scolaires (Thin et Millet, 2005 ; Glasman et Oeuvarard, 2011). Cependant, les limitations de la participation à la scolarité entraînés par les troubles psychiques ne semblent pas étudiées en tant que telles, ni comme un facteur envisagé de rupture scolaire. Pourtant, les conséquences sur les transitions des jeunes vers l'âge adulte sont tout aussi importantes, l'apparition de la maladie venant modifier durablement les parcours de scolarité et d'insertion (Parron, 2011 ; Ebersold, 2005 et 2012). Dans un travail sur les dispositifs atypiques de scolarisation des « jeunes en difficultés », François Sicot met en évidence l'apparition de « *toute une zone grise de déscolarisation à bas bruit ou de mal-scolarisation, de scolarisations dénuées de sens, qui ne font pas l'objet de grandes déclarations publiques ni de politiques publiques spécifiques. Elles relèvent de la difficile articulation entre logiques institutionnelles, d'une part et, d'autre part, de l'écart toujours possible entre évaluations familiales et professionnelles des difficultés des élèves comme de la définition du 'bien de l'enfant'* » (Sicot, 2011, p. 164).

Les troubles psychiques produisent une rupture dans les trajectoires scolaires, et plus largement d'intégration. Pour des jeunes chez qui ils apparaissent brutalement (qui n'ont jamais connu de prise en charge en institution) et leurs familles, les aspirations sociales sont brutalement bloquées et doivent être reconsidérées. Cela peut-être vécu comme un déclassement par rapport aux projets d'avenir, mais également plus largement comme une remise en cause brutale de l'inscription dans un parcours d'intégration balisé par l'investissement scolaire en vue d'une position professionnelle, et donc sociale, valorisée, et d'un emploi stable permettant l'indépendance financière. Les conséquences des troubles psychiques dans les transitions à l'âge adulte peuvent ainsi être interrogées du point de vue sociologique, et mises en perspective avec les trajectoires attendues pour la jeunesse dans un pays où l'injonction à l'autonomie est forte - dans le cadre des politiques de jeunesse, mais également du handicap².

²Dans la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes handicapées, la centralité de l'autonomie est soulignée. Dans le cas de la dépendance psychique, la dépendance devient un critère permettant de déceler le handicap et d'obtenir un droit à compensation, amenant le risque de la confusion autonomie/indépendance (Parron et Sicot, 2009).

Quelle place la norme de l'autonomie et de l'indépendance (Parron et Sicot, 2009) prennent-elles alors pour les jeunes souffrants de ces troubles ? Quelles sont les conséquences de la norme d'intégration sur les prises en charge (diagnostics, définitions des objectifs des dispositifs, mais aussi représentations des professionnels sur ce qui doit advenir pour ces jeunes, sur le rôle de la famille dans la prise d'indépendance, sur la place de la scolarité et du projet professionnel, etc.) ?

Dans ce contexte, nous avons choisi de délimiter notre objet de recherche à la prise en charge en France, et plus spécifiquement en Bretagne, des maladies psychiques et de leurs conséquences en terme de handicap, chez les grands adolescents et les jeunes adultes (16-25 ans), période charnière de la vie, tout en prenant en compte le caractère spécifique de cette classe d'âge possédant de fortes potentialités d'évolution. C'est l'articulation des dispositifs spécifiques de la psychiatrie infanto-juvénile et adulte, des dispositifs médico-sociaux et de l'intégration scolaire, avec la prise en charge quotidienne par les familles qui a été l'objet de notre attention, tant au niveau des interactions concrètes que de l'interprétation de la nature des troubles. Ces éléments de compréhension constituent des supports à la réflexion sur la prévention des troubles psychiques sévères et l'amélioration de l'articulation entre les différentes prises en charges institutionnelles (y compris entre le sanitaire et le médico-social) et les familles des personnes malades et/ou handicapées.

DES JEUNES SOUFFRANT DE TROUBLES QUALIFIES DE PSYCHIQUES

Une confusion sémantique à clarifier

En préambule, il faut noter que les termes pour parler des troubles psychiques peuvent semer la confusion dans la compréhension de notre objet d'étude. En effet, la psychiatrie parlait de "maladie mentale", là où on parle maintenant de "troubles psychiques" dans un contexte de promotion de la santé mentale et de réduction de la souffrance sociale. Les termes de « handicap mental » et de « handicap d'origine psychique » peuvent prêter à confusion. A l'origine de cette évolution des catégories médicales et institutionnelles, ces "batailles de mots" sont le support de luttes mobilisant les familles, les professionnels, les malades et les personnes en situation de handicap, usagers des secteurs sanitaire et médicosocial (Weber, 2016).

Anne M. Lovell (2010) souligne la confusion supplémentaire introduite par la promotion récente des politiques de santé mentale. Concourent à ce flou sémantique le fait que la santé mentale désigne à la fois les pratiques institutionnelles et les caractéristiques individuelles, qu'elle rompe avec la visée réparatrice de la psychiatrie tout en s'y confondant au niveau des prises en charge désignées de santé mentale, qu'elle identifie une sorte de "capital de santé normatif" dans une optique de prévention, qui utilise notamment la notion de « souffrance psychique », ou encore que la santé publique confonde souvent les caractéristiques de la santé mentale avec celles des troubles mentaux.

Notre projet s'intéresse bien aux "troubles psychiques" c'est-à-dire à des troubles qui sont identifiés comme relevant du soin psychique (là où la santé mentale comprend les troubles psychiques mais également la souffrance sociale, qui peut aussi être qualifiée de souffrance psychologique d'origine sociale, qui ne nécessite pas de soin en psychiatrie, mais une attention soutenue et une prise en charge afin qu'elle ne devienne pas pathologique) (Lovell, 2010).

Une sociologie de la maladie psychique

L'analyse que nous proposons relève d'une sociologie de la maladie psychique permettant "d'éclairer ces questions en apportant des éléments d'observation sur le fonctionnement du trouble psychique envisagé comme phénomène social, ainsi que sur les processus de prise en charge saisis dans leurs dimensions relationnelle, organisationnelle, professionnelle et politique" (Demailly, 2011, p.3).

La maladie mentale a toujours eu un statut ambigu. Il s'agit d'une perturbation comportementale qui agit sur les relations sociales. De ce fait, elle est autant un problème scientifique qu'un problème social. Les sciences sociales l'ont considérée au même titre que les autres formes de déviations sociales (alcoolisme, délinquance juvénile, suicide, chômage, dépendance chronique) (Dorvil, 1990; Sicot, 2001).

En nous plaçant dans cette perspective, il ne s'agit pas pour nous de commenter la psychopathologie et les catégories médicales ou de statuer sur la nature des troubles qui touchent les jeunes que nous avons rencontrés ou dont on nous a parlé.

"L'approche sociologique ne doit pas être pensée comme exclusive d'autres disciplines : elle ne signifie pas en effet que le trouble mental ne puisse avoir des causes biologiques (neurologiques, infectieuses, biochimiques, génétiques...) ou psychologiques (psychodynamiques, c'est-à-dire liées au passé de la personne et à sa structure psychique, ou événementielles, conjoncturelles, tels les séparations, les deuils, les harcèlements, les traumatismes...). L'approche sociologique affirme simplement que, comme tout phénomène humain, le trouble mental peut en même temps être saisi sous ses dimensions socioculturelle, socioéconomique et sociopolitique, concernant sa genèse ou le traitement que lui réserve la société. Elle considère que ce point de vue spécifique est utile à la compréhension des phénomènes et à l'action collective les concernant" (Demailly, 2011, p. 4).

Ce positionnement nous amène à nous intéresser à la subjectivité de l'individu qui expérimente les troubles et à la manière dont elle interagit avec l'objectivité des discours psychiatriques, ou de tout autre savoir s'exprimant sur la nature des troubles, leur origine et leurs conséquences. C'est l'expérience sociale de la maladie mentale (Velpry, 2008) qui nous préoccupe, en tant que processus dynamique qui se nourrit de l'expérience subjective de la maladie (expérience du malade, mais aussi de son entourage : famille, proches, professionnels en contact régulier) et des discours objectifs qui peuvent être produits par des savoirs légitimes sur la maladie et les troubles (discours médical et psychiatrique, mais aussi, dans un contexte de diffusion du savoir psychiatrique dans la société, de certaines institutions comme l'école, ou de groupes mobilisés pour la détention du savoir, comme des associations de malades ou de familles de malades). « *Parler d'expérience équivaut à décrire la maladie mentale comme un système de relations où la maladie est partagée de manière asymétrique entre tous les acteurs* » (Ehrenberg, dans Velpry, 2008, p. 14).

Par ailleurs, la relation avec autrui constitue la cause principale du problème de santé mentale et différencie la maladie mentale de la maladie physique (Dorvil, 1990). La parole du malade psychique est de ce fait souvent considérée comme suspecte et non reconnue par la médecine qui caractérise notamment la maladie psychique par le déni de celle-ci par le patient, déni qui explique sa réticence à se faire soigner. Dans ce cadre, le sociologue doit passer outre le discours psychiatrique qui se veut un filtre des paroles et des comportements du patient pour le considérer comme un sujet sociologique dont les paroles sont rationnelles au regard de la façon dont il expérimente sa maladie.

Un travail sur le processus de production du handicap psychique

Dans le cadre d'une réflexion sur les limitations de la participation à la vie sociale liées à un handicap d'origine psychique (loi 2005), nous nous intéressons à des troubles qui sont rarement reconnus comme source de handicap à cet âge. Plus précisément, nous avons choisi de travailler sur des troubles qui limitent durablement la participation à la vie sociale des personnes concernées (pour reprendre les termes de la loi de 2005), et qui génèrent de ce fait une situation de handicap, qu'elle soit reconnue ou non institutionnellement. Ce positionnement est particulièrement utile dans le cas du handicap d'origine psychique, puisque la reconnaissance institutionnelle de handicap vient souvent au terme d'un long parcours en psychiatrie. Travailler sur le handicap reconnu institutionnellement aurait largement écarté la population jeune de l'analyse.

Ce qui nous intéresse c'est de comprendre ce qui est dit des troubles, quels acteurs s'expriment à ce sujet et comment ce qui en a été dit oriente les parcours des jeunes dans une phase de transition. Nous émettons l'hypothèse que le diagnostic qui est posé sur les troubles oriente durablement la suite des parcours et notamment que le premier guichet d'entrée fixera l'éventail des possibilités quant à la suite des prises en charge.

Le diagnostic posé sur les troubles prend une place importante dans l'orientation des parcours, car il intervient à un moment de « crise biographique », où un événement qui n'a pas été anticipé oblige à redéfinir les enjeux moteurs du parcours de vie et les orientations de la trajectoire, donnant ainsi potentiellement lieu à une « bifurcation »³ (Bidart, 2006). Nous cherchons alors à saisir les dimensions et les logiques qui donneront une nouvelle orientation aux parcours de vie suite à la survenue d'un événement inattendu et imprévisible, qui déstabilise à la fois la vie quotidienne et les projets d'avenir.

Des troubles dans une phase de transition : le devenir adulte

Pour comprendre les enjeux de cette recomposition des possibles, il faut les rapporter aux enjeux contemporains qui façonnent les parcours vers l'âge adulte. En effet,

“Ce n'est qu'en ramenant la maladie aux mondes moraux dans lesquels elle est encadrée et en cherchant à comprendre les multiples enjeux (personnels, sociaux, économiques, familiaux) mais aussi les valeurs et les symboles à l'œuvre qu'on arrive à mieux restituer l'expérience de la maladie” (Lovell, 2003, p. 119).

On peut ainsi se demander ce que signifie être jeune et atteint de troubles psychiques à un âge social concentrant des enjeux forts de placement social, régis par des normes et des valeurs articulées autour de l'autonomie, de la responsabilisation et de la prise d'indépendance financière, affective et résidentielle (Galland, 2007).

³« Il s'agit tout d'abord d'un changement important et brutal dans l'orientation de la trajectoire, dont à la fois le moment et l'issue étaient imprévisibles, pour l'acteur comme pour le sociologue. Une bifurcation n'est donc pas une « transition » biographique dont la survenue un jour ou l'autre est en général prévisible, comme la fin des études ou la décohabitation parentale ; elle n'est pas non plus simplement un « carrefour » dont les issues restent limitées et structurées, dont les échéances sont socialement programmées, comme c'est le cas pour l'orientation scolaire à certains passages où il est « obligatoire » de faire un choix, par exemple après le baccalauréat (...) bifurcation comme l'apparition d'une crise ouvrant un carrefour biographique imprévisible dont les voies sont elles aussi au départ imprévues – même si elles vont rapidement se limiter à quelques alternatives –, au sein desquelles sera choisie une issue qui induit un changement important d'orientation. Rien n'aurait laissé penser que telle personne puisse modifier ainsi son parcours... avant cet épisode-là » (Bidart, 2006, p. 31)

Dans nos sociétés, l'intégration sociale relève de la responsabilité de l'individu qui doit gérer, dans un cadre socialement et culturellement normé, la singularité de son parcours. En France, la pression à l'investissement scolaire dans une logique de « placement social » (Van de Velde, 2008) est très forte. Plus qu'ailleurs en Europe, la jeunesse y est vécue comme un moment crucial au sein duquel se scellent les trajectoires futures des individus, et cette phase est dominée par la pression à prendre rapidement place au sein d'une hiérarchie prédéfinie, déterminée par le diplôme et le premier emploi (Van de Velde, 2008). La jeunesse concentre ainsi les exigences de performance et de réussite, associées à l'injonction à être soi, à se construire une identité à travers tous les possibles, propres à l'individu contemporain (Ehrenberg, 2000), impératifs avivés par le sentiment d'une absence de droit à l'erreur.

Le fait que les troubles apparaissent à un moment de transition biographique nous amène à considérer leur gestion comme une épreuve, entendue comme un défi historique, socialement produit et inégalement distribué, à la fois spécifique à cette phase de transition, mais également représentatif du processus d'individuation contemporain (Martuccelli, 2006). La jeunesse comme phase où l'on doit « trouver sa place », une place qui n'est plus assignée par l'héritage familial et l'inscription dans des appartenances collectives (Elias, 2004), constitue ainsi une épreuve traversée par une tension entre la nécessité de se plier aux exigences sociales, notamment celles du marché du travail, tout en satisfaisant à l'impératif de réalisation de soi propre à l'individu contemporain.

« Aujourd'hui la domination presque sans partage de l'économie de marché et du modèle libéral exacerbe les concurrences interindividuelles, en particulier dans le champ économique, mais aussi dans le système scolaire et, d'une certaine façon, à l'intérieur même des structures familiales et des relations affectives où l'instabilité devient la règle. N'ayant plus tant à correspondre à ce que l'on attend de lui qu'à être force de proposition, l'individu est sommé d'être lui-même et donc de s'inventer, de se construire une identité à travers tous les possibles » (Ehrenberg, 2000)

L'individu qui rencontre des troubles psychiques à cette phase de la vie est alors maintenu dans un état d'apesanteur sociale (Mauger, 1995) qui retarde l'épreuve de l'accès à l'indépendance et de l'autonomisation, mais altère également ses supports pour y faire face. Que va-t-il advenir de la scolarité et du diplôme si l'élève n'est plus en capacité de se rendre à l'école ou même d'apprendre ? Comment envisager de s'autonomiser de l'aide familiale ou sociale ? Sera-t-il possible de travailler ? De se construire ? Autant de questions qui obligent les jeunes et les familles à envisager différemment le parcours de vie. Dans un contexte socio-économique marqué par les difficultés d'intégration sur le marché du travail des jeunes générations, mais également par un sentiment d'inégalité entre générations et une crainte du déclassement (Peugny et Van de Velde, 2013), l'injonction à « se placer » (Van de Velde, 2008) pèse sans doute encore plus lourdement sur les jeunes qui souffrent de troubles psychiques.

Alors que les troubles psychiques viennent entraver les relations sociales, la poursuite des activités ordinaires (se former, étudier, travailler), et renforcent la dépendance familiale (les aidants familiaux étant les piliers des prises en charge), comment réussir à rester un élève, à se former pour obtenir un emploi, à s'émanciper de sa famille pour devenir autonome ?

« Être adapté aujourd'hui signifierait devenir acteur autonome et responsable de sa trajectoire de vie. Revendiqué par les uns, le modèle s'impose pourtant à d'autres (Castel, Haroche, 2001) : l'autonomie serait devenue un devoir de l'individu, un devoir-être. La normativité de l'injonction à l'autonomie peut devenir source de souffrance, contrainte sociale et culturelle qui s'exerce aussi sur les jeunes atteints de troubles mentaux et leurs parents » (Parron et Sicot, 2009, p. 189).

Les variations en termes d'accès aux normes d'autonomie et de responsabilité sont particulièrement importantes à étudier au prisme des troubles psychiques pour lesquels la dépossession de soi et de la capacité à prendre des décisions pour soi est récurrente (Weber, 2012), ce qui amène des personnes tierces à prendre position sur l'orientation des parcours.

« La centralité de l'autonomie est probante dans la loi de 2005 en faveur des personnes handicapées. Pour le handicap psychique, la dépendance est également devenue le critère permettant de déceler le handicap et de prétendre à un droit à compensation, avec le même risque de confusion autonomie / indépendance. Le rapport Charzat de 2002 sur les personnes en situation de handicap se donnait ainsi pour objectif d'explorer tout le champ de l'autonomie, de la participation sociale et de la qualité de vie : se loger, se nourrir, disposer de ressources, participer à des activités à valeur sociale (dont travailler, mais aussi participer à des actions collectives...) ou personnelle (se cultiver, se divertir), lutter contre l'isolement...'. Le handicap psychique est ainsi défini en partie relativement à son contraire qui serait l'autonomie empêchée par des dépendances et des incapacités. Sans que l'on soit certain que l'autonomie en question ne corresponde pas à une absence de dépendances, c'est-à-dire une norme sociale potentiellement source de souffrances pour tous ceux qui ne peuvent y parvenir. » (Parron et Sicot, 2009, p. 190).

Comment les jeunes, mais aussi leurs proches et les professionnels avec qui ils sont en relation, vont composer avec cette norme de l'autonomie, avec la dépendance forcée à leurs parents provoquée par leurs troubles ?

En France, l'identité d'adulte se structure principalement autour de l'indépendance résidentielle et de l'indépendance financière que procurent les revenus réguliers de l'emploi. Dans ce contexte, les jeunes qui ne peuvent accéder à cet idéal d'indépendance se trouvent dans une situation délicate qui les amène à renégocier leur identité d'adulte en devenir, et qui peut être source de souffrance sociale, si elle est vouée à durer (Gaviria, 2005). L'apparition brutale de troubles psychiques qui perturbent les possibilités d'accéder à cette indépendance oblige les jeunes et leur famille à repenser les éléments qui composeront leur identité d'adulte, la façon dont ils vont répondre aux impératifs de la jeunesse contemporaine : poursuivre une scolarité, s'autonomiser de l'aide parentale, et accéder à un statut social d'adulte non dévalorisé.

Mettre à jour l'articulation des subjectivités individuelles avec les attentes sociétales nous permet de restituer l'expérience de la maladie psychique dans les univers moraux qui l'entourent, de comprendre ce qui la constitue en épreuve, à l'interface des discours individuels et des normes sociales.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Nous avons mené 30 entretiens auprès de jeunes, 7 entretiens auprès de parents et 66 entretiens auprès de professionnels des secteurs sanitaire, social, médico-social et scolaire.

Les professionnels ont été questionnés sur les manifestations de troubles psychiques auxquels ils étaient confrontés⁴, leur perception des troubles et de leur évolution et la façon dont ils agissaient face aux jeunes touchés par ces troubles.

Concernant les entretiens avec les jeunes et les familles, nous souhaitions entendre le récit de leur parcours de vie depuis le moment où les troubles ont commencé à se manifester. Interroger les jeunes et les familles (séparément) sur la façon dont les troubles ont été pris en charge, mais aussi plus largement sur les conséquences

⁴Nous les laissons donner leur propre description de ce qui constitue un trouble psychique. La seule indication que nous leur donnions était que nous nous intéressions à des troubles qui interrompent le cours de la vie ordinaire des jeunes.

qu'ils ont eues sur leur vie et leurs projets d'avenir, nous a permis d'obtenir un regard rétrospectif sur leur parcours.

Nous avons également conduit un travail d'observation ethnographique de cinq mois dans un établissement à la fois scolaire et clinique (soin-étude), scolarisant des élèves souffrant d'un trouble psychique les empêchant de poursuivre une scolarité ordinaire. Une partie des jeunes entrent dans cette structure en suivant une « classe-projets », composée de 10 élèves pour une durée de 4 mois. Alice Brochard, doctorante en sociologie et membre de l'équipe, y a mené une observation participante en suivant toute une classe projet.

Une observation des réunions d'analyse de situation « troubles psychiques » dans une mission locale a également été conduite pendant un an. La référente santé de cette mission locale organise en effet régulièrement des réunions d'analyse de situation relevant de « troubles psychiques » pour que les conseillers puissent venir présenter des accompagnements problématiques de jeunes dont ils pensent qu'ils souffrent de troubles psychiques. Une équipe mobile de psychiatrie composée d'un psychiatre, d'un infirmier et d'un psychologue y est présente pour répondre aux questions des conseillers, les éclairer sur les situations des jeunes qu'ils reçoivent et rencontrer les jeunes suivis le cas échéant. Nous avons assisté régulièrement à ces réunions en tant qu'observateur à partir de la fin de l'année 2016 et avons pu y recueillir des exemples de situations.

Suite à un entretien avec le président de l'association Phobie Scolaire, nous avons également observé deux groupes de parole réunissant une douzaine de parents à Paris. Cela nous a permis de recueillir des informations sur la perception par les proches de la place de la scolarité à la fois dans l'origine des troubles et dans le parcours des jeunes, mais aussi sur l'action des proches dans le soin et la mobilisation pour le maintien de la scolarité. Ces observations ont nourri notre réflexion sur les discours explicatifs des troubles et sur la place de la scolarité lorsque l'école polarise la manifestation de troubles psychiques.

Pendant deux ans nous avons également participé, depuis sa première réunion, au groupe de travail « soins et prise en charge des personnes en situation de handicap psychique » mis en place par la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Bretagne. Le groupe est composé principalement de professionnels d'institutions accompagnant des personnes en situation de handicap psychique : Education nationale (médecin du rectorat, infirmière scolaire), administrateurs d'établissements d'accueil (ITEP, IME), responsables de clinique, psychiatres du secteur public, conseil départemental, mais aussi de représentants des usagers (Unafam, Fnapsy, GEM)... Le groupe a travaillé sur le problème de l'entrée dans les prises en charge pour les jeunes, avec une préoccupation pour l'amélioration des parcours des personnes et de la prévention des troubles et du handicap psychique. L'observation de ces réunions a permis d'analyser les questions et enjeux pour les acteurs de terrain et la manière dont les pratiques peuvent se confronter aux cadres des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales.

Par ailleurs, nous avons pu faire une analyse quantitative et qualitative des dossiers de suivi des élèves en voie de déscolarisation (moins de 16 ans) ou de décrochage (plus de 16 ans) dans le cadre des plateformes décrochage. Cette exploration nous permet de mesurer le poids des difficultés psychiques dans ces situations, ainsi que de dresser des variables d'analyse nous permettant de clarifier les profils sociologiques des élèves dans ces situations.

Enfin, une convention établie avec la Maison départementale des personnes handicapées de l'Ille et Vilaine nous a permis d'engager une analyse quantitative des dossiers instruits par la MDPH pour des demandes de compensation liées à des

difficultés psychiques. Nous avons recueilli un matériau riche, tant sur le plan qualitatif que quantitatif (68 dossiers très denses). Ce terrain, qui n'était pas envisagé au début du projet HanPsyJe, et qui s'est ouvert grâce à un entretien, sera exploité de façon approfondie dans la thèse d'Alice Brochard. L'exploration des dossiers et leur traitement nous permettra de mettre en évidence le profil sociologique des usagers faisant une demande à la MDPH, les variables qui entrent en jeu dans la façon dont ils présentent leurs difficultés mais aussi celles qui entrent en jeu dans l'instruction des dossiers et la mise en place de compensation ou non, et de quel type.

L'articulation de la recherche avec la thèse

Les modalités de l'articulation de la thèse d'Alice Brochard avec l'enquête menée par le reste de l'équipe ont fait l'objet d'une réflexion pour assurer une cohérence globale du projet HanPsyJe. Nous souhaitions ainsi éviter que les frontières séparant la réflexion doctorale du reste du projet soient insuffisamment définies et que cela mette l'équipe en difficulté sur le plan méthodologique au moment de l'analyse. Cependant, l'enjeu était également de parvenir à garder les jalons d'une réflexion commune productive. Nous avons donc décidé de regarder le phénomène de la souffrance et des troubles psychiques chez les jeunes sous deux angles distincts : leur manifestation et leur développement en dehors de toute prise en charge sanitaire, et leur manifestation et leur développement dans la cadre d'une prise en charge sanitaire, ou suite à cela.

Ainsi, l'équipe s'est positionnée sur les trajectoires des jeunes en souffrance psychique qui relèvent du droit commun, c'est-à-dire qui ne relèvent pas de prises en charge spécifiques liées à un diagnostic ou à un handicap. L'idée était de s'interroger sur le repérage, l'orientation et la prise en charge des troubles psychiques des jeunes en milieu ordinaire (scolarité [MLDS, MGI, MIGEC], université, mission locale), c'est-à-dire de jeunes qui n'ont pas eu affaire au soin.

La thèse d'Alice Brochard s'attache quant à elle à interroger les trajectoires de prises en charge de jeunes ayant déjà eu un contact avec le soin dans la cadre du développement de troubles psychiques.

Nous avons ainsi différencié les prises en charge initiées à partir d'un diagnostic médical des prises en charge émanant de diagnostics spontanés ou tardifs engendrés par des difficultés sociales ou éducatives sans rapport *a priori* avec une pathologie ou un handicap psychique (décrochage scolaire, difficultés d'insertion, difficultés familiales et sociales). Cela nous a permis d'analyser les registres d'interprétation des troubles et de tester la variable "psychologisation des questions sociales, et scolaires" et de voir dans quelle mesure cette tendance joue sur l'interprétation des difficultés juvéniles en termes de souffrance psychique.

Le présent rapport, synthétique et donc non exhaustif, est prolongé par deux autres productions : la thèse d'Alice Brochard, d'une part, et d'autre part, la production d'un ouvrage collectif à paraître aux Presses de l'EHESP en 2019, qui impliquera plusieurs des acteurs et professionnels sollicités dans le cadre de cette recherche, (professionnels du social, du sanitaire et du médico-social, représentants de familles de jeunes concernés par ce type de troubles).

1. LES DETERMINANTS DES PARCOURS

Après avoir fait le constat d'une grande variabilité des parcours de prise en charge des jeunes souffrants de troubles psychiques, nous avons cherché à comprendre ce qui fait varier ces parcours. Nous avons pour cela analysé les arguments des professionnels de la prise en charge et leurs interprétations de ces troubles psychiques apparus chez des jeunes auxquels ils sont confrontés. Comment conçoivent-ils les déterminants de ces troubles et les facteurs qui peuvent les conduire à agir, à différer, à temporiser, à agir au plus vite ? Ce processus de construction du sens et des conséquences des troubles constitue en effet une dimension centrale de ce qui peut déterminer les orientations et les parcours.

LA GRAVITE DES TROUBLES

Le caractère explicite des troubles et leur degré de gravité, évalué notamment à partir de risque de mortalité, contribuent à orienter les parcours, et ceci de façon significative. En effet, les crises suicidaires répétées ou les délires, les anorexies, suivis d'hospitalisation sont des déterminants de l'engagement précoce dans des trajectoires longues de soin en psychiatrie, jalonnées de périodes d'hospitalisation. Dans ces cas de figure, les composantes de la vie sociale ordinaire sont laissées de côté temporairement face à l'urgence d'être soigné (l'école notamment devient momentanément secondaire dans la hiérarchisation des prises en charge). Mais cette question de la gravité des troubles est aussi relative et peut confronter les parents à des dilemmes et des interrogations.

Une mère témoigne ainsi du poids du passage précoce en psychiatrie sur le parcours ultérieur de sa fille. Suite à une tentative de suicide alors qu'elle avait 12 ans, celle-ci est hospitalisée en psychiatrie où elle commence son suivi.

« Oui, je me suis toujours demandée si... très vite on est entré en contact avec la psychiatrie lourde et très médicalisée et je ne cesse de me poser cette question : est-ce que si on n'avait pas été en contact très vite avec ces... voilà, ces milieux, elle aurait eu... ça aurait été différent, moins médicalisé ? Est-ce qu'on n'a pas été orienté trop vite vers un traitement très lourd de sa maladie ? Bah ça, c'est une question à laquelle je n'ai pas de réponse et que je me pose souvent. Et puis alors, vous avez toujours des tas de gens dans votre entourage qui vous disent : « mais il faut essayer, essayez ça, mais c'est rien, ta fille, elle est juste ado euh... ». Y compris des psys d'ailleurs hein. Et on reste avec ces interrogations. Effectivement, je... ouais, et puis je me dis : « peut-être que ma fille, elle s'en serait mieux sortie si on n'avait pas rencontré l'hôpital psychiatrique... ». J'en sais rien. » (Mme Damon)⁵

C'est lorsque les troubles sont moins clairs qu'ils sont soumis aux interprétations et que les parcours acquièrent une plus grande variabilité, déterminée par d'autres critères.

LES REGISTRES D'INTERPRETATION DES TROUBLES

Les registres d'interprétation des troubles vont varier selon les caractéristiques sociales des individus et leur analyse soulève un ensemble de constats s'organisant autour d'une appréhension différente du "malheur psychique" (Demailly, 2011).

Au-delà de la difficulté d'établir un diagnostic consensuel dans le milieu psychiatrique et d'évaluer la prévalence ou l'augmentation réelle de pathologies qui ne peuvent pas toujours être mesurées objectivement (puisque le trouble psychique s'évalue dans la

⁵ . Les noms sont inventés afin de respecter l'anonymat des répondants.

relation sociale), la question des critères de diagnostic se pose à la lumière des frontières entre le normal et le pathologique (Demailly, 2011). Dès lors, l'interprétation de comportements jugés anormaux socialement peut les faire basculer dans la pathologie. Par exemple, la controverse soulevée par la parution en 2005 du rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent a rendu particulièrement sensible la question de l'interprétation psychiatrique des troubles du comportement des enfants et des adolescents. La tendance à psychologiser et à psychiatriser des conduites juvéniles déviantes à l'égard de la norme (de scolarisation notamment) (Sicot, 2006) a suscité une mobilisation importante et un front contre le diagnostic trop précoce de troubles psychiques (Neyrand, 2006)⁶.

Pour saisir la logique des parcours des jeunes confrontés à des troubles psychiques, il faut comprendre sous quels registres sont interprétés leurs troubles (et quel rôle jouent les normes dans cette interprétation), ce qui est dit de leur origine et de leurs conséquences. Nous considérons cette interprétation comme le point de départ des parcours des jeunes, qui en détermine les enjeux, et dessine l'organisation de l'avenir.

Nous allons voir que le flou laissé par l'absence de consensus psychiatrique sur la nécessité de diagnostiquer les troubles quand ils apparaissent chez le grand adolescent ou le jeune adulte ouvre la voie à une lutte définitionnelle. Une multiplicité de diagnostics non médicaux émerge de cette absence de positionnement du savoir psychiatrique. Elle se nourrit de divers registres pour parler des troubles, empruntés au savoir psychiatrique et psychologique, mettant en cause tour à tour une époque, le social, les familles, l'école, la psychiatrie, le jeune lui-même, voire la société tout entière.

L'analyse de ces registres interprétatifs n'est pas anodine car elle nomme le problème d'une certaine manière, qui amène à proposer ou demander des interventions – prises en charge – différentes. Un jeune qui « pète les plombs », est en conflit permanent avec les adultes, se drogue, ne sera pas pris en charge de la même façon si ses troubles sont considérés comme relevant d'une crise d'adolescence intense, d'un défaut d'éducation parentale ou de l'émergence d'une maladie mentale. Un autre exemple est celui de la phobie scolaire qui va tantôt être présentée comme une incapacité de l'école à s'adapter aux élèves atypiques, tantôt comme une pathologie psychiatrique qui doit être reconnue et compensée.

Ce positionnement nous invite, comme le rappelle Lise Demailly (2011), à ne pas oublier que le trouble mental est un objet à dimension temporelle, que différentes étapes existent entre la reconnaissance par les sujets d'un problème (identifié ou non comme relevant de la santé mentale), l'expression d'un besoin d'aide, le recours à un service, la stabilisation des troubles ou la guérison éventuelle de la maladie sous médication. L'entourage étant le premier témoin du pathologique, car il perçoit les dysfonctionnements relationnels ou le désordre social généré par les troubles, alors que le sujet lui-même peut ne pas en être encore conscient, l'interprétation qu'il en donne agit sur la temporalité des parcours.

⁶« Des comportements auparavant considérés comme normaux ou gérables dans les interactions sociales courantes ou encore de manière routinière par les professionnels de l'Éducation nationale, du travail social, du secteur de la prévention – vols, mensonge, opposition, violence, bagarre, fugues...- sont désignés à l'intervention de nouveaux thérapeutes. » (Sicot, 2006, p. 627). Voir aussi le site <http://www.pasde0deconduite.org/>

Un flou médical qui ouvre la voie à une variété d'interprétation

Nous retrouvons dans les manuels de psychiatrie et discours de professionnels venant du soin, du scolaire, ou encore de la famille, l'idée selon laquelle l'adolescence est une période charnière sur le plan psychique : c'est à cette période que les premiers symptômes de certaines pathologies psychiatriques peuvent se révéler (comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires). C'est également une période de vulnérabilité psychologique, ou la souffrance ou des symptômes tels que des délires peuvent se manifester, sans pour autant relever de pathologies graves.

Les pratiques des psychiatres en matière de diagnostic sont variables : certains souhaitent poser un diagnostic le plus précocement possible, afin de traiter et limiter l'évolution des troubles. D'autres, refusent de poser trop rapidement, ou en tout cas de communiquer un diagnostic, partant du principe que le processus de maturation du cerveau n'est pas achevé et que l'état de santé de l'adolescent ou du jeune peut évoluer favorablement. De plus, une part des soignants craint l'enfermement dans un rôle de malade psychiatrique (*labelling*), que peut générer un diagnostic trop précoce avec des effets sur tout projet d'avenir.

La façon dont les troubles sont interprétés par les personnes qui y sont confrontées (les jeunes et les familles bien sûr, mais aussi les professionnels qui voient les jeunes) varie notamment du fait de cette indétermination du diagnostic psychiatrique, de ce flou dans l'interprétation médicale.

La définition qui est faite des troubles est également l'enjeu de luttes entre les différents acteurs impliqués, qui seront amenés à négocier ce qui en a été dit. Les parents notamment peuvent s'insurger contre tel ou tel diagnostic, ou au contraire avoir besoin d'en entendre un, alors qu'on ne leur dit rien. Les jeunes élaborent également un système explicatif autour de ce qui leur arrive, tout comme les professionnels qu'ils rencontrent au fil de leur parcours ; ce système explicatif fait alors l'objet de négociations.

L'interprétation de l'origine et de la nature des troubles

Dans cette section, et sans pouvoir développer faute d'espace, nous évoquons un certain nombre d'arguments ou d'idées que véhiculent fréquemment les professionnels des différentes institutions concernées.

Un problème d'origine médicale

Les troubles psychiques peuvent être expliqués par des pathologies psychiatriques, y compris lorsque l'explication est donnée par des acteurs extérieurs au champ sanitaire, mais avec une incertitude qui varie en fonction de l'âge de la personne concernée par les troubles.

Parfois, certains diagnostics médicaux servent de caution, de légitimation et apaisent l'expérience d'écart à la norme pour les parents, comme pour les élèves. C'est ce que mentionne ce professionnel de l'éducation :

« Et la mère se rassure beaucoup. À chaque fois qu'ils trouvent une nouvelle maladie pour sa fille, ça la rassure énormément parce que ça permet de l'expliquer : « ah ben oui, elle est comme ceci... elle s'absente... Oui, mais c'est normal, ils lui ont détecté, enfant... » telle maladie... Donc, ça la rassure beaucoup et « comme maintenant elle est dépistée, ça va aller nettement mieux ». En gros, c'est ça. » (CPE 1)

Face à l'interprétation pathologique des troubles, peut s'opposer une vision qu'on pourrait qualifier de plus physiologique, qui convoque l'adolescence comme l'origine de troubles, de manifestations certes inquiétantes, mais passagères.

“Par nature, c’est pareil, un adolescent qui est bien dans sa peau, c’est un peu suspect. Par nature, l’adolescent, il se pose des questions, il est en recherche...” (Proviseur Lycée 1)

Un problème d’origine familiale

Il ne s’agit pas ici de faire le point sur la place de la famille dans l’apparition de troubles psychiques, mais de comprendre les raisons pour lesquelles celle-ci est souvent invoquée pour expliquer leur émergence. Si la source du trouble n’est pas nécessairement réduite à ce seul facteur, la contribution de la famille, des interactions familiales sont fréquemment convoquées dans l’étiologie des troubles. Ceci est important, car c’est ce qui va mener à la création d’associations de familles lasses et parfois révoltées d’être à la fois pointées comme étant l’origine des troubles et en même temps comme la principale ressource pour les prendre en charge.

La pédopsychiatrie a une approche psychodynamique des troubles et va invoquer le contexte de vie – et notamment la vie familiale – pour comprendre ce qui se passe. De plus, la culture psychiatrique, centrée sur le patient, laisse la famille à l’écart et favorise le colloque singulier avec le patient (ce qui, lorsque l’enfant est majeur, mène parfois à des situations où la famille n’est pas mise au courant des éventuels diagnostics). Certains travaux ont d’ailleurs montré comment les familles pouvaient se sentir maltraitées d’être à la fois mises en cause et considérées comme responsables du problème, et à la fois chargées de fournir l’aide et le soutien à la sortie des hospitalisations (Ernoul, Le Grand-Séville, 2010).

Chez les professionnels extérieurs au champ sanitaire, nous avons pu noter que, du fait de la diffusion du savoir psychiatrique au sein de la société et de son appropriation par les individus, certains professionnels vont user du lexique et des catégories de la clinique en psychiatrie, de termes et d’analyses psychologiques pour expliquer les troubles.

Cela se manifeste également par l’invocation des relations familiales comme pouvant être à l’origine du problème du jeune, lorsque les parents sont séparés, absents, malades, déprimés, jugés défaillants ou maltraitants.

“Et c’est un gamin qui ne va pas bien : encore un autre ! Mais pour d’autres raisons. Alors, pourquoi ? Alors, là, on est dans une situation : famille, les parents séparés, des parents fragiles tous les deux, dépressifs tous les deux. Je pense que ce n’est pas forcément bien pour le gamin lui-même. Vous voyez, voilà une situation.” (Proviseur, Lycée 2)

Encore une fois, sans juger de la place réelle de la famille dans la nature des troubles, nous pouvons noter que le traitement social qui en est fait met en cause la cellule familiale pour expliquer leur développement. Il faut préciser que les professionnels évoquent la famille comme une des causes sans la juger comme unique responsable, la présentant plutôt comme à « soigner » elle-même, comme devant être aidée (d’où la proposition fréquente d’aides éducatives dans ce cadre).

“Et pareil, chaque année, il y a quelques situations pour lesquelles le fait d’aller au domicile... Aïe ! C’est la surprise et elle n’est pas dans le bon sens du terme et on est obligés d’aller jusqu’à l’information préoccupante.” (Professionnel SAPAD)

Des praticiens en pédopsychiatrie soulignent le fait que certains jeunes viennent aux urgences pour y amener un de leur parent, sans parfois en avoir conscience. Des personnels de l’éducation nationale nous ont aussi souvent fait part de cas de jeunes restant au domicile familial davantage pour y “surveiller” un de leur parents en souffrance, ce qui serait le moteur de leur mal-être à l’école (dans le cas de phobie notamment). Sont alors évoqués des profils d’enfant-soignant (*carer*) qui tentent de protéger les adultes, qui les épaulent au risque de s’isoler eux-mêmes de leurs pairs et de ne plus pouvoir faire face à leurs propres obligations.

“Souvent, pas toujours, mais le passage aux urgences signe quand même un certain déséquilibre, un état critique dans l’affaire familiale. [...] Bon, en sachant qu’il y a encore un autre phénomène, enfin, je sais pas... , à mes yeux il y a quand même un nombre non

négligeable de situations, elles ne sont pas identifiées dans nos histogrammes là, mais... où quelque part, à mes yeux, l'enfant amène un de ses parents à la consultation. C'est pas tellement de lui dont il est question, même s'il va manifester des symptômes, c'est très souvent : « mes parents sont en train de se séparer, mon père picole, ma mère est gravement déprimée ». On ne le découvre pas tout de suite, mais parfois ça paraît quand même relativement flagrant que... ouais, le jeune sert de signal d'alarme. On s'est donné cette mission-là consciemment ou inconsciemment... Et que parfois, à mes yeux, ça on le fait pas toujours très bien, enfin on essaye, on dit : « mais écoutez, voilà, on va s'intéresser à votre enfant, on en parle ensemble, concrètement on n'est pas comme ça, je pense qu'il ne relève pas d'un suivi au long court », « en revanche, je vois bien que vous, vous êtes dans un état de détresse, de difficulté plus ou moins chronique qui nécessiterait que vous... » Et on essaye à ce moment-là d'orienter le ou les parents ou le couple dans ce truc-là quoi. » (Pédopsychiatre 1)

Un trouble social contemporain

Lié à aux évolutions de la famille

Les évolutions de la famille contemporaine sont souvent invoqués comme étant à l'origine d'une éducation moins cadrée, plus permissive, qui serait propice au développement de troubles psychiques (mères seules, pères absents, horaires de travail décalés)⁷.

“Qu'est-ce qui a beaucoup évolué ? La cellule familiale. La cellule familiale a énormément bougé puisqu'on a, à peu près, entre 30 et 40 %, suivant les années, d'élèves qui sont de familles monoparentales, où les parents sont à minima divorcés. Donc la manière d'élever les enfants a vraiment énormément changé. J'essaie de ne pas tomber dans le jugement de valeur, parce que c'est quand même très compliqué. Ce qui est sûr, c'est que le fait d'avoir deux parents à deux endroits pour élever les mêmes enfants, ça peut amener beaucoup de flou dans la tête des jeunes gens. Il y a aussi des familles qui ne sont pas monoparentales et où il y a beaucoup de flou aussi, il ne faut pas exagérer. Mais il est clair que ça... notamment la garde partagée, c'est quelque chose qui, objectivement, si on regarde le nombre d'élèves concernés, génère beaucoup de malaise, je ne sais pas, au niveau des jeunes gens, ce n'est pas tellement du malaise, mais en tout cas, ça génère un... Ça donne un pouvoir aux jeunes gens qui n'est pas souvent utilisé à bon escient. Ils utilisent évidemment les deux endroits comme étant l'un contre l'autre et ils en tirent leurs avantages, ce qui est normal, pour eux-mêmes, par contre, ça veut dire que, très souvent, il y a beaucoup moins de contraintes. ” (Proviseur Lycée 1)

Lié à la jeunesse contemporaine et à ses enjeux identitaires

L'adolescence est synonyme de bouleversements, physiologiques et psychologiques, mais aussi sociaux. Ces transformations, qui ne sont pas sans générer de nouvelles questions identitaires, ont des répercussions importantes sur le psychisme. C'est la période, en effet, où de nouvelles façons d'être au monde se construisent et enjoignent les individus à se positionner, en termes de sexualité et d'identité sexuelle, de croyances et de rapport à la religion, dans sa relation aux autres et à soi, à son corps, à son avenir, etc., ce qui contribue à favoriser une certaine angoisse.

“L'essentiel des motifs de consultation, c'est l'angoisse. C'est euh... des problèmes de séparation d'avec la famille, de réorganisation des liens, le fait qu'il soit parti de la maison, ça reconfigure les choses et... ils ont... voilà, ils ont à réaménager leur lien. C'est le... c'est les rencontres amoureuses, la question de la sexualité, les ruptures... les ruptures, mais aussi les rencontres, l'orientation sexuelle qui vraiment est... dans les sujets euh... que vous pouvez mettre au chapitre des problèmes contemporains, c'est que les... comme les... les normes sont beaucoup moins euh... établies, ils ont plus à se confronter à la question de comment ils vont se situer. Est-ce que je suis bi, est-ce que je suis attiré par les garçons, par les filles, euh... ” (Psychiatre, service étudiant)

⁷ . Pour nuancer ce type d'hypothèse, on pourra se reporter à Martin, 2007 et 2016.

Lié à la postmodernité et au désenchantement de l'avenir

Plus largement, les changements sociaux, la postmodernité, l'évolution de la société contemporaine sont évoqués comme des générateurs de malaise. En ce qui concerne la jeunesse, l'échec de l'école républicaine à réduire les inégalités sociales – et même sa tendance à les renforcer – le conflit des normes et des valeurs avec la génération précédente – et notamment les normes déroutantes portées par l'injonction à une insertion définie par le logement, l'emploi pérenne et la mise en couple – font le lit d'un malaise qui peut expliquer le développement de troubles psychiques d'origine sociale. Ces arguments sociétaux sont ainsi évoqués par nos interlocuteurs professionnels.

« Pour les générations actuelles, on a complètement changé de perspective, avec un chômage qui est quand même très, très, présent chez les jeunes gens, et donc une vision de l'avenir qui est totalement anxiogène, qui est devenue anxiogène. Pour les familles notamment, et pour les jeunes gens » (Proviseur lycée 1)

Un problème qui met l'école au centre

Les professionnels que nous avons rencontrés ont le sentiment que la manifestation des troubles en milieu scolaire évolue, car ces derniers changent de nature (tentative de suicide en milieu scolaire, scarification, harcèlement, phobie scolaire, etc.) et se manifestent chez des enfants de plus en plus jeunes (dès le début du collège). Pour certains, c'est là le témoignage de la mise en cause d'un fonctionnement de l'école devenu pathogène, du fait de la massification scolaire, combinée à la pression scolaire que les élèves ressentent, parfois même sans que les familles ne l'encouragent consciemment.

Un effet du système éducatif : les labyrinthes de verre

Parmi les explications avancées, on retiendra également celle formulée par certains sociologues, dont Bariaud et Dumora (2004) qui font référence à Berthelot et à sa métaphore des labyrinthes de verre pour expliquer que *« le système scolaire français se présente comme un ensemble de parcours théoriquement ouverts à tous, mais dont la transparence, paradoxalement, brouille les codes en multipliant les perspectives ouvertes et en dissimulant les obstacles »*. C'est un argument évoqué par les professionnels, notamment dans le champ scolaire, pour expliquer certaines désillusions.

« On a un système qu'on a fluidifié, le système scolaire, c'est le terme adéquat, c'est le terme qu'il faut employer, que j'emploie, on a fluidifié les parcours, c'est-à-dire que, progressivement, on ne redouble plus, on a donc mis en place des passerelles [...] Dans la réalité, qu'est-ce qu'on a installé chez les jeunes gens ? On a installé l'idée que le parcours était fluide et qu'il n'y aurait pas de difficulté. Et le jour où arrive la première difficulté, ils ne sont pas du tout préparés, enfin, la plupart ne sont pas préparés. » (Proviseur lycée 1)

Cet extrait illustre une conscience des effets pervers de la démocratisation du système scolaire, et de la violence symbolique qui peut en découler, à l'égard de ceux et celles pour qui l'expérience scolaire génère des déceptions. Comme le rappellent Marleine Cacouault-Bitaud et Françoise Ouevrard (2009), *« Dans un système désormais ouvert à tous, mais dont les principes de sélection sont devenus moins évidents, ce qui était vécu comme un destin social est maintenant intériorisé comme un échec personnel »*.

L'EFFET DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LES PARCOURS

Des seuils d'âge institutionnels

Les différents seuils d'âges fixés par les institutions publiques ont des conséquences sur le parcours des jeunes, leur accès et leurs stratégies de recours aux droits. Le seuil des 16 ans, qui marque la fin de la scolarité obligatoire, provoque une diminution de la visibilité du retrait et des troubles psychiques auxquels peuvent être confrontés certains jeunes.

« Notre peine, c'est lorsque l'élève a plus de 16 ans, c'est problématique » (Proviseur lycée 3, privé)

« Et comme il n'y a plus obligation scolaire, l'Éducation nationale n'est pas légitime pour interpellier sur leur devenir, puisqu'ils ne sont plus dans le système éducatif. » (Inspecteur de l'Éducation Nationale 1)

Dans notre terrain de recherche, c'est à 18 ans que les jeunes hospitalisés en psychiatrie quittent le secteur infanto-juvénile pour le secteur adulte. Nous avons pu observer au cours de l'enquête l'importance que revêt ce changement de secteur pour nos différents interlocuteurs, et ce pour plusieurs raisons. Certains jeunes, mais aussi certains psychiatres, veulent retarder, voire éviter, le passage de l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte. La psychiatrie adulte renvoie en effet une image de gravité et d'irréversibilité ; elle évoque des patients chroniques et hospitalisés de longue date. On trouve cette perception dans les propos de nombre des jeunes rencontrés.

“C'était des légumes quoi. Y avait vraiment que des légumes. Et puis même, je veux dire quand, enfin moi j'ai plusieurs amis à aller à l'hôpital en secteur adulte, et euh... quand on se promène dans le parc de l'hôpital, c'est vraiment... enfin je veux dire on voit tous les adultes, ils pourraient faire peur en fait en soi, mais après moi, je sais que le milieu médical je connais un petit peu donc du coup, je veux dire, ces personnes-là, y a pas du tout à en avoir peur, parce que justement on les pousse du petit doigt ils tomberont par terre quoi. C'est des personnes qui sont vraiment cachetonnées à balle.” (Maeva, 17 ans)

Les modalités de soin sont également perçues comme moins favorables aux patients dans le secteur adulte, avec une médication plus forte et plus systématique.

“Parce qu'après ça va passer sur l'autre structure pour les majeurs. Et ça, moi, c'est quelque chose que, enfin je veux pas du tout aller là-bas. C'est un fonctionnement qui est totalement différent et on n'est pas aussi bien écouté, aussi bien compris que par les psychiatres mineurs. Et non, moi je veux pas ça. Parce que chez les mineurs, on peut faire une grosse grosse crise, ils vont réussir à nous caler dans un coin, à nous gérer, que en psy adulte c'est totalement différent, ce sera une toute petite crise d'angoisse, on aura notre médicament quoi.” (Maeva, 17 ans)

Le passage en secteur adulte peut également impliquer un changement de psychiatre. Or, les jeunes racontent qu'ils préfèrent éviter de changer de psychiatre, surtout lorsque “ça passe bien”, et qu'ils ont une incertitude sur la relation qu'ils auront avec son remplaçant. Avoir un autre soignant implique également de se raconter à nouveau, de reprendre l'historique de ses troubles et de ses traitements, ce que les jeunes souhaitent éviter. Le changement de psychiatre peut aussi avoir des conséquences importantes sur le diagnostic des troubles. C'est le cas de M. et Mme Dubois, qui racontent comment leur fils a été diagnostiqué schizophrène lors de son passage en psychiatrie adulte :

“Le médecin qui l'a [mon fils] suivi [en psychiatrie adulte], c'est lui qui a posé le diagnostic. Donc il nous a dit : « bah voilà, votre fils, il a des hallucinations, il veut se planter des couteaux dans le ventre, il veut... il entend des voix, donc, bah voilà, il a des troubles de schizophrénie », bon... Alors, ce qui... Ce qui est un peu bizarre c'est que quelques mois avant, moi j'avais rencontré la pédopsychiatre du CMP, puis je lui avais posé clairement la question en disant : « mais qu'est-ce qu'il a ? Il est schizophrène ou quoi ? ». Elle m'avait dit :

« Ah bah non, je peux pas vous dire, nianianianianian », donc je tourne autour du pot, je tourne autour du pot, puis deux mois après on nous dit ça quoi ! » (Mr et Mme Dubois, parents)

Les seuils d'âge institutionnels ont un effet sur les ressources et les parcours des jeunes lorsque ces derniers n'ont pas de soutien financier de leurs familles. Sur le plan des accompagnements par les dispositifs sociaux, il y a la possibilité d'avoir un contrat jeune majeur, de 18 à 21 ans, qui permet un accompagnement pour subvenir à ses besoins, pour le logement, l'insertion dans l'emploi ou une formation. L'attribution de ces contrats est soumise à des contreparties bien souvent liées à l'emploi. Le jeune doit en effet présenter un projet lui permettant d'accéder rapidement à l'autonomie. Dans le champ du handicap, il peut également demander l'allocation adulte handicapé (AAH) à la MDPH à partir de 20 ans. Ou, au niveau des droits sociaux de droit commun, il est aussi possible de percevoir le revenu de solidarité active (RSA), à partir de 25 ans.

Dans ce contexte, des demandes de reconnaissance d'un handicap sont formulées pour combler un manque de ressources financières ou pour accéder à des aides à la vie quotidienne, au logement, à l'emploi, du fait de difficultés à s'insérer dans l'emploi, d'une faiblesse des solidarités familiales et des aides de l'Etat (Muniglia, 2015). Des personnes aux troubles incertains, peuvent alors solliciter la MDPH relativement tôt dans leur parcours par rapport aux autres jeunes confrontés aux mêmes types de troubles, mais avec davantage de soutiens familiaux.

C'est le cas par exemple pour Lola, éloignée de sa famille depuis plusieurs années et qui n'arrive pas à trouver d'emploi en milieu ordinaire. Elle a fait une demande à la MDPH avec son éducateur pour obtenir des aides et une reconnaissance de son handicap.

"Et est-ce que tu as des aides financières pour le loyer ou des choses comme ça ?

L: Alors la MDPH, apparemment, je crois que c'est une aide pour, euh... le handicap ou un truc du genre, va m'être plus ou moins attribué là dans pas longtemps apparemment. Mon dossier est encore en analyse. Et du coup voilà, et là j'aurai probablement des aides. Mais pour le moment, pour l'instant, j'ai rien...." (Lola, 18 ans)

Le cloisonnement des secteurs

Les différentes politiques publiques susceptibles d'accompagner simultanément notre population de jeunes sont organisées par secteur : scolaire (Education nationale), sanitaire, social, médico-social. Or, la santé publique pense aujourd'hui les accompagnements en terme de parcours (de santé, de vie), impliquant une coordination des acteurs (Bloch et Hénaut, 2014; Jaeger, 2012).

Au niveau local, nous avons pu observer des espaces de concertation travaillant dans le sens de cette coordination et de l'articulation des différents accompagnements institutionnels, dans le but d'éviter les ruptures, d'améliorer la prise en charge et de penser la personne dans sa globalité.

Nous avons ainsi rencontré des partenariats locaux entre le scolaire (CIO) et le soin (maison des adolescents), ou l'insertion sociale et professionnelle (mission locale) et le soin (équipe mobile de psychiatrie), ou encore entre des acteurs de champs plus variés au sein d'un conseil local de santé mentale. Parmi ces espaces de concertation, on peut distinguer ceux qui permettent des possibilités immédiates de concertation et ceux qui s'organisent autour de temps ponctuels, dont la périodicité est définie.

Ces espaces de coordination relèvent de volontés et mobilisations locales, mais les restrictions budgétaires des différentes institutions publiques contraignent et limitent certains de ces espaces de coordination. En effet, la baisse des moyens financiers a

pu conduire à des suppressions de postes ou des réductions de temps de travail, amenant les professionnels à se resserrer sur leur mission première et donc leur secteur d'action (voir à se concentrer sur les situations les plus sévères) (Muniglia et Thalineau, 2012). Les cultures professionnelles, les rapports de pouvoir, les divergences d'interprétation de ce qui relève d'un champ ou de l'autre, etc. peuvent également freiner les collaborations. Nous avons pu rencontrer ce cas par exemple entre le champ scolaire et celui des urgences psychiatriques : le premier adresse des jeunes à la psychiatrie de façon urgente et impérative (le retour à l'école est conditionné par la consultation en soin), alors même que les médecins ne considèrent pas le problème du jeune comme relevant de la psychiatrie ou tout du moins d'une urgence.

La variation territoriale de l'offre

L'offre d'accompagnement peut varier considérablement selon le secteur de psychiatrie (nous avons par exemple noté des variations pour l'âge du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte), le lieu de façon plus générale (pour les services non sectorisés, comme ceux à destination des adolescents et des jeunes par exemple), le milieu rural ou urbain, la mobilisation et les acteurs locaux (offre privée, associative), les volontés politiques (le fait d'avoir ou non un Conseil local de santé mental [CLSM], par exemple).

Nous avons pu observer des possibilités de prise en charge par des dispositifs qui sont liées à des spécificités locales (consultations pour les étudiants, par exemple), ou bien qui existent dans d'autres territoires mais en petit nombre (comme c'est le cas pour le soin-étude).

La densité de professionnels a également des conséquences sur les parcours, en termes de délais de soin pour les jeunes, de possibilité de changer de soignant (selon des affinités personnelles ou théoriques, par exemple, ce qui pourra aussi avoir un effet sur le diagnostic). Cela jouera aussi sur la possibilité pour les professionnels de participer à des espaces de concertation. Certains professionnels de la psychiatrie ont par exemple mentionné les difficultés de mener tout à la fois leur activité de soin avec les consultations et la participation à des instances de coordination avec d'autres professionnels.

La saturation des services et la baisse des moyens financiers

Depuis la loi de 2005 sur le handicap, on observe un déploiement des services et dispositifs à destination des personnes avec un handicap d'origine psychique (Giordano, 2016), décrits comme très positifs mais insuffisant par de nombreux acteurs (professionnels et associations de famille notamment qui demandent à ce que plus de places soient ouvertes). Ce constat est également présenté dans le rapport Piveteau, intitulé *Zéro sans solution* (2014), qui traite des ruptures dans les parcours de vie, faute de place dans les dispositifs et services d'accompagnement. Ce manque de place amène à une saturation des services (particulièrement important dans le public), qui ont tous une liste d'attente et des délais de plusieurs mois, voire plusieurs années, pour accéder à leur offre. Cela concerne le soin (consultation en CMP, par exemple) mais aussi les dispositifs médico-sociaux (SAVS, SAMSAH⁸, etc.).

Ce déterminant de l'offre de soin et d'accompagnement est à mettre en lien avec la présence de l'environnement familial de la personne, à qui est alors délégué

⁸ . Service d'accompagnement à la vie sociale et Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé.

l'accompagnement du jeune dans ces périodes de latence. Nous avons observé des parcours de jeunes, qui, dans l'attente d'une place, passent des mois dans leur famille, complètement isolés des autres sphères de vie de la jeunesse (école, loisirs, pairs). Les jeunes témoignent alors d'un sentiment d'ennui, d'enfermement, de honte parfois, face à cet écart aux normes occupationnelles de leur âge.

“Je me levais un peu à l'heure que je voulais. Je regardais les diffusions de TPMP... J'avais pas d'ordi à ce moment-là par contre. J'avais que la télé. Bah je regardais, bon amour gloire et beauté je crois que j'ai pas trop regardé ça, mais, genre il y a des belles conneries que j'ai regardé. J'avais l'impression d'être dans un hôpital en fait. Parce que vu que je sortais pas, vu que j'avais pas d'amis, je connaissais personne ici, bon en sortant pas, c'est normal de pas avoir de connaissances et tout, mais ça faisait vraiment...ça faisait ...enfin c'était pas agréable quoi. Moi le CNED j'ai pas kiffé. Franchement pas du tout.” (Louise, 22 ans)

Les parents peuvent également être démunis et en souffrance face à ces situations, ne sachant pas toujours comment réagir pour aider leur enfant, y compris face aux manifestations de troubles et de souffrance. L'apparition des troubles va ébranler le quotidien de la famille, son fonctionnement, son organisation (Blum, 2017). Cela va impliquer de nouveaux aménagements de l'espace et du temps, pour des parents qui souvent doivent parallèlement gérer leur vie professionnelle. C'est aussi une période de remise en cause de l'avenir qui était envisagé pour le jeune et de souffrance face à celle de son enfant.

“Ah ouais ouais. Il a été décalé. Il a été décalé. Il vivait la nuit et dormait le jour. Et nous, on travaillait.” (Mme Thomas, mère)

“Mais pour des cas comme ça, qui sont quand même douloureux pour les familles, parce que ce sont des enfants jeunes, qui sont stoppés dans leur envol, qu'il faut beaucoup aider. Il faut aussi gérer sa propre... enfin ses propres réactions. Enfin, la maladie de son enfant, donc c'est lourd.” (Mme Damon, mère)

“Et donc elle a été quelques jours à l'hôpital. Elle est rentrée à la maison. Et euh là... là pour la première fois, je me suis dit : « mon Dieu, comment je vais faire ? » Parce qu'elle était comme des jeunes repliés là. Je me dis : « mais qu'est-ce que je vais faire si elle reste à la maison ? ». Là, elle était en incapacité d'aller à l'école. Et elle... il n'y a avait pas forcément lieu qu'elle soit à l'hôpital. De toute façon, ils n'avaient pas de place. Et donc, bah là, on a été dans un no man's land pendant plusieurs mois. Donc c'était système D, ma mère est venue aider. Enfin voilà. Moi, j'ai dû jongler avec mon travail pour être présente.” (Mme Damon, mère)

Face aux discontinuités entre les organisations (liées au cloisonnement des secteurs professionnels, aux effets de seuils d'âge, à la diminution des capacités d'accueil des établissements), ce sont les familles, et le plus souvent les parents, qui sont sollicités pour organiser la prise en charge ou prendre le relai quand les organisations interrompent leur travail. *“La répartition des activités de soin, la responsabilité et l'incertitude sur l'évolution de la santé de la personne malade deviennent des enjeux dans la négociation et les arrangements entre les parents et les professionnels”* (Parron, 2014, p. 150).

LES CAPACITES DE NEGOCIATION DES FAMILLES ET DES JEUNES

La diversification des espaces de prise en charge de la maladie psychique segmente les sphères de gestion des troubles et les familles en deviennent les co-acteurs en accompagnant leur enfant dans la vie quotidienne à tous les moments où il n'est pas pris en charge professionnellement (Bungener, 2001). Cependant, si le poids de la responsabilité des familles a semblé augmenter face à la désinstitutionnalisation et à l'individualisation des soins, les institutions professionnelles restent des sources de savoirs et de pouvoir avec lesquelles les familles doivent composer (Parron, 2014, p.

146). Tantôt tenues à distance (au moment des premières hospitalisations notamment), tantôt sollicitées pour accompagner leur proche au quotidien, les familles occupent une place ambiguë dans les parcours de soins.

De ce fait, la famille est amenée à négocier avec les différents acteurs professionnels qui vont nommer les difficultés qui touchent leur enfant et proposer des solutions, à la fois au moment de l'entrée dans un parcours de soin et par la suite, dans l'orientation même du parcours de soin et au sujet de la place de la famille.

« La traversée des dispositifs sanitaires ou médico-sociaux est l'objet de tensions dans les rapports entre les professionnels et les parents. Ces tensions sont doubles : d'une part, elles peuvent être la conséquence des difficultés des parents à assumer la contrainte normative et technique du travail de soin et d'accompagnement ; d'autre part, elles portent sur les recours contraints et les transferts du soutien à certains parents, plus particulièrement aux mères, face à l'absence de réponse d'une organisation de soin dans des moments d'incertitude ou de bifurcation des parcours de soin » (Parron, 2014, p.145).

S'intéresser à l'amont de l'entrée dans les parcours - et notamment à l'orientation donnée par le premier avis professionnel sollicité -, aux ressources mobilisées par les familles pour négocier la définition de ce qui arrive, mais aussi à l'évolution du parcours de soin des jeunes souffrants, permet de comprendre la variabilité des capacités de négociation des familles. En effet, la possession ou l'acquisition des compétences familiales requises (Parron, 2014) dans la gestion des troubles psychiques de son proche et dans les relations avec les professionnels à son contact varient selon un ensemble de critères et sont sources d'inégalités, comme le perçoit cette mère qui évoque la cruelle inégalité de traitement créée par la nature et la structure de l'offre de soin en psychiatrie.

« Mais il y a un truc... enfin voilà, moi là je parle de moi et je vois toute l'énergie et les ressources que je... j'ai mis en œuvre pour ça, pour essayer de trouver à ma fille des parcours un peu plus diversifiés. Je me dis : « mais c'est pas à la portée de tous les parents d'avoir... de pouvoir décrypter dans quelle école on est, de pouvoir ne pas se laisser trop impressionner par les médecins et ne... ». Enfin voilà, et pouvoir apporter autre chose, de pouvoir gérer son boulot pour s'absenter quand il y a besoin. Enfin, il y a tout ça. Et de pouvoir aussi financer d'autres médecins à côté ou d'autres psychologues. Les psychologues, c'est pas du tout remboursé euh... C'est des soins pas du tout remboursés. Donc, je me dis qu'il y a quand même une profonde injustice. Je pense que quand on est un enfant issu d'une famille sans les ressources sociales, notamment culturelles, et qui permettent de lutter un peu contre le système ou en tout cas de ne pas... enfin d'essayer de le comprendre et de ne pas lui faire non plus aveuglément confiance, on n'a pas les mêmes chances. Enfin je ne sais pas si ma fille elle s'en sortira mieux pour autant, mais il y a quand même une injustice... » (Mme Damon, mère)

La structure de l'offre de soin et les pratiques des professionnels ne facilitent pas l'accès des familles à la négociation des parcours. La capacité des familles à se repérer dans une offre de prise en charge et de soins complexe est mise à l'épreuve. Le temps dont disposent les familles pour pouvoir comprendre et se repérer dans cette offre labyrinthique, tout comme les ressources qu'elles peuvent mobiliser pour échanger avec les professionnels au sujet de leurs pratiques, sont cruciales. Certaines familles d'aidants, tout comme certains jeunes, deviennent ainsi de vrais experts du fait de leur engagement intense dans le déchiffrement de l'offre, les formations, la compréhension des diagnostics.

La capacité des familles à négocier avec les institutions scolaires et psychiatriques est ainsi fortement corrélée au capital économique et culturel dont elles disposent. Des travaux montrent que les familles de classes populaires n'ont ainsi pas le même rapport à l'école ou aux soins en psychiatrie, que les familles des classes moyennes ou supérieures qui ont une plus grande proximité avec le savoir scolaire légitime et le savoir psychiatrique. Il existe également une distance entre classes populaires et institutions qui s'explique notamment par le fait que les individus des milieux populaires restent davantage surveillés par le travail social et l'administration (Siblot

et al., 2015). Certaines familles sont disqualifiées par les institutions qui s'occupent de leurs enfants, ce qui affecte fortement le dialogue qu'elles peuvent engager autour des troubles qui affectent leur enfant.

“On peut faire l'hypothèse (...) qu'un moindre capital culturel, des possibilités de verbalisation moindres, moins de soutien narcissique sont l'occasion d'auto-stigmatisations plus fortes. En somme, à troubles psychique théorique égal, les conséquences déstructurantes des symptômes sur la vie relationnelle seraient plus fortes dans le cas de ressources économiques et culturelles faibles” (Demaillay, 2011, p.21)

Face à l'école, le sentiment de faible légitimité des familles de classe populaire explique la difficulté à engager un échange autour des difficultés qui touche leur enfant. Mais au-delà du scolaire et de l'origine sociale, la diffusion du savoir psychanalytique a contribué à la mise en cause des familles dans l'origine des troubles.

Dans un rapport sur les parents d'enfants et de grands adolescents traités en psychiatrie, Annick Ernoult et Catherine Le Grand-Séville (2010) parlent d'une disqualification des familles qui joue un rôle négatif sur les possibilités de négociation avec les professionnels de la psychiatrie, mais aussi des autres institutions médicales et du scolaire, qui considèrent parfois que la famille n'est plus solide, ni solidaire, qu'elle n'a plus les capacités structurantes d'autres fois. Sans mettre directement en cause telle ou telle famille, les professionnels du social, du scolaire et du soin ont pointé les conséquences des évolutions contemporaines des configurations familiales sur la capacité des parents à gérer les souffrances de leurs enfants.

Le rapport à la maladie, à la maladie psychique et au soin psychique en particulier peut également varier selon l'origine sociale. Les conceptions de soi comme patient varient selon le milieu social et les populations précarisées nourrissent une défiance à l'égard des institutions sanitaires et sociales (Demaillay, 2011; Jamouille, 2002). Les thérapies par la parole, qui restent les plus courantes en France, demandent d'avoir été habitué à exprimer ce que l'on ressent, ce qui est facilité par le fait de venir d'un milieu social où l'expression est valorisée ou d'avoir consulté dès l'enfance des psychologues et thérapeutes.

“Le capital culturel ou scolaire autorise les stratégies personnelles de précaution, de prévention, d'auto-soin, qui va jusqu'à la prise de conscience assez rapide de la nécessité de 'demander de l'aide', de 'faire un travail sur soi', de 'voir quelqu'un', et même l'aptitude à consulter plusieurs soignants et à tester plusieurs techniques, plusieurs lieux” (Demaillay, 2011, p. 21).

Ici, les analyses en termes de non-recours aux droits et aux services sont éclairantes, car elles permettent de comprendre le positionnement des usagers et notamment pourquoi ils ne recourent pas à certains services. Les travaux de l'Odenore sur l'accès aux droits et aux services mettent en évidence quatre formes principales de non-recours (Warin, 2016) :

- la non-connaissance, quand l'offre n'est pas connue,
- la non-demande, quand l'offre est connue mais pas demandée,
- la non-réception, quand l'offre est connue, demandée, mais non obtenue,
- la non-proposition, lorsque l'offre n'est pas activée par les agents prestataires, malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse l'offre ou pas.

On retrouve dans notre enquête une forme de non recours par non-connaissance, par la personne et ses proches, des dispositifs qu'ils pourraient mobiliser. C'est le cas pour des personnes éloignées du milieu médical ou de ceux de leurs proches qui pourraient les guider dans une offre de dispositifs souvent très complexe et variable

d'un territoire à un autre. Le passage par l'hospitalisation ou encore la sollicitation d'associations de proches malades semble limiter ce type de non-recours en diffusant de l'information sur les droits des personnes.

Nous avons également identifié dans notre enquête des non-recours volontaires du fait de refus de la part du jeune d'être soigné en psychiatrie, ou du refus par la famille de la psychiatrie des troubles. La stigmatisation très forte des troubles et du handicap psychique semble être le principal facteur de cette non-demande. Des jeunes expriment leur volonté d'essayer de s'en sortir "seul", en passant par le milieu ordinaire, et des familles tiennent la psychiatrie à distance en ne la considérant pas comme une réponse au trouble de leur enfant. Ce sont d'autres institutions qui seront sollicitées pour donner une réponse aux difficultés rencontrées par leur enfant, comme l'école ou la mission locale. Associé au caractère tardif du diagnostic en pédopsychiatrie, ce type de non-recours peut expliquer en partie le peu de demandes de jeunes d'une reconnaissance MDPH.

Au-delà du non-recours par crainte de la stigmatisation, les non-recours sont aussi à mettre en lien avec la défaillance supposée de l'offre de soin (délais de prise en charge extrêmement longs hors urgence, absence de continuité des soins en psychiatrie). Soit elle n'est pas demandée, car la longueur des délais anticipés est inacceptable et amène à chercher d'autres solutions, soit l'offre n'est pas réceptionnée (cas de non-réception) tant le temps d'attente est long, c'est-à-dire que les jeunes et les familles n'y trouvent pas une solution au problème urgent de leur point de vue, qui les occupe au moment de la crise provoquée par l'émergence des troubles.

LE TRAITEMENT SOCIAL DES TROUBLES PSYCHIQUES

Outre la question des capacités différenciées de négociation des familles, l'intérêt d'analyser le traitement social des troubles est par ailleurs largement renforcé par le lien établi entre le processus de gestion de la maladie psychique et la position sociale des individus.

"Il faut être conscient que la signification sociologique des prévalences "traitées" et des prévalences "réelles" n'est pas la même. Les populations "traitées" concernent des individus qui ont participé à un processus social de désignation dans lequel interviennent de nombreux acteurs, les prévalences "réelles" repérées en populations générales par les épidémiologistes psychiatres, le sont du seul point de vue de la psychiatrie, de ses outils, de ses connaissances, de sa vision du monde, de ses intérêts corporatifs" (Demailly, 2011, p. 14).

Les travaux qui mettent en relation les troubles psychiques et les appartenances sociales soulignent le traitement spécifique des populations de milieux populaire.

Dans son ouvrage *Troubles en psychiatrie*, Isabelle Coutant (2012) s'immerge ainsi dans une unité de soins en psychiatrie pour adolescents située dans un secteur défavorisé de la Région parisienne. Elle souligne la distinction faite par les professionnels entre la "psychiatrie de banlieue" et la "psychiatrie de bourgeois". Ces derniers expriment le décalage entre les profils des adolescents dont parlent les psychiatres médiatisés, comme des spécialistes de l'adolescence. Ceux dont ils s'occupent ne se rendent pas dans les unités de soins médiatisées qui accueillent essentiellement des jeunes des classes sociales favorisées. Ils correspondent plutôt au profil suivant :

"des jeunes qui connaissent des conditions de vie difficiles, qui ont pour beaucoup grandi dans des familles aux faibles ressources, ou qui ont connu des parcours semés de ruptures affectives, parfois de passage par des institutions socio-éducatives (...) adolescents dont les troubles sont trop graves pour qu'ils soient en mesure de demander eux-mêmes une aide quelconque" (Coutant, 2012, p. 29-30).

Lise Demailly (2011) rappelle qu'il est nécessaire d'analyser finement les processus par lesquels les inégalités socio-économiques renforcent les inégalités de santé psychique et met en évidence que ces inégalités s'entremêlent et se cumulent pour finalement faire peser plus lourdement les problèmes de santé mentale sur les populations en situation précaire et marginalisée. Elle rappelle notamment que ces inégalités jouent sur le processus de soin lui-même. Des travaux montrent que les patients de classes supérieures sont davantage orientés vers des psychothérapeutes mieux formés, en secteur libéral, bénéficient de suivis plus longs et qu'à troubles équivalents, les diagnostics sont plus sévères pour les patients de milieux populaires (Dufrancat, 1968 ; Coutant, 2012). Elle indique que l'effet disqualifiant des soins en psychiatrie est plus fort si les personnes ne disposent pas de ressources économiques, culturelles et sociales et qu'à troubles similaires, l'hospitalisation (dans le secteur public) touche davantage les plus pauvres et les plus isolés (le soin le plus stigmatisant étant l'hospitalisation en psychiatrie).

Le milieu social d'origine serait un déterminant de la temporalité de l'entrée dans le soin. Celle-ci intervient plus tardivement dans les milieux aisés, contenant davantage les troubles dans la sphère privée et domestique. La phase de gestion informelle des troubles est alors plus longue que dans les classes défavorisées.

François Sicot (2001) distingue ainsi maladie théorique (les 1% de schizophrénie par exemple), maladie apparente (personne repérée par les services psychiatriques, en attente de consultation ou de diagnostic) et maladie traitée (diagnostiquée et/ou traitée). Dans cette approche, il identifie quatre phases de construction de la maladie :

- La première se rapporte à l'émergence culturelle de la maladie, c'est-à-dire à la lecture de manifestations déviant de la norme et relevant du psychique. Il montre comment cette lecture est située socialement.
- La deuxième phase est celle des régulations informelles mises en place pour gérer cette déviance.
- La troisième phase correspond aux régulations formelles, c'est-à-dire professionnelles et institutionnelles, principalement les travailleurs sociaux, de justice, la médecine générale.
- La quatrième et dernière phase est celle de la prise en charge en psychiatrie.

Il n'y a pas de continuum entre maladie théorique et maladie prise en charge, et donc pas de suite obligatoire dans ces phases (par exemple, en cas d'hospitalisation d'urgence, ou encore en cas de requalification de la déviance comme maladie, carence éducative, crime..., des phases peuvent être sautées). La trajectoire n'est pas linéaire (on ne peut pas identifier un type de parcours suivi par tous) et dépend des interactions entre les individus, les dispositions locales. C'est le jeu des interactions qui va décider de cette forme particulière d'exclusion qu'est le renvoi vers la psychiatrie.

Ceci se manifeste par des hospitalisations motivées, au-delà de la gravité des troubles eux-mêmes, par les difficultés sociales rencontrées par le jeune dans son quotidien et par l'impossibilité de mobiliser les familles et l'entourage social proche comme des supports au soin.

"Plus que la pathologie elle-même, c'est le caractère gérable ou ingérable qui détermine l'hospitalisation et la durée des prises en charge. Cet "ingérable" est influencé à la fois par le milieu social et par la structure familiale, dans la mesure où ils conditionnent et la tolérance aux troubles et les perspectives en aval de l'hospitalisation" (Coutant, 2012, p. 77).

Les hospitalisations de longue durée marquent souvent la frontière poreuse entre gravité des troubles psychiques et gravité des problèmes sociaux (Coutant, 2012).

“Paradoxalement, même si les adolescents issus des milieux socialement favorisés qui se retrouvent dans l’unité souffrent de troubles plus graves, ils restent relativement peu de temps à l’hôpital en comparaison des adolescents issus de milieux plus démunis, surtout ceux qui relèvent de l’aide sociale à l’enfance : alors que l’unité a été créée plutôt pour les seconds, c’est seulement pour les premiers qu’elle parvient à exercer sa mission d’hospitalisation de “crise”, le temps que les familles s’organisent pour élaborer d’autres perspectives” (Coutant, 2012, p. 77).

Les explications données par un psychiatre rencontré lors de notre enquête concernant ce qui peut motiver la décision d’hospitaliser ou non un jeune sont à cet égard tout à fait éclairantes :

« On va faire entrer des gens qui ont un trouble vraiment psychiatrique avéré et puis hospitaliser des gens qui viennent... des jeunes, juste pour un trouble... enfin, quelque chose de l’ordre éducatif. Mais encore une fois, c’est vraiment le retour à la maison qui... les conditions du retour à la maison finalement, qui sont communes aux deux. C’est pour ça que finalement ça change pas grand-chose, on regarde le... voilà, on se dit : ‘on fait le diagnostic au cours de notre entretien, mais après, ce qui va surtout primer..., l’orientation, c’est surtout les conditions du retour à la maison quoi. Si on sent les parents aidants, soutenant, présents et que on... bah on se dit que, effectivement... Moi, ça m’est arrivé de faire rentrer par exemple une jeune fille qui avait fait une tentative de suicide et qui était assez dé-... vraiment déprimée, qui critiquait pas beaucoup son geste en fait, qui était vraiment, vraiment, pas bien. Enfin, pour le coup, elle avait un vrai épisode dépressif. Mais euh... les parents voulaient... et, elle, voulaient pas du tout d’hospitalisation. Bah, finalement, ils sont rentrés à la maison parce que... parce que finalement on n’avait... ça avait permis quand même qu’on mette à plat les choses, que je leur explique... voilà, que je mette quand même des mots sur la... sur son mal-être à elle. Et finalement que eux s’adaptent. Et ils allaient très bien la... la prendre en charge, entre guillemets. Et à l’inverse, hospitaliser des jeunes qui, pour le moment, n’ont pas forcément de... de gros troubles psychiatriques, mais qui... qui voilà... qui sont dans des... des conduites de mise en danger ou de... de conflits vraiment extrêmes avec leur famille. Et finalement où, là, on sent que le retour à la maison est vraiment bancal quoi. Bah ouais, c’est pas tellement l’intensité des symptômes qui prime par rapport au... au relais, au relais en aval quoi, qui finalement détermine plus les choses. Mais ça, c’est valable chez les adultes aussi en fait. C’est... c’est pas tellement en fait le... enfin, la pathologie en elle-même ou l’intensité que... ce qu’il y a comme soutien à l’extérieur quoi. Ça, c’est un élément assez important pour nous. » (Psychiatre, CHU)

Ce processus n’est sans doute pas étranger au constat dressé par François Sicot (2005) concernant l’augmentation de la demande de soins en psychiatrie au fil des années 1990 ; il parle d’un « accroissement de la demande sociale de prise en charge psychiatrique » et note que cette demande n’émane pas des familles, qui vont recourir à la psychiatrie en dernière instance, mais des institutions de régulations sociales des déviances juvéniles (des secteurs social et médico-social) et de l’école.

“P1: Notre activité est totalement synchronisée avec l’activité scolaire. C’est-à-dire que dès qu’il y a des vacances scolaires, le niveau de fréquentation des urgences pédiatriques pour motif psy au sens large baisse, voire chute.

P2: Mais complètement. Pendant les vacances d’été, c’est impressionnant ! ” (échanges entre pédopsychiatres, Urgences pédiatriques)

Notre recherche met en évidence l’augmentation des demandes de soins en psychiatrie qui émanent de l’institution scolaire et corrobore ce constat. Cette demande est notamment le fait de l’évolution de la politique scolaire.

“C’est la catastrophe mondiale si jamais il y a un incident entre guillemets un peu spectaculaire dans l’établissement, donc on ouvre le parapluie très grand, on dramatise et on adresse [aux urgences psychiatriques]. Enfin ça, c’est un... moi je trouve qu’il y a quand même un glissement de ce point de vue-là. Après, je suis pas sûr qu’on soit en mesure de le chiffrer vraiment, mais c’est quand même quelque chose de nouveau, enfin que les enfants... même en primaire, qui déboulent dans la journée.” (Pédopsychiatres, Urgences pédiatriques)

L'INSTITUTION SCOLAIRE CONFRONTEE AUX TROUBLES PSYCHIQUES

Depuis maintenant trois décennies, l'Education nationale a montré son souhait de repérer et de prévenir les souffrances et les troubles psychiques en milieu scolaire. La loi d'orientation sur l'éducation de 1989 (n°89-486 du 10 juillet 1989) marque, de ce point de vue, un tournant en France, en portant une attention particulière au « bien-être » de l'élève, tout en affirmant le rôle de l'institution scolaire, et de l'éducation. Cette loi d'orientation a notamment rendu possible la mise en place de projets visant à favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé parmi les missions et objectifs de l'école.

Différents dispositifs compétents en matière sanitaire et sociale en sont directement issus, à l'image du service de promotion de la santé en faveur des élèves, instauré par la circulaire du 24 juin 1991, ou encore du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui s'est substitué en mars 1998, au comité d'environnement social. A cette époque, différents organismes ont d'ailleurs participé à cette réflexion générale sur la santé et le bien-être à l'école, à commencer par le Haut Comité de la Santé Publique en 2000 avec son rapport sur *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, ou encore l'INSERM, en 2002, avec son expertise intitulée *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. En 2004, le rapport de l'IGAS sur la prévention et la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques rappelait d'ailleurs la difficulté des établissements scolaires à faire face aux troubles psychiques, fréquents au lycée mais souvent difficiles à repérer et, de ce fait, mal évalués. L'IGAS mettait notamment l'accent sur la difficile intégration scolaire de ces jeunes, particulièrement à partir de 16 ans, âge de la fin de la scolarité obligatoire, où les professionnels se retrouvent moins outillés pour permettre le maintien de la scolarité. Préparatoire à la loi de 2005 relative à l'égalité des chances des personnes handicapées, le rapport prévoyait notamment que la responsabilité de la prise en charge scolaire repose d'abord sur l'Éducation nationale, ce qui n'était auparavant pas le cas, et que la coordination avec le secteur psychiatrique soit développée. Il notait également des inégalités très fortes (territoriales et sociales) dans l'accès aux structures spécialisées de maintien de la scolarisation. Plus récemment encore, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (loi n°2013-595 du 8 juillet 2013) a poursuivi cette dynamique initiale en renforçant le rôle de la communauté éducative et de ses partenaires « *afin de dépister et de diagnostiquer les troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, de scolariser les élèves atteints de maladies chroniques et en situation de handicap et de faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les élèves* ».

Loin d'être exhaustives, ces quelques dates nous renseignent sur une préoccupation : celle portée par l'institution scolaire autour des enjeux de scolarisation, de santé et de bien-être à l'école et, plus globalement, de tout ce qui peut leur faire obstacle en contraignant la future insertion professionnelle et citoyenne des élèves. L'angle que nous souhaiterions à présent développer concerne précisément le lien entre la manifestation de troubles psychiques et le fonctionnement ordinaire de la vie scolaire au lycée. Nous souhaitons donner un aperçu de l'ampleur que ces troubles peuvent prendre en milieu scolaire, la façon dont ces manifestations sont appréhendées et compensées. Compte tenu des enjeux de l'interprétation des troubles des conduites en milieu scolaire - l'école étant notamment considérée comme une institution qui psychologise la déviance scolaire depuis le début du XXème siècle (Sicot, 2005 et 2006) - nous évaluerons les troubles sous l'angle des diagnostics profanes qui sont posés, mais également des leviers d'actions disponibles pour maintenir la scolarité.

L'école comme lieu d'expression des troubles psychiques à l'adolescence

L'édition 2017 de *Regards sur l'éducation*, qui est l'un des principaux documents de statistiques nationales à visée comparative sur le système éducatif à l'échelle internationale (dont les 35 pays membres de l'OCDE), rappelle que, si la France reste l'un des pays de l'OCDE avec le moins de jours d'école par an, le temps scolaire y est en revanche plus élevé, au-dessus de la moyenne nationale des pays de l'OCDE : les élèves français passent en moyenne 8104 heures de cours obligatoires en primaire et au collège par an, contre 7538 heures pour l'ensemble des pays membres. S'il convient de rester prudent quant à l'analyse de ces données, celles-ci permettent néanmoins de mesurer dans quelle mesure l'institution scolaire représente une instance socialisatrice majeure.

Avec l'allongement de la durée de scolarisation⁹ et une moyenne de 26h hebdomadaires de cours obligatoires en collège et d'une trentaine en lycée, l'emprise croissante de la scolarisation sur les destins sociaux et la construction des identités individuelles confère, de fait, une importance nouvelle et capitale au processus de socialisation scolaire (Périer, 2004). L'école est un lieu où s'élabore la transmission de valeurs et de normes communes aux jeunes générations, tout en assurant un rôle fondamental dans la construction individuelle de la personnalité, ce que Dubet et Martuccelli (1996) nomment « la subjectivation », par l'apprentissage d'une culture spécifique. L'école est donc un lieu où s'élabore conjointement le « métier d'élève » (Perrenoud, 1996) et où s'expérimente la condition adolescente : *“l'âge de l'adolescence se confond désormais pour le plus grand nombre avec le temps des études et la socialisation juvénile s'emboîte dans la forme scolaire qui impose ses rythmes, ses normes et ses valeurs”* (Périer, 2004).

Les élèves passent aujourd'hui une part importante de leur temps à l'école et c'est assez logiquement qu'ils manifestent aussi en son sein les difficultés qu'ils vivent à l'égard de cet ordre scolaire, mais également celles liées à leur statut et à leur environnement familial et économique. Ces difficultés sont nombreuses et de nature profondément hétérogènes. Riche de remaniements physiques, psychologiques ou encore sociaux (Galland, 2007), cette phase de l'existence s'avère délicate tant elle correspond à une période de transformation susceptible d'entamer le rapport à soi, aux autres et plus globalement au monde. Elle représente une période charnière dans la construction de la vie d'adulte, où s'engagent notamment les premiers choix décisifs de l'orientation et où s'expérimentent aussi les premières déconvenues (non sans lien avec la démocratisation scolaire) (Dubet, 2000, 1998). En effet, face à la pression d'une scolarisation réussie et à la logique individualisante et concurrentielle qui en découle, la construction identitaire de ces adolescent-e-s se confronte à une double logique : celle d'un système pour lequel la réussite dépend, pour une grande part, de ressources inégalement distribuées, mais également celle d'un modèle de socialisation scolaire qui ne fait pas toujours sens. Ce processus, qui peut concourir à faire de l'expérience scolaire une expérience socialement stigmatisante, n'est pas sans affecter l'estime et la projection de soi. Il contribue à nourrir les sentiments de frustration et de doute, de rancœur, susceptibles de conduire à l'expression de comportements d'évitement ou d'affrontement à l'égard de l'ordre scolaire, mais aussi à la manifestation de troubles et à l'expression d'une certaine souffrance (Le Breton, 2007).

⁹En 2014-2015, la durée de scolarisation des jeunes âgés de 2 à 29 ans était de 18,3 années d'études, contre 17,1 an en 1985-1986. Cf *L'état de l'école (2016 et 2001)*.

Absentéisme (Douat, 2007), décrochage (Berthet et Zaffran, 2014), phobie scolaire, etc., apparaissent aujourd'hui comme différentes manifestations au cœur de la problématique scolaire. Témoignage protéiforme d'une forme de mal-être, ces maux ne sont certes pas nouveaux, mais le contexte de massification de la norme scolaire (Beaud, 2013), les a à la fois rendus plus visibles et plus aigus dans leurs manifestations.

Ainsi, la plupart des professionnels rencontrés ont le sentiment que les signes de souffrance sont en augmentation chez les jeunes, qu'il s'agisse des responsables d'établissement, des infirmières scolaires ou encore des membres de l'équipe éducative. Un sentiment d'accroissement qu'ils jugent tangible au regard du nombre de situations complexes traitées chaque année. Sans pouvoir mesurer exactement l'ampleur de cette augmentation, ils estiment que ces situations sont manifestes au sein de leur établissement et plus fréquentes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient, pour les plus anciens, au début de leur carrière. Ce sentiment doit cependant être nuancé. En effet, au regard des évolutions sociétales et de l'attention accordée aujourd'hui au bien-être des élèves, au climat scolaire, etc. l'interprétation de ces situations a évolué, en raison du mouvement de psychologisation des questions sociales et notamment des questions scolaires (Sicot, 2005 et 2006), mais également des effets de la loi de 2005 sur l'accueil dans l'enceinte scolaire des élèves en situation de handicap. Autrement dit, ce qui est aujourd'hui considéré comme un comportement relevant d'un trouble psychique ne l'était pas forcément il y a une vingtaine d'année :

« oui, il y a une montée en puissance de cette problématique-là. En sachant, parce que c'est ça qui est de plus en plus compliqué, que l'on met sous troubles et handicap à caractère psychique, aussi beaucoup de choses qui n'en relèvent pas forcément. (...) Pour être très schématique, un élève perturbateur, il y a un moment, on aurait dit : 'il n'est pas bien éduqué'. Aujourd'hui, on a de plus en plus : 'il a un trouble psy...' Le spectre s'est élargi » (Inspecteur de l'Education nationale).

Les professionnels rencontrés révèlent par ailleurs que derrière ces troubles, qui ne concernent qu'une petite minorité d'élèves au regard du nombre total d'inscrits, se retrouvent généralement des situations très diverses et complexes. Le langage qu'ils utilisent pour en parler reflète d'ailleurs cette diversité puisque derrière la catégorie englobante de « troubles psychiques » se cache finalement une pluralité de conduites : phobie scolaire, troubles anxieux, conduites à risques, anorexie, addiction, etc.

La nature des situations problématiques rencontrées et les ressources à disposition de la communauté éducative sont évidemment contrastées selon les lycées. Au regard de leur population, de leur territoire d'inscription, etc. certains établissements sont en effet plus touchés par certaines situations spécifiques alors que, pour d'autres, celles-ci peuvent être plus marginales. Pour autant, nous pouvons considérer que, quels que soient la nature des troubles psychiques identifiés et des individus qui en font l'expérience, l'enjeu pour ces différents établissements demeure similaire et orienté vers un même but, celui de repérer et de traiter les troubles identifiés pour maintenir une scolarité aussi classique que possible.

L'importance du repérage : savoir qualifier pour repérer et orienter

L'un des premiers enjeux pour la communauté scolaire, est donc de faire un « bon » repérage des élèves qui sont en difficulté. Or il n'est pas toujours facile d'identifier ce qui relève d'une souffrance personnelle qui se traduit au niveau scolaire, qui peut être considérée comme un épisode passager et réversible, et ce qui relève d'un trouble psychique, sinon psychiatrique, nécessitant des aménagements et des soins

spécialisés. C'est notamment ce sur quoi nous a interpellé ce CPE, à savoir la difficulté à faire la part des choses pour prendre la bonne décision :

« Entre décider que c'est un trouble psychologique et simplement des détresses d'élèves confrontés à la difficulté du travail, (...) "J'ai pas de bonnes notes, donc je suis déprécié, donc du coup, je ne vois pas pourquoi je travaillerais. On ne m'aime pas parce que je ne réussis pas". On est dans cette boucle difficile. Ça ne veut pas dire qu'il y a des problèmes psychologiques, ça veut dire simplement qu'il y a des difficultés du métier d'élève » (CPE 3).

Pour ces professionnels, savoir repérer c'est donc mettre en pratique un art du jugement spécifique, celui de déceler la probabilité de manifestations pathologiques en arrière-plan de conduites sociales ou scolaires inadaptées.

Face à un élève en détresse, l'objectif n'est assurément pas de trouver au sein de l'école la réponse idéale que serait susceptible d'apporter tel ou tel professionnel. Mais la fréquence de certaines conduites à risque à cette période de la vie démontre à quel point la communauté éducative est confrontée à ces situations problématiques. Ainsi, enseignants, conseillers d'éducation, assistantes sociales des établissements et plus généralement l'ensemble des adultes qui gravitent dans ce milieu, peuvent repérer des signaux d'alerte, à commencer par les infirmières. En établissement, le rôle de l'infirmier est en effet capital et les infirmières sont bien souvent les premières sentinelles du repérage puisqu'elles voient défiler les élèves au sein de leur permanence. Celles-ci reconnaissent d'ailleurs facilement l'importance de leur rôle au sein d'un établissement, grâce à l'espace de dialogue qu'elles permettent d'offrir aux adolescents qui sont confrontés à de multiples problématiques, d'ordre aussi bien médical que social et scolaire. L'une d'elle nous dit ainsi :

« à 90 % du temps, il y a pas de choses graves. C'est les rassurer, c'est essayer d'enlever un peu de pression, c'est essayer de... oui, de rétablir un petit peu aussi quand les parents téléphonent aussi, l'inquiétude. « Et puis vous vous rendez compte, il est bien en cours. Et ceci et cela ». Lâcher, et puis on va voir, c'est d'être vraiment l'intermédiaire aussi entre les... les élèves, les parents, les profs et tout. En fait, un petit peu tout le monde. Mais le but, moi mon but, je dis toujours, c'est de défendre quand même les élèves, c'est d'être l'avocate des élèves » (Infirmière scolaire 1).

Écouter, rassurer, apaiser font ainsi partie du registre de ces professionnelles qui représentent une figure de médiation en charge de la mise en place d'une relation de confiance entre les différents acteurs parties prenantes de la trajectoire scolaire d'un élève. C'est aussi pour les appuyer dans cette démarche qu'a récemment été créé un guide de repérage des souffrances psychiques et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, à destination des infirmiers et assistants de service social de l'Éducation nationale (2013) ou que des formations (sur les conduites addictives, le harcèlement, etc.) sont aujourd'hui fréquemment réalisées dans les établissements pour les personnels. Les infirmières organisent par ailleurs des formations au sein de leur établissement, tant à destination de la communauté éducative que des élèves, pour sensibiliser à certaines thématiques jugées prioritaires (harcèlement, homophobie, addiction, etc.).

« On a, cette année, coordonné une formation qu'on a mise en route, en direction des enseignants, sur les conduites addictives (...). On l'a mise en place en direction des adultes, pour mettre un peu leurs connaissances à jour et les enseignants, ça les rassure aussi de savoir repérer les élèves plus facilement, et pour amplifier ça sur peut-être l'année prochaine, sur quelque chose dans cet univers-là en direction des classes de seconde » (infirmière scolaire 5)

Sensibiliser au repérage pour favoriser des comportements d'anticipation, sinon de vigilance, à l'égard des élèves qui présenteraient des difficultés psychiques est en effet devenu un axe majeur des politiques d'établissement. Reste qu'en dépit de cet objectif, tous les personnels ne sont pas encore formés et continuent à rencontrer des difficultés dans leur exercice quotidien. C'est particulièrement le cas des

enseignants qui sont aussi en relation directe et quasi-quotidienne avec les élèves. D'après l'enquête *Santé mentale chez les jeunes* réalisée par la Fondation Pierre-Denicker/IPSOS (2016), 92% d'entre eux ignorent la conduite à tenir en cas de problème de santé mentale. Ils se sentent à la fois mal informés et démunis quant à la conduite à tenir, ce que nous confirme d'ailleurs un inspecteur de l'Education nationale interrogé, pour qui les enseignants ne disposent pas d'appuis institutionnels pour faire face à ces situations.

En dépit de la difficulté de ce repérage, les personnels d'établissements disposent néanmoins de leur propre grille de lecture pour repérer les élèves présentant des difficultés. Celle-ci présente deux niveaux d'appréciation. Le premier est celui qui relève de la gravité et de l'urgence d'une situation, à savoir les conduites qui mettent directement en jeu la santé physique ou psychique des élèves, comme les pratiques anorexiques ou encore d'automutilation (Brossard, 2014). Les récits qui en rendent compte sont nombreux dans les témoignages recueillis et tous reviennent d'ailleurs sur l'aspect souvent dramatique de ces situations.

« La jeune fille était en cours toujours avec son manteau, ne quittait pas son manteau. A un moment donné, il y a une suspicion. En fait, de force, je lui ai demandé d'ôter son manteau et en fait on s'est aperçu ce jour-là que ses bras étaient tailladés. En fait, elle se lacérait les bras et elle se faisait après un bandage, elle-même, dégueulasse. Moi, j'ai appelé l'infirmière. (...). Là, on est dans une souffrance. » (Proviseur Lycée 1, Public)

Des manifestations de mal-être, sinon d'appels au secours se concrétisent d'ailleurs parfois par une tentative de suicide, que tous les professionnels des établissements rencontrés estiment avoir déjà connu, comme en témoigne ce proviseur :

« Elle a fait une TS ici au lycée. Elle est arrivée un jour, elle n'allait pas bien, tout ça. Tout de suite, on l'a allongée. Dans son cartable, il y avait une boîte, une boîte genre Tupperware pleine de tous les cachets qu'elle avait pu choper chez elle, des blancs, des bleus, des roses, des triangulaires, des ronds : le 15... Le 15, lavage d'estomac, etc. » (Proviseur lycée 2, public).

Dans ce cas de figure, l'enjeu est de ne pas perdre de temps dans la réponse à apporter pour mettre en place un projet de soin/d'accompagnement personnalisé et adapté au profil spécifique de l'élève.

Les troubles psychiques ne doivent cependant pas être seulement appréhendés par leur ultime manifestation, à savoir par leur expression la plus aboutie, comme dans le cas d'une tentative de suicide. En règle générale, ce sont en effet moins les manifestations les plus explicites qui sont les plus courantes que des expressions du mal-être plus souterraines et insidieuses, qui se manifestent discrètement et réclament donc une vigilance accrue et surtout le partage d'informations entre l'ensemble des personnels. Une vigilance qui se traduit par un travail d'observation et qui, quand les signes sont persistants (absence, retards, etc.), donne lieu à ce qu'une infirmière rencontrée qualifie de « petites enquêtes » :

« On s'ouvre, on va poser des questions à droite à gauche pour justement essayer de savoir est-ce que bah oui, toi aussi tu as repéré que tel élève, c'était un peu compliqué en ce moment ou comment tu le vois, ses notes, elles sont comment, comment il est avec le groupe, est-ce qu'il... ouais, est-ce qu'il a toujours le même comportement, il est toujours... euh, il est toujours bien assidu et tout ça, ses devoirs, tout ça. Voilà, donc on a la vie, la vie scolaire, on peut aussi voir un peu avec eux s'il y a pas de problème bah comment... est-ce qu'ils en ont entendu aussi parler, comment ça se passe. Et voilà, on essaie de recueillir un maximum d'informations pour... euh pour qu'on ait une idée plus pertinente et plus juste de la situation » (Infirmière scolaire 2).

Parmi ces manifestations plus discrètes, on retrouve les passages à l'infirmerie ou encore les absences, qualifiés d'indices « révélateurs », dont l'étude rigoureuse permet d'en apprécier l'ampleur. A ce niveau, l'absentéisme régulier sur une période courte, ou « perlé » sur une période plus longue (sur un trimestre par exemple), alerte la communauté éducative d'une difficulté particulière à propos d'un élève et de la

nécessité d'être attentif à ses comportements. Les recherches sur l'absentéisme en milieu scolaire, et notamment lorsque que la scolarité est encore obligatoire (Cristofoli, 2015), montrent que les absences répétées sont toujours le symptôme visible d'autres difficultés à prendre en compte. Il peut être l'expression d'un échec ou d'un problème spécifique à l'intérieur de l'enceinte scolaire, mais aussi de difficultés, personnelles, relationnelles et sociales, vécues à l'extérieur. Avec l'expérience, certains repèrent assez rapidement les problèmes.

« Avec l'habitude, c'était visuel dans les bilans d'absences ou autre, on finit par connecter assez vite qu'il y a un problème. Donc, on va aux renseignements » (CPE 1).

A une autre échelle, les symptômes d'un trouble peuvent se manifester à l'égard d'une chute progressive, sinon brutale, des résultats scolaires et/ou du comportement en classe : défaut de concentration, fatigue, lenteur, etc. Plusieurs professionnels ont ainsi relaté cette forme de désinvestissement qui agit comme un signal d'alarme :

« Il y a les résultats scolaires, il y a l'absentéisme, il y a une différence de comportement, c'est-à-dire qu'un élève qui était participatif et tout, qui commence à s'enfermer en classe. Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre ? (...) C'est souvent une baisse des résultats quand même, quand c'est signalé par les enseignants. Ils disent : « On ne comprend pas, il était très bon... » (Infirmière scolaire 5).

Il y a également un registre de comportements qualifiés de « bizarres » ou « curieux » qui incitent à la vigilance : tenues vestimentaires, comportement à l'égard des autres élèves ou des professeurs, langage inapproprié, etc. Ce registre peut également être mobilisé à l'égard d'élèves qui se trouvent en situation de retrait vis-à-vis de leurs pairs. Cet « écart relationnel » est ainsi perçu comme un dysfonctionnement, l'élève devenant en quelque sorte un « déviant » par rapport au système d'interactions qui domine logiquement au sein de l'école. Ainsi, pour ce proviseur :

« Un enfant qui n'arrive pas à vivre ensemble, à donner des signes possibles pour lui de vivre et travailler avec le groupe et d'évoluer et d'être heureux tout simplement, c'est qu'il y a quelque chose. (...) Oui. Être isolé. La mélancolie, ça se voit beaucoup chez les enfants. Un enfant qui a une souffrance est un enfant triste. On le voit, on le sent » (Proviseur lycée 3, privé).

Dans les récits recueillis, la prise de conscience qu'une souffrance existe intervient généralement à la croisée de ces multiples indices, c'est-à-dire quand les accrocs au quotidien se multiplient et finissent par former un doute consistant, quand l'absentéisme devient manifeste, que la baisse des notes devient évidente, que des comportements d'opposition ou violents sont réguliers, etc. Agressivité, rejet de l'entourage, repli sur soi, etc. peuvent ainsi apparaître comme des signes avant-coureurs d'une détresse psychologique qu'il convient de savoir et de pouvoir repérer pour éviter qu'ils ne se transforment en un mal-être durable, sinon chronique.

Différentes manifestations sont donc possibles et si toutes ne sont pas révélatrices d'un signe de mal-être, elles questionnent néanmoins l'équipe éducative sur les réponses à apporter. Ce qu'il convient surtout de retenir ici, c'est que les troubles psychiques deviennent objets de préoccupations à partir du moment où leurs manifestations touchent et ébranlent l'ordre routinier du monde scolaire et remettent en cause ses valeurs et ses principes. Ce n'est donc qu'au regard de l'environnement dans lequel ils s'inscrivent, que ces troubles deviennent manifestes et visibles du point de vue de l'institution, et donc sujets d'attention. A charge ensuite pour l'équipe éducative de prendre la mesure de la situation (est-ce qu'elle relève ou non de leurs champs de compétences ?) pour orienter vers les services compétents. « Généralistes des situations éducatives », c'est ainsi que se perçoit un CPE rencontré dans le cadre de cette enquête, pour qualifier la fonction de repérage qu'il exerce :

« O est surtout des généralistes des situations éducatives, en repérage, en fait. Une fois que les repérages sont faits, qu'on a quelques éléments d'information, souvent, on passe le relais

parce qu'on n'est pas des spécialistes de l'intervention psychologique, en particulier et on ne prend pas en charge les difficultés et les problèmes psychologiques des jeunes parce qu'on n'est pas des professionnels non plus, de la chose » (CPE 3).

Travailler et contenir la souffrance psychique en milieu scolaire

Négocier avec la norme scolaire

Conformément aux prérogatives de la loi de 2005, puis de la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, du 8 juillet 2013, le rôle de l'école est de favoriser l'accessibilité de tous les élèves et d'assurer le principe de l'inclusion scolaire, quel que soit le handicap. En d'autres termes, il est explicitement demandé à l'institution scolaire de faire en sorte de préserver la scolarité des élèves et de mettre en œuvre l'ensemble des ressources disponibles pour atteindre cet objectif. De ce point de vue, l'absentéisme répété ou le décrochage scolaire peuvent être considérés comme des conduites à risque, tant au regard de l'enjeu de la scolarité elle-même que de la construction identitaire de l'adolescent. « A risque » dans la mesure où ces conduites peuvent provoquer une forme de désocialisation, liée à la perte de contact de l'adolescent vis-à-vis de ses pairs, parfois de ses proches, de la communauté éducative également et, plus généralement, du monde extérieur. Par conséquent, tout l'enjeu pour la communauté scolaire est d'éviter que ce risque n'advienne en opérant un travail de resocialisation. Outre l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans, tout un ensemble d'actions sont ainsi mises en œuvre pour maintenir, au moins en partie, l'intégration sociale des jeunes. L'essentiel à préserver est d'éviter que l'élève ne quitte définitivement le milieu scolaire, considérant que « *le risque de déscolarisation, c'est un risque de désocialisation* » (médecin de l'Éducation nationale 1). De ce point de vue, on peut considérer que l'adaptation de l'institution aux difficultés de l'élève a deux objectifs complémentaires.

Le premier, dans les cas les plus problématiques, est bel et bien de raccrocher l'élève à l'établissement, aux professionnels qui y travaillent, à ses pairs, mais il s'agit surtout de lui permettre de conserver un lien avec son environnement. Il y a donc une première volonté « sociale », une volonté d'intégration sociale (et pas exclusivement scolaire) pour éviter l'isolement, le retrait, le décrochage. De ce point de vue, les adaptations proposées peuvent être analysées comme une forme d'orthopédie sociale pour maintenir la sociabilité des élèves. Par l'aménagement scolaire, c'est l'insertion sociale qui est visée.

« Donc... et en fait, ce qu'on a fait avec elle, euh, c'est qu'on voulait absolument qu'elle... qu'elle revienne, qu'elle ne perde pas pied... enfin, que, voilà, qu'elle revienne dans l'établissement. Et donc en fait, ça a été très très à la carte, donc elle allait en cours, euh si elle ne se sentait pas bien, elle quittait le cours, elle pouvait venir à l'école toute la journée pour aller un quart d'heure en cours. Et elle passait son temps... elle pouvait passer son temps à l'infirmerie quoi. Donc... et ça, c'était... c'était accepté et c'était... parce que... et... et ça a fonctionné quoi. » (Infirmière scolaire 2)

« On finit par mettre au point ensemble, lors d'une commission, un emploi du temps adapté : qu'il y ait un tiers temps, qu'il y ait des tiers tâches, qui, pour tel élève, il y ait la possibilité d'aller à l'infirmerie à tout moment de la journée pour aller se reposer sans qu'elle soit obligée de venir à la Vie Scolaire, signaler, revenir prendre un mot pour retourner en cours, etc. Et cette information-là se fait sur toute l'équipe éducative, donc chaque enseignant est au courant du fait que cet élève-là est dans une situation actuelle un peu particulière et qui permet, en effet de la gérer un peu plus facilement. C'est assez banal, mais ce sont des petites solutions trouvées pour adapter, pendant un temps, une période, un élève qui est dans une situation particulière. » (CPE 3)

Le second objectif, complémentaire au précédent, est de les raccrocher à leur scolarité en tant que telle, c'est-à-dire que les élèves puissent progressivement retrouver du sens aux enseignements proposés, pour construire leur orientation et leur future insertion professionnelle. Pour cela, les établissements doivent donc leur proposer des aménagements spécifiques qui tiennent compte de leurs problèmes, à travers, par exemple, un aménagement de leur emploi du temps organisé autour de certaines matières. Cela passe par la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI- défini par la circulaire de référence n° 2003-135 du 8 septembre 2003), soumis à l'appréciation d'un médecin scolaire. L'enjeu du PAI est, entre autres, d'entretenir l'intérêt de l'élève autour des disciplines qui font sens pour lui et qui lui permettent de continuer à être scolarisé, même sous une forme allégée.

« Et donc, malgré tout, c'est quand même de garder un pied dans l'école pour éviter une forme de déscolarisation et d'abandon, en fait. Donc, on aménage un petit peu les choses pour que malgré tout, ils soient pris en charge médicalement, mais qu'ils soient aussi, malgré tout, encore à l'école, avec un pied dans l'école pour ne pas complètement lâcher prise » (CPE 3).

Ce que nous révèle ce type de dispositif, c'est que les aménagements d'emplois du temps proposés aux élèves ont pour ambition de flexibiliser la norme scolaire. Là où celle-ci impose logiquement les mêmes modalités de fonctionnement pour toutes et pour tous, ces situations révèlent que des marges de négociation sont possibles et discutées avec l'élève, sa famille, les professeurs mais également les autres membres de la communauté éducative et scolaire (CPE, infirmières, etc.). Il s'agit de desserrer l'étau du système de contrainte qui pèse sur les élèves – en termes de planning, de rythme, de travail à faire, d'évaluation, etc., d'édifier une nouvelle norme qui soit en phase avec les difficultés et la personnalité de l'élève :

« Quand on est sur une série scientifique, forcément ce n'est pas les cours de maths et de sciences physiques qu'on supprime. C'est plutôt des cours qui sont de moindre importance au vu de la série. C'est d'une banalité... Mais c'est comme ça ! L'objectif étant de permettre à l'élève d'accomplir son métier d'élève, malgré tout. Et de dire : « Mais non, c'est conforme, il y a une adaptation », c'est important pour que la personne, l'élève ne se sente pas déphasé par rapport à ce qui est demandé par l'institution. On trouve une norme pour lui aussi » (CPE 3).

Nous sommes là pleinement dans la mise en place d'une mesure de compensation, c'est-à-dire d'un « circuit adapté », pour stabiliser une trajectoire.

Face aux difficultés persistantes de certains élèves qui ne parviennent pas à "raccrocher", plusieurs autres alternatives de prise en charge peuvent également être proposées, à l'image d'une scolarité aménagée non plus dans le cadre de l'enceinte scolaire mais à distance, via, par exemple, le service d'assistance pédagogique à domicile – SAPAD ou encore le centre national d'enseignement à distance – CNED.

Les modalités pratiques d'ajustements professionnels aux troubles psychiques

Au sein des établissements, chacun membre de la communauté scolaire a un rôle à jouer en matière de prévention et de repérage des troubles psychiques. Cette « clinique » de la vigilance est donc partagée dans les différents corps de métiers et les différentes strates de la hiérarchie, du chef d'établissement aux surveillants, en passant par les enseignants, les CPE ou encore les services médico-sociaux. Pour autant, dans un univers fortement cloisonné, il faut ensuite créer les conditions nécessaires pour que la communication soit fluide. En effet, les aménagements dont il a été question précédemment supposent une bonne coordination d'équipe. Des réunions de suivi, plus ou moins informelles selon les sites, sont ainsi régulièrement organisées, de manière hebdomadaire ou mensuelle, où siègent les différentes parties prenantes de l'équipe éducative (chef d'établissement, assistante sociale, CPE, infirmière, conseillère d'orientation, etc.). La question des élèves en difficulté, de ceux dont on estime qu'ils posent problèmes ou du moins qui sont à surveiller,

sont abordées d'un point de vue interprofessionnel, holistique, pour penser le jeune dans sa globalité, identifier les différents points de blocage liés à sa situation et surtout les ressources disponibles pour les lever.

« Le mot d'ordre, c'est dès qu'on a un élève qui nous soucie, quelles que soient les raisons, sociales, familiales, scolaires, santé, de toute façon, je demande à tous les adultes de nous le signaler. Et après, on passe les situations une par une. » (Proviseur 2, lycée public)

« Pendant ces commissions-là, il ne s'agit pas seulement d'étaler les problèmes, il s'agit de dire ce qu'on a constaté, ce qu'on a pu réunir comme informations et de discuter ensemble des suites à donner. Donc, qui prend en charge ce problème-là ? Alors, une fois, ça va être l'infirmière, une fois, ça va être l'AS, une fois, ça va être nous, qui assure le suivi. Et la fois d'après, on reprend tous les élèves pour lesquels on a évoqué une situation particulière et on voit comment ça a évolué. Même chose : qui reprend la suite ou qui continue ? Est-ce que ça a progressé ? » (CPE 2)

Ces espaces de régulation peuvent être considérés comme des espaces d'échanges professionnels essentiels, destinés à favoriser la reconnaissance, entre pairs, mais également vis-à-vis des élèves en difficulté dont ils s'occupent. Les réunions qui sont organisées permettent en effet d'élaborer collectivement des compromis face aux contradictions et aux contraintes du système scolaire, tout en permettant de donner du sens à la pratique éducative (ne pas « laisser tomber » les élèves). Ces espaces de régulation permettent donc la mise en œuvre d'un travail d'articulation entre des segments professionnels relativement cloisonnés. D'abord parce qu'ils peuvent être analysés comme des espaces d'identification, qui permettent de réunir, dans un même lieu, une diversité de professionnels qui ont peu d'autres occasions de collaborer. En ce sens, ils contribuent à abaisser les distances relationnelles, en permettant de clarifier le rôle et la position de chacun. Ensuite, et de façon complémentaire, ils sont des espaces de décroisonnement qui permettent de générer des situations collaboratives, avec l'objectif de produire une interprétation consensuelle (par-delà les fonctions de chacun) autour de la situation problématique d'un élève. Ils peuvent donc être analysés comme des outils de médiation, sinon de conciliation, qui permettent la confrontation des représentations et la concertation interprofessionnelle :

« Quand il y a des PAI et tout ça et qu'on... qu'on demande au professeur de venir, le professeur principal. Et ça, au début « mais qu'est-ce que je vais venir faire ici ? » Et puis maintenant bah, ça... ça va mieux parce que oui, effectivement oui, il y en a un l'autre jour qui m'a dit « ah oui, c'est la première fois que je viens à ce genre de réunion ». Et je dis « tu vois, c'est bien ». Et les professeurs de prépa aussi, parce que maintenant, on commence à faire des... des aménagements comme ça pour certains élèves de prépa, ils en reviennent pas. Ils n'en reviennent pas qu'on puisse... qu'on puisse faire des choses comme ça, et qui euh... et qu'il y a l'infirmerie, et qu'on... qu'on puisse parler. » (Infirmière scolaire 1)

Si la communication en interne peut être favorisée par une dynamique d'établissement qui y est propice, des obstacles apparaissent cependant dans les relations partenariales hors de l'enceinte scolaire. En effet, malgré la mise en place de dispositifs spécifiques¹⁰, les professionnels de l'éducation rencontrent parfois des difficultés à dialoguer et à orienter des élèves qui présentent des situations médicales et/ou sociales qui sortent de leur champ de compétence. Selon quelles modalités ces élèves sont-ils préférentiellement orientés vers la psychiatrie, le CM et P¹¹, un

¹⁰ . Comme les plateformes de lutte contre le décrochage scolaire qui mettent en relation les COP [Conseillers d'orientation psychologues] de CIO [Centre d'information et d'orientation], les missions locales, les MLDS [Missions de lutte contre le décrochage scolaire] et les établissements scolaires dans le but de suivre les élèves qui ont arrêté leur scolarité, ou encore des équipes mobiles en psychiatrie qui collaborent activement avec les établissements scolaires dans le cadre de partenariat fonctionnel.

¹¹ . Dans le cadre de la thèse d'Alice Brochard, ce dispositif qui combine soin et école a fait l'objet d'une analyse approfondie, à partir d'une immersion de plusieurs mois et d'un recueil de points de vue très diversifiés (responsables, enseignants, jeunes et parents).

psychologue libéral, le CASSAJA¹² ? La prise en charge (ou en soin) d'un élève en souffrance, sinon déscolarisé, ne repose effectivement pas sur l'expertise d'une seule spécialité mais nécessite au contraire une articulation avec plusieurs autres professionnels, extérieurs à l'institution scolaire. Le défi d'une prise en charge cohérente réside en ce sens dans la gestion d'une dépendance mutuelle entre différents services. Or, la coordination nécessaire à la fluidité d'un parcours peut être compromise par un obstacle majeur, celui du cloisonnement entre les différents partenaires, issus de cultures professionnelles différentes. L'ancrage territorial est également un déterminant de la (non) coopération, dans la mesure où en fonction des ressources d'un territoire, des habitudes de travail entre partenaires, etc. les possibilités d'échanges et de contractualisation peuvent être plus ou moins réduites.

Après être brièvement revenu sur la manière dont l'institution scolaire appréhende et fait face aux manifestations des troubles psychiques, il convient à présent d'étudier la façon dont les jeunes négocient avec ces troubles.

¹² . Centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes.

II - NEGOCIER SON PARCOURS DE VIE : COMMENT LES JEUNES SE POSITIONNENT FACE AUX NORMES DU DEVENIR ADULTE

Cette partie est issue de l'analyse des parcours de jeunes et traite plus spécifiquement de leur rapport à la norme du devenir adulte, de la façon dont ils redéfinissent leur rôle social et la place sociale qu'ils pourront avoir suite à la crise que constitue l'apparition de troubles handicapants. Nous traiterons d'abord du rapport à la scolarité (comment rester un élève lorsque l'on a des troubles psychiques), puis du rapport plus large au statut social, à la formation et à l'emploi.

Nous avons constaté que la place sociale occupée a une importance cruciale dans les récits des jeunes rencontrés, et que les stratégies pour s'accommoder de leur différence ont pour but de trouver une place légitime et acceptable. Nous allons maintenant voir comment ces jeunes négocient cette place suite à l'apparition brutale de troubles psychiques invalidants.

QUELLE SCOLARITE ?

La scolarité en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap est un enjeu important des directives à l'attention de l'Éducation nationale ces dernières années (Cf. supra). Si les établissements disposent d'outils permettant d'accompagner les élèves souffrant de troubles psychiques dans la poursuite de leur scolarité, la manifestation des troubles rend le processus complexe, et ce d'autant plus que ces troubles se cristallisent souvent dans l'impossibilité d'aller à l'école (généralement interprétée, par les professionnels du secteur scolaire notamment, comme une impossibilité à soutenir la pression scolaire, ou comme une impossibilité à interagir avec les pairs).

De plus, le cloisonnement des secteurs scolaire, sanitaire, social, mais aussi dans le rapport avec les familles, ne permet pas un accompagnement rapproché et prenant en compte la globalité des difficultés des jeunes. L'accompagnement est alors très dépendant des logiques de territoire et des volontés d'acteur, mais aussi des effets de seuil d'âge 16 ans - 18 ans - 21 ans - 25 ans.

Si les élèves ne parviennent plus à tenir, pour ainsi dire physiquement, dans l'institution scolaire, la scolarité reste cependant un objectif pour une part d'entre eux qui souhaitent avant tout rester des élèves. Cette volonté de maintenir une scolarité ordinaire est décrite comme faisant partie du besoin d'endosser le rôle social de l'élève qui est source de reconnaissance sociale positive, contrairement à celui du "décrocheur" ou du "malade psychique".

Rester un élève ?

Des relations sociales sources de souffrances

Pour beaucoup, l'école, et plus précisément les relations avec les pairs, sont décrites comme problématiques et sources de grandes souffrances. Pourtant, rester un élève, continuer de faire ce que font tous les jeunes du même âge, est un élément structurant dans le parcours des jeunes rencontrés. Beaucoup de jeunes nous ont fait part d'épisodes qu'ils ont qualifiés de "harcèlement" ou "d'agression" à l'école, et d'autres du profond malaise qu'ils éprouvent à rester en classe ou parmi leurs pairs.

Ces événements sont décrits a posteriori comme une des causes de l'incapacité à continuer à vivre les moments de sociabilité scolaire.

Rester un élève comme les autres

Rester un élève est un moteur fort d'organisation du parcours des jeunes pour qui la scolarité, et plus spécifiquement l'obtention du baccalauréat est un objectif inébranlable, pour les enfants comme pour les parents. Ils mettent alors en place des aménagements (des négociations) pour rester scolarisés dans le milieu ordinaire, en composant avec les interruptions imposées par leurs troubles. Au-delà de l'obtention du diplôme en lui-même, c'est la continuité de la normalité qui est en jeu. Pour ces jeunes, la solution ne se trouve pas dans l'intégration de classes spécialisées, mais dans la possibilité du retour dans un établissement scolaire classique, pour rester un jeune ordinaire, avec des sociabilités ordinaires. Il ne s'agit d'ailleurs pas forcément de rester dans le même établissement, avec les mêmes amis, les mêmes pairs, car beaucoup ont mis en cause des situations de harcèlement comme participant de leur mal-être.

"Les grosses difficultés collège où justement j'ai été victime de brimades. Je pense que c'est là aussi où j'ai beaucoup développé le problème du lien à l'autre parce que quand j'étais plus petite, ma grand-mère me disait que j'étais tout le temps en train de parler, que je m'entendais avec tout le monde." (Elsa, 23 ans).

Même s'il faut changer d'établissement à de nombreuses reprises, le but est de maintenir une scolarité dans un cadre classique. Elise fait de nombreuses tentatives de suicide depuis ses 12 ans et explique qu'elle n'arrive pas à se sentir bien en présence des autres, et donc à l'école. Cependant, c'est aussi l'impossibilité d'être scolarisée en milieu ordinaire qui la fait souffrir. Tout au long de son parcours, elle tient à poursuivre sa scolarité en milieu ordinaire, organisant même seule des changements d'établissement en allant rencontrer des proviseurs. Elle teste la scolarisation dans une structure spécialisée, mais ce traitement spécifique ne lui convient pas du tout et elle préfère arrêter.

"Parce qu'il n'y avait pas assez de monde, déjà. On était deux dans la classe ! C'est un peu pesant à la longue et les profs sont trop en mode : 'vous êtes malade, c'est pas grave si vous n'y arrivez pas'. Ils ne nous bougent pas trop et, du coup, ça, ça ne m'a pas plu." (Elise 17 ans).

Plus globalement, elle ne supporte pas les effets négatifs du confinement prolongé avec des "gens à problèmes", ce qu'elle vit notamment durant les hospitalisations. Cette volonté de continuer à vivre une vie normale, s'accompagne d'un désir de cacher les signes extérieurs de maladie ; il s'agit d'un déni de l'identité stigmatisée qui passe aussi par le rejet de la fréquentation des autres individus partageant la même condition et par une difficulté à s'adresser aux services qui leur sont dédiés (Goffman, 1975).

"On ne va pas bien et on se retrouve enfermée avec des gens qui sont exactement comme nous. Du coup, ça ne nous tire pas vraiment vers le haut, je trouve. Moi-même, je suis retournée à l'hôpital, l'année dernière, en avril, et du coup, il y a des gens qui sont venus me parler et la première question qu'ils me posent, c'est : « Pourquoi t'es là ? » Ils parlent tout le temps de leur maladie, en fait. C'est vraiment... on reste focalisé sur nos problèmes. Et ça, je trouve que ce n'est pas très aidant. Moi, ça m'a plus tirée vers le bas que vers le haut. On est entre gens à problèmes." (Elise, 17 ans).

Ce qui alimente sa volonté de rester scolarisée en établissement classique, renvoie au besoin de rester comme tout le monde, malgré le poids quotidien de ses troubles et les moments de retrait de la vie sociale qu'ils lui imposent, ceci pour ne pas renoncer à l'avenir qu'elle s'était imaginé.

"Surtout, à être stabilisée, en fait. Pour que je puisse reprendre mes études. Parce que ce qui me dérange aussi, c'est que j'avais à peine commencé ma scolarité avant de..."

Là, je ne vais pas avoir mon Bac, alors que je voulais faire de longues études, par la voie royale..." (Elise, 17 ans).

Malgré ces tentatives, nombre de jeunes rencontrés ne sont plus en capacité de se rendre en classe, car ils n'arrivent plus à supporter la charge des interactions sociales. L'enjeu est alors plus stratégique ; il s'agit de mettre en place des aménagements pour rester scolarisé en milieu ordinaire malgré l'incapacité de maintenir les sociabilités ordinaires. La scolarité à domicile apparaît alors comme une solution pour poursuivre sa scolarité.

Face à l'impossibilité de supporter les relations avec ses pairs au lycée où elle poursuit ses études, Fanny explique ainsi avoir trouvé une solution en suivant une part de ses cours par le CNED, chez elle, et le reste en se rendant en cours dans son établissement, ce qui allège le poids des contraintes sociales.

"Et vraiment une mentalité de... de supériorité, je trouve, dans ce collège-lycée, mais bon bah, j'étais tout le temps malade, tous les jours, parce que, bon, je détestais ça. (...) Mais ça arrive souvent que j'arrive pas à m'endormir jusqu'à 3-4 heures du matin et du coup, bah... en plus, comme ça me fatigue les situations sociales et tout ça, bah, je me préserve quoi. (...) Du coup, j'ai fait une sorte de mi-temps, j'ai fait un truc spé-... enfin, je sais plus c'est quoi le terme, mais en gros je faisais certain cours au lycée et certains cours au CNED." (Fanny, 20 ans).

Cependant, au-delà de 16 ans, le tutorat n'est plus obligatoire et les jeunes se retrouvent seuls face à des cours qu'ils n'arrivent pas à travailler, face à des devoirs qu'ils n'arrivent pas à rendre.

"Et après la terminale, j'étais au CNED complètement. Là, j'ai rien fait. Si, j'ai ouvert mon cahier d'histoire quand même hein. J'ai fait le chapitre sur Jérusalem, parce que ça m'intéressait." (Fanny 20 ans).

Si certains, comme Fanny, arrivent tout de même à passer en année supérieure ou à obtenir leur baccalauréat sans aller en cours ou travailler à domicile, d'autres vivent beaucoup plus mal l'impossibilité à se mettre au travail scolaire, ce qui renforce leur sentiment d'échec et de honte. C'est le cas de Naïma, 22 ans, issue d'un quartier populaire. Son ambition et son niveau scolaire lui ont permis d'envisager de longues études, clairement pensées dans une logique d'ascension sociale. Les troubles de la jeune femme l'ont cependant amenée à ne plus pouvoir venir en cours en terminale.

« C'est en terminale que j'ai commencé à être absente en cours. Par exemple, comme je ne révisais pas, je ne voulais pas venir aux devoirs. Je ne venais pas aux devoirs et je revenais le lendemain pour le cours. Ça a pesé, mais ça a été inconscient. Le harcèlement a pesé sur moi, mais c'était inconscient. Je ne pouvais pas l'analyser comme ça. On est vraiment inconscient de... » (Naïma, 23 ans).

Elle a alors tout tenté pour pouvoir passer son bac et l'obtenir. Avoir son bac était devenu une obsession alimentée par un fort sentiment d'illégitimité à arrêter d'essayer de l'obtenir.

« J'ai essayé... Les trois années d'isolement, trois fois je me suis inscrite en candidature libre. La première, au CNED, pour avoir tous les cours et les deux en candidature libre, sans le CNED. Et je n'y arrive pas, j'ai l'impression d'y aller toute seule. J'avais l'impression d'y aller toute seule, sans attaches, de ne pas aller dans la bonne direction. Et c'est comme un disque rayé, je recommençais chaque année à refaire la même chose, à me réinscrire et je ne l'ai jamais eu ce Bac. C'était un objectif, j'étais obsédée par avoir ce Bac, parce que, en fait, je revivais ma terminale et toutes les difficultés que j'y ai eues. » (Naïma, 23 ans).

La scolarité à domicile a été pensée comme un aménagement au fait de ne pas pouvoir se rendre à l'école, comme une solution issue de l'acharnement qu'a mis la jeune femme à trouver seule une solution devant la honte éprouvée de ne pas pouvoir être comme tout le monde.

« Euh.... je ne sais pas si on aurait pu m'aider parce que j'étais tellement acharnée. C'est-à-dire à repasser le Bac, à cacher qu'en terminale je n'y arrivais pas. J'étais trop acharnée, je ne sais pas si je... Si on m'avait proposé de l'aide, je ne sais pas si j'aurais eu la maturité pour

m'en servir, d'autant plus que j'avais plus de 18 ans. Donc, de toute manière, on ne pouvait pas me l'imposer. Alors, oui, si on peut me l'imposer, je pense que je ne l'aurais pas pris". (Naïma, 23 ans).

Nous pouvons relever que la phobie scolaire est un diagnostic souvent évoqué par les professionnels du scolaire et du soin (même s'il fait l'objet de controverses), par les jeunes et les familles eux-mêmes. Ce diagnostic est intéressant, car il met en avant l'incapacité à se rendre à l'école sans mettre en cause le désir de scolarisation des jeunes touchés. L'association "phobie scolaire", créée en 2008 regroupe des parents et des enfants concernés par le problème et en propose une définition qui souligne la souffrance que génère l'impossibilité d'aller à l'école comme tout le monde (Association phobie scolaire, 2016). Cette vision du blocage scolaire est portée implicitement par des valeurs de placement social légitime (réussir, grandir, développer des projets), que l'on observe par la mobilisation du lexique contemporain de la réussite sociale et dans le discours des jeunes qui veulent rester des élèves comme les autres.

La crispation des troubles sur les notes est révélatrice de la pression scolaire qui s'exerce d'autant plus fortement sur les jeunes qu'ils dérogent à l'obligation sociale d'être un élève. Beaucoup de jeunes gens qui ne peuvent plus se rendre à l'école évoquent la notation comme un facteur d'angoisse important et mettent en place des stratégies pour éviter d'être confronté à la mauvaise note. Jules mentionne son incapacité à passer certaines épreuves du bac par peur du jugement sur son travail. Il dit choisir de passer l'épreuve de mathématiques, la moins propice à l'interprétation selon lui.

"Mais j'ai refusé de faire le Bac, de passer le Bac. J'avais peur. Et... et, du coup, j'ai... j'ai passé qu'une matière, en fait, à ce moment-là. Il n'y avait qu'une matière dans laquelle je me sentais à l'aise, c'était les maths. C'est pour ça que j'ai parlé du renversement. J'avais changé, en fait, ma matière favorite, et, dans les maths, j'arrivais à m'y retrouver. C'était précis, puis ça... en fait, c'était pas soumis. A cette époque-là, aussi, c'était en partie lié à mon idée délirante, liée à la lecture, j'avais la sensation qu'il y a une sorte de destinée que je pouvais modifier, moi, mais j'étais toujours pris par cette destinée qui faisait que j'avais des mauvais notes, ou des bonnes notes. Je me souviens qu'à un moment donné, j'ai été capable d'aller allumer un cierge pour avoir des bonnes notes. Mais ça, ça ne marchait pas avec les maths, parce que les maths, il n'y a qu'une bonne réponse." (Jules, 22 ans).

Rester un apprenant et continuer à investir pour l'avenir

Les stratégies de maintien de la normalité élaborées par les jeunes enquêtés se graduent au fil des entraves à poursuivre leur scolarité. Face à l'impossibilité de rester un élève en classe, à la difficulté d'être une élève à la maison, à l'illégitimité vécue de ne pas obtenir un diplôme que tout le monde est censé avoir, le besoin de reconnaissance reste lié à la capacité à répondre aux attentes sociales. S'ils ne peuvent remplir leur rôle social d'élève, ils tentent de s'en approcher le plus possible en ayant des occupations qui restent dans la sphère des apprentissages, comme aller sur Internet pour apprendre des choses, regarder des séries pour apprendre l'anglais, lire des quantités astronomiques de livres.

"Bah, du coup, je suis pas allée en cours, mais je regardais tellement de séries. J'étais sur des sites en anglais. J'ai lu en anglais. Pour moi, je suis devenue bilingue. Donc, j'ai pas trop perdu mon temps non plus." (Fanny, 20 ans).

Un certain nombre de jeunes expliquent qu'une fois retirés dans leur chambre par incapacité de sortir, ils continuent à apprendre, se former malgré les limitations générées par leurs troubles, à accumuler un capital culturel pour préparer leur placement à l'âge adulte, même si ce capital n'est pas sanctionné par la scolarité et le diplôme.

« Je restais chez moi et j'avais tellement honte. En fait, je me sentais mal d'être dehors pendant que les autres étaient en cours. C'est pas qu'on me voit, pas du tout, je me sentais

mal, j'avais l'impression de rater quelque chose. C'est contradictoire, j'avais l'impression de rater quelque chose, mais je n'y allais pas. C'était une torture. Par exemple, pendant la période où eux passaient le Bac et moi je ne venais pas, je ne suis pas venue aux épreuves, je n'osais pas allumer la télé parce que dans les infos, Le petit journal et compagnie, ils ne parlent que de ça du Bac et je ne pouvais plus regarder. Moi, je ne regarde que ça, les infos et les petits trucs sur Mac. Donc, j'éteignais la télé, je me sentais mal, je ratais quelque chose. J'étais là en train de me détruire et je ratais quelque chose. Je restais chez moi, oui, je restais chez moi. Sur l'ordinateur, à lire, j'essayais de trouver satisfaction, une satisfaction psychologique à lire des choses sur Internet. Il fallait que je trouve une légitimité et je me suis dit : bon, ça, ça va m'enrichir, tant pis, je ne suis pas au bac mais au moins, ça, ça va m'enrichir. Et je sortais après la fin des épreuves parce que, enfin, si j'allais dehors après la fin des épreuves parce que les autres aussi, étaient dehors. » (Naïma, 23 ans).

Rester un élève en milieu spécialisé pour rejoindre le milieu ordinaire

Certains jeunes pour lesquels rester élève en milieu ordinaire est difficile, vont passer par une scolarisation alternative : le soin-étude. Il existe en effet des structures (dont une dans notre territoire de recherche) alliant le soin et les études, pour des jeunes avec un suivi psychiatrique. Les aménagements de la scolarité dans ces structures vont porter sur les horaires, le nombre d'élèves en classe, l'individualisation du suivi, les méthodes pédagogiques, l'absence d'évaluation, etc. L'objectif de ces adaptations est de permettre aux jeunes de poursuivre une scolarité et de passer le bac.

Les jeunes qui entrent dans ce dispositif doivent avoir un état de santé stabilisé (ce dont atteste un psychiatre de secteur ou le psychiatre de la structure) et faire la preuve de leur volonté de poursuivre une scolarité et de passer leur bac. Ils passent pour cela plusieurs entretiens avant d'être admis à s'inscrire.

Ce sont en grande partie des jeunes qui ont une proximité forte avec le milieu scolaire et qui se conforment aux règles de conduite attendues d'un élève (permettant ainsi la gestion d'un collectif pour les professionnels de l'Éducation nationale, au sein d'une structure de soin). Ces jeunes et leurs proches avaient, en amont du dispositif, des objectifs scolaires élevés en termes de diplôme et le fait de passer et avoir le bac semblait une évidence.

« Mais c'est sûr que, moi, vu le stress que j'avais emmagasiné pendant des années où mes parents, mes proches, me disaient : 'tiens, le bac, toi, tu l'auras, c'est obligé, tu l'auras!' Quand je ne l'ai pas eu, j'ai pas compris! » (Louise, 22 ans).

Mais des manifestations de troubles psychiques sont venues marquer une bifurcation dans ce parcours scolaire envisagé. Beaucoup d'entre eux ont été scolarisés avec des dispositifs spécifiques (PAI, SAPAD) et par le CNED pour tenter de "rester un élève". Certains ont passé le bac à plusieurs reprises. Le fait de ne pas obtenir le bac ou d'avoir coupé avec une scolarisation en milieu ordinaire amène un sentiment d'échec et de honte.

« En plus ma mère qui est prof de math et tout, moi j'avais honte, hein, franchement, dans un sens de pas réussir dans cette voie-là. Ça m'énervait, tout le monde dans ma famille avait fait un bac S et j'étais la seule pauvre nouille à ne pas y arriver! Ça faisait vraiment... enfin j'avais l'impression que le sort s'acharnait sur moi! J'étais la seule, il ne fallait pas que j'ai mon bac, enfin genre c'était... c'était affreux. » (Louise, 22 ans).

Pour des jeunes provenant de milieux plus populaires, la comparaison à la norme, la volonté de répondre aux attentes de ses proches, ou encore de sortir d'un état de stagnation peut motiver l'entrée dans ce dispositif. Pour eux, la conformité aux règles de conduite scolaire (attitude vis-à-vis des enseignants et des pairs, respect des règles) est un enjeu majeur de leur maintien dans l'établissement.

Deux grandes tendances se dégagent dans l'appréhension de la scolarité en soin-étude pour les jeunes.

Une partie d'entre eux dit vivre cette entrée dans le dispositif comme un nouveau départ. Ces jeunes ont été isolés pendant un temps (quelques mois, parfois quelques années) des sphères de vie habituelles de la jeunesse, du fait d'une hospitalisation, de difficultés à se rendre au lycée en milieu ordinaire, etc. Ainsi, reprendre une scolarité représente pour eux un moyen de retrouver un statut social, d'élève, de camarade de classe. C'est un moyen de renouer avec la norme. L'objectif d'obtenir le bac redevient envisageable. C'est aussi reprendre une place physique dans la cité en sortant de chez eux pour se rendre en cours ou pour des déplacements scolaires (alors que pour une partie importante d'entre eux, le fait de prendre les transports en commun, ou simplement de se balader dans la rue, était très difficile). Ces jeunes expriment leur sentiment de renouer avec la normalité également vis-à-vis de leurs pairs. Ils partagent en effet le sentiment de s'être sentis à part, différents des autres en milieu ordinaire, mais aussi une expérience commune des manifestations des troubles (crises d'angoisse, troubles somatiques inexpliqués...). Ils ont fait l'expérience du discrédit et ne peuvent plus cacher leur stigmatisation; le partage de cette expérience commune permet de surmonter l'écart à la norme et la honte liées à la manifestation des troubles (Goffman, 1975).

Pour d'autres jeunes au contraire, qui ne se sont pas résignés à leur situation discréditée, le fait de se trouver dans un établissement de soin, d'avoir des aménagements spécifiques ou encore la proximité avec les troubles des autres, conduit à un rejet du dispositif.

En préparation de la sortie de la structure, le dispositif prévoit un temps d'apprentissage des droits spécifiques au handicap psychique. Si la réception de ces informations semble diversifiée, cela permet de limiter en partie les non-recours par non information, et de mieux se repérer dans le champ de l'offre d'accompagnement. Elle ne semble toutefois pas limiter le non-recours par non-réception, c'est-à-dire le refus de la personne de recourir à une prestation envisageable (Warin, 2016). Pour beaucoup de jeunes, le sceau des troubles et du handicap psychique est en effet jugé trop stigmatisant.

Dans ce sens, il apparaît que le soin-étude est perçu pour beaucoup de jeunes comme un passage, un écart dans un parcours destiné à rejoindre la norme. Ils aspirent en effet à un retour en milieu ordinaire et envisagent soit de ne plus mobiliser d'aide spécifique (par exemple le relais handicap à l'université), soit de le cacher à leurs camarades et de cacher également leur parcours, manière de gérer le stigmatisation (Goffman, 1975).

Mais la sortie du milieu spécifique ne se fait pas sans appréhension. Les jeunes parlent ainsi de leur crainte de quitter une "bulle" à l'effet protecteur et de retrouver ses pairs et les normes de compétitivité qui régissent le milieu ordinaire.

Ceux pour qui l'école n'est pas un horizon

La sociologie des inégalités scolaires montre que certains jeunes intègrent un destin social qui ne fait pas de l'obtention d'un diplôme un horizon à atteindre à tout prix (Dubet, 1991). Dans ce contexte, l'enjeu de rester un élève est davantage celui des institutions que du jeune lui-même.

Nous devons également rappeler que les manifestations des troubles psychiques peuvent prendre des formes bruyantes (comportements agressifs, agités en classe et avec les pairs, attitudes de défiance) qui ne suscitent pas autant de compassion que les signes de mal-être individuel qui ne prennent pas les autres à partie. De plus, ces manifestations sont parfois liées à une situation sociale complexe et à un rapport défiant à l'école. En effet, en cas de difficultés scolaires importantes, des attitudes de retrait du jeu scolaire (apathie, absentéisme...) ou, au contraire d'opposition

manifeste peuvent se développer. L'indiscipline ou l'insolence peuvent alors être utilisées par les élèves comme moyen de construire une identité, déviante par rapport aux normes scolaires, mais conforme par rapport aux normes juvéniles, notamment dans les milieux populaires, et conduire ainsi à de potentielles ruptures scolaires (Millet et Thin, 2005). Ces comportements ne sont généralement pas mis sur le compte d'une souffrance psychique individuelle et sont davantage compris par les acteurs du champ scolaire comme étant des perturbations des relations scolaires difficiles à gérer.

DEVENIR ADULTE ?

Lorsque les troubles ont des conséquences durables sur les perspectives d'avenir, les jeunes sont amenés à redéfinir le rôle social qu'ils vont endosser et les dimensions de leur identité sociale qui vont pouvoir être source de reconnaissance. Quand la possibilité même de vivre de manière indépendante de sa famille ou la perspective de l'intégration sociale par le travail se dérobe, d'autres vecteurs d'identité émergent au fil du temps et de l'expérience des troubles.

Une « zone blanche » dans l'accompagnement du devenir adulte en situation de handicap

Il existe peu de dispositifs pour accompagner les jeunes souffrant de troubles psychiques en dehors du champ du handicap. De plus, les demandes de reconnaissance de handicap d'origine psychique sont souvent tardives dans les trajectoires de vie, du fait de la stigmatisation associée (Bertrand, Caradec et Eidelman, 2014), mais aussi du délai du diagnostic psychiatrique (on diagnostique rarement les gens jeunes, le délai de prise en charge est long et des années s'écoulent généralement entre l'apparition des premiers troubles et un diagnostic). Il est donc rare - même si cela arrive - que des jeunes gens demandent ou obtiennent un accès aux services d'accompagnement médico-sociaux conditionnés à cette reconnaissance de situation de handicap. Ainsi, l'impact social des troubles n'est pas compensé en dehors du champ du handicap, hormis par les stratégies mises en place par les personnes elles-mêmes et la solidarité de leur famille. Si des dispositifs d'aide au maintien de la scolarité existent en dehors du champ médico-social, il existe peu de dispositifs permettant d'être accompagné vers la formation, l'emploi ou la vie sociale sans reconnaissance de handicap.

Dans ce contexte, en l'absence de reconnaissance de handicap et face à l'impossibilité d'intégrer des dispositifs classiques d'aide à l'insertion, les jeunes sont renvoyés à leur famille : pas d'aide sociale en dehors du handicap sauf ponctuellement pour les jeunes de 21 à 25 ans. Nous constatons d'ailleurs que, pour une part des jeunes qui se tiennent à distance du handicap, ce sont les dispositifs du milieu ordinaire qu'ils sollicitent (la mission locale constate une augmentation du public dont les troubles rendent les accompagnements problématiques).

Comment devenir adulte ?

Se retirer du monde face à l'impossibilité d'endosser les rôles sociaux

Une part des jeunes rencontrés au fil de l'enquête explique avoir vécu une période durable de retrait du monde et de soustraction aux obligations sociales de leur âge. Certains ont vécu cette période durant leur scolarité dans le secondaire (au collège, avec tous les enjeux que cela soulève en termes d'obligation scolaire ; au lycée où, l'obligation scolaire levée, l'enjeu de la scolarité prend un autre sens), d'autres au

moment de leurs études supérieures, ou avant de se lancer dans une formation et dans la vie professionnelle.

Les obligations sociales citées sont de deux ordres : remplir leur devoir d'insertion en se formant, en travaillant, d'une part, et se socialiser avec les autres, d'autre part. Selon eux, c'est la pression à devenir quelqu'un, mais aussi à être quelqu'un, qui les rend vulnérables. Les périodes de retrait sont définies comme le résultat d'une impossibilité à participer au monde social du fait du malaise que les relations qui s'y nouent engendrent, mais aussi du fait du poids trop fort de certaines injonctions normatives.

Les familles de ces jeunes n'ont pas interprété ces troubles comme relevant prioritairement du soin, pas plus que les jeunes eux-mêmes ; sans pour autant exclure cette idée, elle ne constituait pas une priorité car la nécessité de soin n'était pas une certitude. L'indétermination de l'origine et de la nature des troubles est en partie la raison de cette mise à distance du soin, dans un premier temps du moins. Les familles privilégient une explication en terme de profond mal-être qui va passer, explication moins stigmatisante et surtout moins déterministe.

Cette posture d'attente explique des parcours hors soins de jeunes faisant face à des troubles limitant durablement leur possibilité de participation à la vie sociale - tout en les faisant souffrir de cette exclusion. Ce temps de latence amène tout de même vers le soin en psychiatrie, du fait de l'anormalité qu'elle leur fait ressentir dans les relations sociales, mais c'est souvent un autre élément déclencheur qui va permettre à ces jeunes de revenir au monde.

Faire des choix : l'angoisse de s'autodéterminer

Aujourd'hui, pour beaucoup de jeunes, devenir adulte signifie être en capacité de faire ses propres choix, de s'autodéterminer dans une société qui laisse la charge à l'individu de définir qui il est (Ehrenberg, 2000). C'est aussi ce que les sociologues de la jeunesse évoquent lorsqu'ils parlent de modèle de l'expérimentation pour évoquer les modes contemporains de socialisation de la jeunesse (Galland, 2011), qui reposent davantage sur un savoir expérientiel que sur une mise en conformité avec des normes de transition rigides. Néanmoins, cette expérimentation prend place dans un contexte qui assouplit les anciennes exigences en en posant de nouvelles dont la prégnance peut devenir source de mal-être pour les individus qui ne peuvent, ou ne souhaitent, pas y répondre.

Les professionnels recevant des étudiants en situation de mal-être indiquent à quel point certains attendus universitaires sont devenus des injonctions difficiles à contourner. Les propos des soignants d'un bureau d'aide psychologique universitaire se font l'écho de certains discours de jeunes concernant l'angoisse que peut déclencher le choix d'un master (car il est considéré comme la dernière étape avant l'entrée sur le marché de l'emploi). Il en va de même du voyage universitaire, qui se diffuse dans beaucoup de formations comme un attendu.

"Réussir à franchir le pas, parce qu'il y a aussi un autre point, c'est comment passer des études à autre chose. Et c'est aussi un gros motif de consultation. On les voit en dernière année consulter : les stages euh... la vie professionnelle, c'est le moment où ils viennent..."
(Psychiatre BAPU)

De la même façon, certains jeunes se trouvent très déstabilisés par le fait de devoir partir et quitter des repères quotidiens qui les sécurisent. Ces moments de choix peuvent aussi devenir des moments de crise où le mal-être explose et suspend ces injonctions.

"C'est un gros gros gros motif de... de consultation. Et les départs en ERASMUS et les retours d'ERASMUS, parce que comment... se séparer, comment revenir et repasser euh..."

La norme, normale, c'est voyager quoi ! ...

Oui. Pour certains, il ne faut pas qu'ils partent, c'est sûr. Ils ont des choses très aménagées, qu'il faut évaluer au cas par cas.

Il y a des normes étudiantes en fait.

Oui, ce qui est bien, c'est de partir à l'étranger, de faire une année sabbatique, de faire la fête, euh... d'avoir un copain, voire plusieurs, disons, ils se trouvent, est-ce que j'ai coché toutes les cases ?" (Psychiatre et Psychologue, service étudiant)

Lorsqu'ils expliquent comment ils ont été amenés à se sentir mal au point d'interrompre leur parcours scolaire, universitaire ou même leur emploi, une part des jeunes évoque le poids de l'ambiance compétitive qui règne dans leur environnement d'apprentissage ou de travail.

« Enfin, je n'ai jamais trop aimé l'atmosphère de compétitivité, parce que ça m'amène à me comparer à d'autres et, du coup, à me sentir mal parce que je ne me sens pas à la hauteur ou pas au même niveau. Et je préfère les environnements où j'ai le droit de faire les choses un peu à ma façon, sans forcément me comparer directement à quelque chose ou quelqu'un d'autre. Donc, à la fac, je me sens assez bien, on va dire. Mais au BTS, je me sentais très mal à l'aise. Je n'avais pas l'impression que ce que j'ai à dire avait de la valeur, comparé à ce que disaient les autres, en quelque sorte. Que ce soit vrai ou faux, d'ailleurs, c'était juste comment je le ressentais. Moi, je n'avais pas l'impression d'avoir le niveau, d'être assez intelligent pour faire ma place, ou juste d'avoir la personnalité... Enfin, voilà... » (Alexandre, 23 ans)

Alexandre, qui a arrêté ses études et s'est replié chez lui durant un an et demi, exprime sa difficulté à se trouver mis en concurrence dans ses relations aux autres. Cette mise en concurrence est une grande source d'anxiété pour lui et l'amène souvent à se retirer des interactions sociales. De l'avis de beaucoup de jeunes rencontrés, la compétition, le fait de devoir chercher à être le meilleur, sont répandus dans beaucoup de dimensions de la société, des interactions sociales quotidiennes, aux activités de loisirs, en passant par la scolarité où le système de notation est présenté comme une grande source de souffrance.

Jules intègre un dispositif soins-études afin de poursuivre sa scolarité qu'il a dû suspendre du fait de l'irruption soudaine de ses troubles et de l'enfermement qu'ils ont provoqué. Malgré l'attention pédagogique portée à lever le poids de l'évaluation sur les élèves, il ne supporte pas longtemps les commentaires sur le travail qu'il fournit.

"Du coup, est-ce que les choses se sont calmées à ce moment-là ? Elles se sont calmées parce que j'ai rencontré des gens intéressants ; et elles ne se sont pas calmées parce que j'étais encore sous médication, parce que j'avais de plus en plus de mal à lire et que je supportais de moins en moins la compétition —et d'une — ; et, de deux, les notes ; et, de trois, les commentaires. " (Jules, 22 ans).

Il explique également qu'il faisait un beaucoup de sport à ce moment-là et que la généralisation de la mise en concurrence des individus les uns avec les autres lui devenait insupportable.

"Et, à ce moment-là, je faisais du sport. Et je faisais un sport, en plus, qui est vachement ingrat à ce niveau-là ; enfin, au niveau compétition : du tennis. Là, rien de pire. C'est un peu comme la natation, c'est un peu comme la course... enfin, comme l'athlétisme ou, même, le triathlon. C'est un truc où... d'ailleurs, en triathlon, ça, c'est révélateur... enfin, ça révèle, vraiment, le côté vraiment compétitif : c'est les mecs qui se nagent dessus pour avoir, à tout prix... Ça, c'est ouf ! (...) Quand on joue mal, on se fait vraiment engueuler. Et, à ce moment-là, en fait, le tennis, je commençais à en avoir vraiment marre à cause de cette raison-là. Ça, ça, a participé à ma torture. Je me suis senti mal, je n'arrivais plus. En fait, la compétition, je n'arrivais même plus à ce que l'on m'engueule. (...)... à l'époque, en fait, je voulais être le meilleur. Ça, ça me tuait. Je voulais être le meilleur en tennis, je voulais être le meilleur dans tous les domaines. Donc, cette compétition-là me tuait. J'en avais conscience mais... enfin, j'en avais conscience... J'étais trop arrogant et je ne savais pas, en fait, je ne savais surtout pas ce qui allait se passer si j'arrêtais d'être en compétition avec les autres. J'avais peur de ça. » (Jules, 22 ans).

Être différent, se sentir mal avec les autres

« J'ai toujours eu un comportement un peu, enfin... J'ai toujours eu besoin de m'isoler un peu, même enfant. » (Alexandre, 23 ans).

Cette difficulté à être avec les autres, ce sentiment d'étrangeté est présenté comme un trait de caractère inné, avec lequel les jeunes se battent depuis longtemps et qui les rend vulnérables face aux autres. A un moment, ils ne peuvent plus se battre contre et décident de se retirer des obligations sociales qui génèrent de la souffrance, comme ils ne savent pas "comment gérer", ils choisissent de "ne pas gérer du tout", comme l'explique Alexandre quand il évoque ses difficultés relationnelles.

Beaucoup de jeunes interviewés expliquent que, face à l'impossibilité de répondre aux exigences qui leurs sont posées (à l'école ou durant les études), ils préfèrent ne pas faire les choses, « ne pas gérer », plutôt que de faire mal. Ces exigences peuvent relever de la scolarité comme pour Elsa, Naima ou Fanny qui préfèrent ne pas venir passer leurs examens plutôt que d'avoir une mauvaise note. L'incapacité à venir en cours, doublée de l'incapacité de réussir à rattraper les cours chez elles font accumuler un retard qu'elles n'assument pas et qui les encouragent à ne plus venir.

« Je n'osais pas venir parce que je ne bossais pas. En fait, j'avais peur d'affronter des mauvaises notes, puisque je ne révisais pas. Et au lieu de les affronter, je ne venais pas et ça me donnait une légitimité. Ben, oui, j'ai eu zéro parce que je ne suis pas venue. Je voulais toujours maintenir le doute dans l'esprit des gens. » (Naima, 23 ans).

Les exigences des relations sociales sont souvent fuies, car elles sont source de grande incompréhension et de profond malaise pour une grande part de ces jeunes. Alexandre nous explique ainsi que, face à des situations qu'il ne comprend pas, il préfère s'en extraire :

« Ça me prend beaucoup de temps de trouver comment, moi, gérer ce que je veux faire et ce que je veux être par rapport à ce que les... comment les gens fonctionnent. Oui, il y a toute une dynamique à articuler que j'ai eu beaucoup... que, au début, je préférais juste ne pas articuler du tout. Et j'ai toujours, parfois, ce besoin, juste... Je me retrouve moi et moi et personne d'autre, pour souffler un peu. » (Alexandre, 23 ans).

Pour Simon, le retrait apparaît davantage comme l'aboutissement d'un processus de repli progressif vers la sphère domestique. Depuis qu'il est à l'école maternelle, Simon est solitaire. Il quitte parfois l'école le midi, sans que ce soit prévu, pour rentrer manger chez lui. Au collège, il quitte souvent les cours sans raison apparente. Le temps passant, et l'obligation scolaire laissant un peu plus de marge de manœuvre, il passe de plus en plus de temps seul chez lui. Il ne paraît pas anxieux de sa situation. Il ne semble pas que quelque chose l'empêche de sortir de chez lui, comme une phobie ou une angoisse spécifique. Il n'a pas de projet, pas d'intérêt particulier à avoir son bac, pas de projet professionnel. Il souhaite juste pouvoir rester dans sa chambre le plus possible.

La honte provoquée par le retrait social

Toutefois, « ne pas gérer » et s'extraire du monde ne signifie pas toujours se sentir mieux à long terme. Les jeunes enquêtés expriment le soulagement immédiat provoqué par l'évitement des situations sources de souffrance, mais reviennent aussi sur le sentiment de grande culpabilité qui s'abat sur eux rapidement. Ne pas remplir leurs obligations sociales fait naître une souffrance plus grande encore, nourrie par la honte de ne pas faire ce que la société attend d'eux, et le sentiment d'illégitimité à exister de ce fait.

Le sentiment de honte se cale sur les temps sociaux et le mal-être diminue à certains moments de la journée, ou de l'année. Les jeunes qui restent chez eux disent se sentir très angoissés à l'idée de ne pas faire ce qu'ils sont censés faire : passer les épreuves du bac, être en cours, faire les courses parce qu'il faut bien acheter à

manger. Ils ne se sentent soulagés qu'une fois que le reste de la société est déchargé de ces obligations sociales (à 17h, à la fin des épreuves du bac ou de la journée de cours, au moment où les magasins sont fermés et qu'il n'est plus possible de faire les courses) et qu'ils peuvent ainsi s'autoriser à être eux-mêmes. L'inversion du rythme jour-nuit est d'ailleurs souvent expliquée par un besoin de dormir le jour et de vivre la nuit pour échapper aux obligations sociales : la nuit, il n'y a rien à faire et personne à voir. Remplir son emploi du temps peut également apparaître comme un moyen de lutter contre l'illégitimité du retrait scolaire ou professionnel :

"Illégitime, oui. J'ai passé entre temps mon permis et pour trouver un travail pour pouvoir payer mon permis, j'ai fait du baby-sitting. J'ai dû m'inventer tout un statut, dire que je faisais des études par correspondance dans tel... Je devais dire : 'voilà, à tel moment, je passais des examens' alors que pas du tout. C'était vraiment tout un scénario que je construisais pour être légitimée, parce qu'on ne va pas m'embaucher juste parce que je ne fais rien de ma vie alors que je peux tout à fait m'occuper d'enfants. Je suis très extravertie, pour le dire comme ça ! En fait, ces trois ans-là, je les ai passés.... Il y a deux ans où je ne suis pas sortie de chez moi et il y a juste une année où j'ai dû travailler ; j'étais obligée de mentir, de dire que je passais des examens, par correspondance, qui justifiaient que j'étais chez moi. C'est ça, c'est toujours mentir.» (Naima, 23 ans).

Pour composer avec ce sentiment d'illégitimité, Naima ment à tout le monde, aux gens qu'elle croise, à sa famille, même à des gens qu'elle ne connaît pas, ou encore à des gens qui ne comprennent pas.

« Même dans la rue, je croise quelqu'un, n'importe qui, même, déjà, j'ai croisé un fou de l'hôpital psy, il a des problèmes, c'est un schizophrène, je voyais bien qu'il n'était pas cohérent dans son dialogue et il me disait qu'il sortait de l'hôpital, qu'il en voulait à tout le monde. Même face à quelqu'un comme ça, je suis obligée de mentir. Il me dit : 'vous êtes étudiante ?' Ben, je dis : 'oui'. Je n'ose pas dire : 'je ne fais rien', sinon, toutes mes paroles vont être illégi... vont être pas crédibles. Toutes mes paroles ne sont pas crédibles, donc... » (Naima, 23 ans)

Elle explique que ses mensonges l'enferment chaque fois davantage, car elle ne peut plus revoir ceux à qui elle a menti.

Le retrait comme suspension sociale ?

Le retrait du monde ordinaire suite à l'impossibilité d'y continuer les sociabilités habituelles doit être compris à la fois comme un moment de suspens des injonctions normatives (qu'elles soient scolaires, sociales ou professionnelles), à analyser le monde et soi-même (le décrire, comprendre ses motivations), mais aussi comme un moment de pause qui permet au jeune de trouver des solutions et de revenir dans le monde mieux armé face à ses incertitudes. La spécificité de ce moment de pause tient notamment à sa temporalité atypique, illégitime socialement, puisqu'elle dure plusieurs années et ne contient aucune activité légitime de la jeunesse.

Explicitement, la volonté de "fuir le monde" et de "créer son petit cocon" est évoquée par les jeunes comme la solution qu'ils ont trouvée pour dépasser leur mal-être.

« C'est cette volonté de fuir un peu le monde en essayant de se créer son petit cocon, avec succès ou non. » (Alexandre, 23 ans).

La période de retrait se traduit par un isolement des sociabilités ordinaires, mais aussi par un retrait du monde social en passant tout son temps à son domicile. Les discours recueillis le présentent comme un temps suspendu nécessaire et inévitable pour eux. Au moment où ils en sortent, cette période de leur vie se présente comme un épisode à part de suspension de leur existence.

Jules s'est retiré au domicile de ses parents durant de nombreux mois sans quasiment sortir ou leur adresser la parole. Plus tard, quand nous le rencontrons et qu'il évoque cet épisode, il en parle comme d'une période hors du temps.

« J'ai du mal (à savoir quel âge j'ai), en fait, parce que j'ai un âge, j'ai un âge qui n'a jamais existé. 19, peut-être, pour moi, je pense qu'il n'a jamais existé, le 19. » (Jules, 22 ans).

Obtenir un statut, devenir légitime à être

« J'ai un statut, j'ai enfin un statut ! j'ai une légitimité à exister. » (Naima, 23 ans).

A la sortie de période que nous pourrions qualifier de retrait du monde, certains jeunes expliquent avoir trouvé un moteur à leur retour au monde, mais surtout avoir dépassé une étape de la vie, comme sauté par-dessus pour aller à la suivante, non sans dommage en termes de reconnaissance sociale. Ils doivent alors retrouver une légitimité à être socialement à travers un marqueur fort de participation sociale. Nous allons ici aborder des statuts qui permettent aux jeunes de trouver une place légitime et de fournir une explication de leurs difficultés aux autres, sans toutefois souffrir de la stigmatisation liée à la maladie psychique.

Les statuts d'exception

Pour certains jeunes, c'est l'obtention d'un statut d'exception qui va leur permettre de se positionner à nouveau sur le plan identitaire, dans leurs relations sociales et plus largement de se tourner vers l'avenir. Les statuts d'exception sont à l'écart de la norme tout en étant reconnus comme tels. Ainsi, ils permettent de donner une explication aux incapacités, voire d'y donner une compensation.

La recherche du diagnostic : une recherche identitaire

Les diagnostics médicaux font partie de ces statuts qui peuvent être recherchés car ils permettent de mettre des mots sur ce qui se passe et surtout de se projeter dans une trajectoire de maladie. Quand les troubles sont invalidants mais ne donnent pas lieu à un diagnostic clair, les jeunes ont besoin d'y poser un diagnostic afin de se doter d'une identité légitime socialement. Ils font beaucoup de recherches pour trouver l'origine du mal qui les affecte, le nommer et se donner ainsi le droit de ne pas être comme tout le monde.

Les diagnostics psychiatriques peuvent faire l'objet d'une mise à distance par la mobilisation de diagnostics plus valorisés socialement, et plus médiatisés. Les jeunes vont trouver des informations décrivant des comportements auxquels ils s'identifient et qui expliquent leur difficulté à répondre aux exigences sociales ou à s'y conformer.

Les membres de la famille ne se dirigent pas toujours vers la psychiatrie pour chercher un diagnostic. Dans les cas où les troubles des jeunes ne sont pas psychiatisés, c'est-à-dire quand les familles ne cherchent pas de solutions thérapeutiques, le diagnostic apparaît tout de même, mais tardivement relativement aux premiers troubles. C'est quand la scolarité et les relations sociales sont mises à mal depuis de nombreux mois ou années, que le temps n'a pas fait les choses comme espéré, que le diagnostic est recherché. La qualification des troubles puise alors dans les discours médiatisant certaines pathologies ou certains comportements atypiques en en faisant des diagnostics nobles (Lignier, 2012) – prenant le contre-pied de la stigmatisation consécutives aux diagnostics psychiatriques. Le syndrome d'Asperger, le haut potentiel intellectuel sont ainsi des diagnostics parlant pour ces familles, car ils leur permettent d'y ranger l'étrangeté du comportement de leur enfant et de valoriser son caractère hors-norme. De nombreux articles de presse, reportages, témoignages, publicisent les manifestations de ces troubles ; des associations valorisent les capacités cognitives hors-normes des personnes atteintes, tout en pointant la souffrance issue de la difficulté à pouvoir se comporter comme tout le monde et à entretenir des relations sociales ordinaires.

Dans le cas d'Elsa, c'est sa grand-mère qui lui souffle l'idée qu'elle souffre d'autisme Asperger. Après une scolarité au collège faite de souffrance dans ses relations aux

autres, et une période brutale de retrait quand Elsa a 19 ans, le visionnage d'un reportage sur l'autisme Asperger met la puce à l'oreille de sa grand-mère.

« Dernièrement, ma grand-mère a écouté un documentaire sur le syndrome d'Asperger — je ne sais pas si vous connaissez ?

Oui, oui.

Du coup, elle m'a dit qu'elle avait reconnu beaucoup, beaucoup de points en commun, par rapport à tout ce que je dis et tout ce que je fais. Du coup, il faut que j'en parle à ma psychothérapeute.

Elle vous a expliqué le syndrome d'Asperger ? Et ça vous parle ?

Ben, j'ai lu, j'ai fait des recherches parce qu'automatiquement, dès qu'on m'envoie un truc, je regarde un peu de quoi ça parle et c'est vrai, qu'effectivement, je me suis énormément reconnue sur pas mal de points. (...) Donc, je me dis que peut-être, c'est ça ! (Ton très réjoui). Peut-être ce n'est pas ça, peut-être c'est juste... parce que j'ai vu une énergéticienne qui m'a dit que j'étais une hyper-sensible. Donc, je ne sais pas trop ce qu'elle voulait sous-entendre par là. Elle m'a considérée comme une enfant indigo, je ne sais pas si ça vous parle.

Alors, vaguement. J'ai déjà entendu ce terme mais...

C'est... je ne sais pas si je pourrais l'expliquer clairement... c'est des enfants qui, selon elle, sont parmi nous pour faire avancer une cause, en fait, pour développer quelque chose. Et en fait, souvent, ce sont des gens qui sont très sensibles, qui ont des sens plutôt bien développés, beaucoup et qui ont une grande sensibilité à la présence de l'autre. » (Elsa, 23 ans).

Après avoir cessé d'aller à l'école du fait de ses angoisses, avoir vu de nombreux psychiatres et thérapeutes, Fanny aussi se tourne vers le diagnostic d'autisme Asperger. Sur les conseils de sa mère, elle passe des tests dans un centre spécialisé pour savoir si elle est atteinte d'autisme de haut niveau, et ce malgré l'avis du psychiatre qui l'a suivie.

« Et puis, j'ai parlé aussi, de voilà, d'Asperger et tout ça, et il m'a un peu ri au nez, comme tous les pys quand on leur parle de ça, donc : 'comment osez-vous prétendre à un tel honneur', comme s'ils n'ont... non, mais toutes mes anxiétés, les difficultés sociales à côté, c'est rien. Non, c'est des génies... » Fanny, 20 ans

C'est sa mère qui pense que ce diagnostic correspond aux troubles de sa fille et l'amène à prendre des rendez-vous assez onéreux pour un bilan psychologique dans un centre spécialisé. Fanny, sans avoir travaillé ses cours à domicile, a toujours réussi à passer en année supérieure. De plus, ses difficultés à interagir avec les autres laissent penser à sa mère qu'elle souffre d'autisme.

La reconnaissance de handicap : obtenir un statut social

Rares sont les jeunes à obtenir une reconnaissance de handicap d'origine psychique du fait de leur âge et de l'indétermination des diagnostics en pédopsychiatrie. Les reconnaissances de handicap psychique précoces sont consécutives à des troubles manifestes et invalidants.

Pour échapper à la stigmatisation générée par le diagnostic de maladie psychique, et encore plus à la reconnaissance de handicap liée à cette maladie, certains jeunes trouvent une légitimité en obtenant une reconnaissance de handicap d'une autre nature et notamment physique, pour des douleurs physiques récurrentes et invalidantes (Bertrand, Caradec et Eideliman, 2014).

Le statut obtenu leur procure un sentiment de légitimité sociale qui leur permet d'accomplir des démarches qu'auparavant ils ne se sentaient pas la force d'engager. Pour certains, c'est retrouver du travail, pour d'autres, se donner le droit de sortir de chez soi, le droit d'exister, sortir de la honte en étant en capacité de donner une explication.

“Ces problèmes de santé, ça m’a presque donné un statut. Je n’ai pas de statut de travailleur handicapé — je peux encore. Du coup, ça a justifié auprès de ma famille, même des voisins, pourquoi je ne travaillais pas.” (Naima, 23 ans).

Redevenir comme tout le monde : accepter les règles du jeu social

Pour ceux qui retournent vers des parcours d’insertion relativement normés, que ce soit vers les études ou l’insertion professionnelle (mission locale, emploi), il s’agit d’adopter des stratégies pour s’adapter aux règles du jeu social. Ces stratégies permettent d’y évoluer en essayant d’en souffrir le moins possible.

Pour ceux qui ne parviennent pas à obtenir leur diplôme, la possibilité de faire autrement va leur donner l’élan de se projeter à nouveau dans le monde. L’obtention du diplôme d’accès aux études universitaires (DAEU) est ainsi décrite comme “un baume” réparateur par les jeunes qui l’ont obtenu après des années passées à essayer d’avoir leur bac. Plus que l’obtention du diplôme, c’est un sésame pour revenir dans le monde des jeunes de leur âge, avoir à nouveau une légitimité à exister socialement.

La mission locale est également sollicitée par des jeunes qui sortent de telles périodes, ou qui éprouvent des difficultés psychiques qui les empêchent de satisfaire aux obligations sociales d’insertion. Cependant, la mission locale n’est pas une structure spécialisée dans le soin ou le handicap, elle symbolise la possibilité de se faire accompagner tout en restant dans le milieu ordinaire, dans les activités ordinaires des jeunes du même âge. Un certain nombre de jeunes que nous avons rencontrés par l’intermédiaire de la mission locale y ont été accompagnés vers une reconnaissance de handicap (physique), qui leur a permis d’obtenir un statut et leur a ouvert le droit à entrer en formation ou en emploi. Là aussi, ce statut nous est décrit comme un sésame, une clé qui ouvre le monde social dont la porte était face à eux mais close jusqu’à présent.

CONCLUSION

L'objectif de la recherche *HanPsyJe* était de retracer dans un premier temps la diversité de parcours de jeunes confrontés à des troubles qualifiés de psychiques (par les jeunes eux-mêmes, leurs proches ou des professionnels avec qui ils ont été en contact) ; troubles venant interrompre le cours de leurs vies et réinterroger leur projection dans l'avenir. Nous y analysons les déterminants de ces parcours et l'impact de la qualification des troubles sur leur devenir adulte. Nous nous sommes intéressés en somme au traitement social de ces troubles psychiques lors de cette transition vers l'âge adulte, en adoptant le point de vue de professionnels, de jeunes et de leurs proches, mais sans reprendre à notre compte les questions d'étiologie des troubles ou de nosographie qui relèvent d'une perspective clinique. L'important dans notre perspective était de saisir ce que ces troubles provoquent sur des trajectoires d'individus au moment particulier que représente la transition à l'âge adulte.

Après avoir fait le constat et présenté la grande variabilité des parcours de prise en charge des jeunes souffrants de troubles psychiques, nous avons cherché à comprendre ce qui fait varier ces parcours. Nous avons pour cela analysé les arguments des professionnels de la prise en charge et leurs interprétations de ces troubles psychiques apparus chez des jeunes auxquels ils sont confrontés. Comment conçoivent-ils les déterminants de ces troubles et les facteurs qui peuvent les conduire à agir, à différer, à temporiser, ou à agir au plus vite ? Ce processus de construction du sens et des conséquences des troubles constitue en effet une dimension centrale de ce qui peut déterminer les orientations et les parcours.

Nous considérons la qualification des troubles comme une bifurcation dans le parcours du jeune, et avons interrogé la manière dont les normes du devenir adulte contemporain (normes d'autonomie, responsabilité, indépendance, dans un contexte contemporain d'injonction au placement, à la linéarité des parcours et à l'auto-détermination) sont renégociées au prisme des troubles psychiques. Nous avons accordé une importance particulière aux interactions entre les jeunes, leurs proches et les professionnels, dans la négociation de ces trajectoires, partant du fait que ces trajectoires sont modelées différemment en fonction des premiers guichets auxquels les jeunes et/ou leurs familles s'adressent et bien sûr également des profils sociologiques des jeunes et de leurs familles. Nous nous sommes ainsi particulièrement intéressés dans cette recherche à l'impact des troubles sur la scolarité des jeunes et à la négociation du devenir adulte.

Grâce à l'enquête, nous avons cherché à tenir compte du point de vue des jeunes eux-mêmes, de leurs subjectivités, en somme de l'expérience des troubles, tout en analysant la manière dont ces jeunes se confrontent à la fois à des savoirs professionnels et à des cadres institutionnels. Nous avons dans un premier temps identifié une série de variables déterminantes dans l'orientation des parcours :

- la gravité des troubles, qui détermine l'urgence du soin,
- les registres interprétatifs (médical, social, familial, sociétal, etc.) des manifestations hors normes et la manière dont ils influencent les orientations et les parcours,
- l'organisation et l'économie de la santé mentale et de la santé publique (ouverture de la psychiatrie, multiplication des acteurs, enjeu de coordination et d'articulation des cultures professionnelles, dans un contexte où les politiques publiques pensent en terme de parcours et se confrontent en même temps à une baisse des moyens financiers, avec le risque de saturation des services,

la complexification des découpages (géo-démographiques, par âges, par institutions, etc.), qui hachent les parcours,

- les capacités de négociations des proches avec les acteurs institutionnels et plus particulièrement du soin (selon le capital culturel, social, économique des proches du jeune ou encore l'appréhension du rôle de la famille dans le développement des troubles par les professionnels),
- le traitement social des troubles (la médicalisation de l'échec scolaire, la psychiatisation de la souffrance sociale, les inégalités sociales et leur impact sur la santé et le soin, ou encore les différentes étapes du processus de qualification des troubles et du handicap qui varie selon le milieu social),
- et enfin le rôle du milieu scolaire (lieu d'expression des troubles, de repérage, de négociation de leur qualification, mais aussi d'adaptation pour y faire face).

Les entretiens avec les professionnels et les proches ou encore les observations de groupes de travail professionnels ont nourri cette analyse.

Dans un deuxième temps, nous abordons la négociation des normes du devenir adulte, du point de vue de jeunes faisant face à un handicap psychique (qu'il soit reconnu institutionnellement ou non). Nous avons travaillé sur les normes occupationnelles du devenir adulte et analysé :

- Le rapport aux pairs (des relations sociales sources de souffrance qui s'expriment à l'école et, plus largement, dans le milieu social) ;
- Les variations dans le rapport à la scolarité (entre ceux qui souhaitent rester un élève en milieu ordinaire, se mobilisent eux-mêmes et leurs proches pour qu'il en soit ainsi ; ceux qui ne sont plus en mesure de suivre une scolarité en milieu ordinaire, mais qui mettent en place des stratégies pour rester un apprenant et légitimer ainsi leurs activités quotidiennes puisqu'elle correspondent à la norme occupationnelle de leur âge ; ceux qui passent par le milieu spécialisé pour maintenir une scolarité et atteindre l'objectif social et personnel du diplôme, et ceux enfin, pour qui la scolarité n'est pas un horizon et qui s'en éloignent silencieusement) ;
- Le rapport entre le handicap vécu quotidiennement par les jeunes et l'offre publique d'accompagnement spécifique (avec une offre faible en dehors du champ médico-social, une reconnaissance institutionnelle stigmatisée, tardive dans les parcours, notamment du fait du flou diagnostic et du renvoi des accompagnements institutionnels vers les familles) ;
- Le rapport des jeunes aux temps sociaux (qui crée un décalage des temps de vie [inversion jour/nuit par exemple] et un sentiment d'illégitimité engendré par l'incapacité d'avoir les mêmes activités que les pairs) ;
- Le retrait social comme moyen de se soustraire aux obligations sociales de la jeunesse (face à un sentiment d'étrangeté au monde et aux pairs et à l'angoisse de répondre aux injonctions individuelles contemporaines de linéarité, réussite, auto-détermination) ;
- La reconnaissance et le statut social recherchés comme moyen « d'être au monde » (soit dans un retour à la norme, soit dans la quête d'un diagnostic hors norme mais valorisé socialement [comme le profil « haut potentiel »], ou encore par la reconnaissance d'un handicap).

Nous nous sommes appuyés pour cela sur les entretiens avec les jeunes principalement, mais aussi ceux avec les professionnels, en retraçant les parcours des jeunes, leur discours sur leurs logiques d'actions et représentations.

Pour conclure cette recherche, nous avons organisé une journée de restitution des résultats à destination des acteurs locaux sollicités lors de la recherche et/ou concernés par le sujet. Nous avons ainsi réuni une soixantaine de personnes (professionnels, parents, jeunes) sur une journée en mars 2018. Nous poursuivrons la valorisation de ce travail, avec notamment la publication d'un ouvrage sur le retrait social lors du passage à l'âge adulte (en collaboration avec des chercheurs en sociologie, anthropologie, psychologie, médecine, de laboratoires de recherche en France, au Japon et en Italie).

Ce travail sera également poursuivi avec la réalisation d'une thèse qui permettra, notamment, d'une part, de traiter en détail les données de l'enquête MDPH pour analyser ainsi plus en détail des parcours de jeunes avec une reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique et, d'autre part, de restituer un travail d'immersion dans un dispositif soin-étude dédié à ces situations.

BIBLIOGRAPHIE

- Association Phobie scolaire, 2016, *École, quand la phobie prend le dessus*, Ed Josette Lyon.
- Bariaud F, Dumora B, 2004, « Les adolescents dans la société d'aujourd'hui », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 33/2 | 2.
- Beaud S, 2013, *80% au bac...et après ? Les enfants de la démocratisation scolaire*, Saint-Amant-Montrond : La découverte , 345 p.
- Berthet T, Zaffran J, (dir.), 2014, *Le décrochage scolaire: enjeux, acteurs et politiques de lutte contre la déscolarisation*, Rennes: Presses universitaires de Rennes, 185 p.
- Bertrand L., Caradec V., Eidelman J.-S., 2014, « Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles », *Sociologie*, 5, 2, p. 121-138.
- Bidart C, 2006, « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie* 2006/1 (n° 120), p. 29-57.
- Bloch M-A, Henault L, 2014, *Coordination et parcours*, Dunod.
- Blum P, 2017, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, Thèse en sociologie sous la direction de Florence Weber, ENS.
- Brossard B, 2014, *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*, Paris: Alma Éditeur, coll. « Essai sociologie », 343 p
- Bungener M, 2001, « Vivre hors les murs de l'hôpital psychiatrique : le rôle incontournable de la famille en ce début de siècle », *Sciences sociales et santé*, 19, 1, p. 107-111.
- Cacouault-Bitaud M, Oeuvarard F, 2009, *Sociologie de l'éducation*, Paris, La Découverte, series: « Repères Sociologie ».
- Coutant I, 2012, *Troubles en psychiatrie*, Paris, La Dispute.
- Cristofoli S, 2015, «L'absentéisme des élèves soumis à l'obligation scolaire. Un lien étroit avec le climat scolaire et le bien-être des élèves », *Revue Education et formations*, n°88-89.
- Demailly L., 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte, Paris.
- Douat E, 2007, « La construction de l'absentéisme scolaire comme problème de sécurité intérieure dans la France des années 1990-2000 », *Déviance et Société*, Volume 31, p. 149-171
- Dorvil H, 1990, « La maladie mentale comme problème social », dans *Service social*, Volume 39, n°2, pp 44-58
- Dubet F., 1991, *Les lycéens*, Paris, Éd. du Seuil (L'épreuve des faits), 313 p.
- Dubet F, 1998, "Les figures de la violence à l'école". In: *Revue française de pédagogie*, volume 123. La violence à l'école : approches européennes. pp. 35-45.
- Dubet, F, 2000. "L'égalité et le mérite dans l'école démocratique de masse", *L'année sociologique*, 50, 2, 383-408.
- Dubet F, Martuccelli D., 1996, *À l'école : sociologie de l'expérience scolaire*, Paris : Le Seuil.
- Dufrancatel E, 1968, « La sociologie des maladies mentales ; Tendances actuelles de la recherche et bibliographie 1950-1967 », *Sociologie contemporaine*, vol.16, n°2, p.1-198.
- Ebersold, S, 2005, *Le temps des servitudes, famille, handicap et société*, Rennes, PUR.
- Ebersold S, 2012, *Les transitions vers l'enseignement tertiaire et vers l'emploi des jeunes adultes handicapés*, OECD, Paris.
- Ehrenberg A, 2000, *La fatigue d'être soi ; Dépression et société*, Odile Jacob.
- Ehrenberg A, 2008, « L'ordinaire de la psychiatrie : une sociologie des relations entre patients et professionnels », dans Velpy, *Le quotidien de la psychiatrie, une sociologie des relations entre patients et professionnels*, Armand Colin.

- Elias N., 2004, *La société des individus* (1ère éd. en allemand, 1939/1987), Paris, Pocket (Agora), 320 p.
- Ernoult A, Le Grand-Séville C, 2010, Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie : Quels vécus ? Quels besoins ? Quelles violences ? Quels soutiens ?, Paris.
- Escaig B., 2009, « Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, pp. 83-93.
- Galland O, 2007, *Sociologie de la jeunesse*, Paris: Armand Colin
- Gaviria S., 2005, *Quitter ses parents : devenir adulte, en Espagne et en France, un processus divergent*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Le sens social), 297 p.
- Giordano G, 2016, « Le handicap psychique des adultes à l'épreuve de l'action publique », dans Boucherat-Hue V, Leguay D, Pachoud B (et al), *Handicap psychique : questions vives*, Erès.
- Glasman D, Ouevrard F, (dir.), 2011, *La déscolarisation*, La Dispute, Paris.
- Goffman E, 1975, *Stigmates ; les usages sociaux du handicap*, Paris, Editions de Minuit.
- Jaeger M, 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod.
- Le Breton D, 2007, *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Paris: Métailié, 362p.
- Lignier W, 2012, *La petite noblesse de l'intelligence : une sociologie des enfants surdoués*, Paris, la Découverte, 360 p.
- Lovell A, 2003, *Etat des lieux de la recherche en sociologie et anthropologie des maladies mentales et de la santé mentale*, Rapport DGS-MiRe, Cesames, Paris
- Lovell A, 2010, « Santé mentale », dans Fassin D, Hauray B, *Santé Publique, l'état des savoirs*, La découverte.
- Martin C., 2007, « Des effets du divorce et du non-divorce sur les enfants », *Recherches et Prévisions*, n°89, p. 9-19.
- Martin, C. 2016, « À quelles conditions peut-on penser le divorce comme un risque ? », *Population* 2016/3 (Vol. 71), p. 540-542.
- Martuccelli D, 2006, *Forgé par l'épreuve ; L'individu dans la France contemporaine*, Armand Colin.
- Mauger Gérard, « Jeunesse : l'âge des classements ; Essai de définition sociologique d'un âge de la vie » Dans *Recherches et Prévisions*, n°40, juin 1995. Jeunesse : le plus bel âge de la vie ? pp. 19-36.
- Millet M., Thin D., 2005, *Ruptures scolaires : l'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, PUF (Le lien social), 318 p.
- Muniglia V., 2015, *Devenir adulte quand le soutien familial fait défaut. Sociologie d'une jeunesse vulnérable*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, 475 p.
- Muniglia V., Thalineau A., 2012, « Insertion professionnelle et sociale des jeunes vulnérables. Les conseillers de mission locale entre adaptation et tensions », *Politiques sociales et familiales*, 108, p. 73-82.
- Neyrand G (dir.), 2006, *Faut-il avoir peur de nos enfants ? Politiques sécuritaires et enfance*, Paris, La Découverte.
- Parron A, Sicot F, 2009 « Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l'autonomie », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, p. 187-203.
- Parron A, 2011, *Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques. Enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients*, Thèse de sociologie sous la direction de François Sicot, Université Toulouse 2 Le Mirail.

Parron A, 2014, « Les compétences familiales requises dans les relations avec les professionnels face au jeune adulte souffrant de maladie psychique », dans Pennec S, Le Borgne-uguen F, Douguet F, *Les négociations du soin ; les professionnels, les malades et leurs proches*, PUR.

Périer P, 2004, « Adolescents populaires et socialisation scolaire : les épreuves relationnelles et identitaires du rapport pédagogique », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 33/2.

Perrenoud, Ph., 1996, *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Paris: ESF.

Peugny C, Van de Velde C, 2013, « Repenser les inégalités entre générations », *Revue française de sociologie*, 54, 4, p. 641.

Siblot, Y., Cartier, M., Coutant, I., Masclet, O. (dirs.), 2015, *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris, Armand Colin (Collection U : sociologie), 363 p.

Sicot F, 2001, *Maladie mentale et pauvreté*, L'Harmattan, Coll Logiques Sociales.

Sicot F, 2005, « Intégration scolaire, le handicap social a-t-il disparu ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 273-293.

Sicot F, 2006, « La psychologisation rampante de la question sociale », in Beaud S., (dir.) *La France invisible*, Paris, La Découverte, pp. 618-631.

Sicot F, 2011, « La scolarisation dans les dispositifs atypiques », dans Glasman D., Oeuvarard F, (dir.), 2011, *La déscolarisation*, La Dispute, Paris.

Thin D, Millet M, 2005, *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*, PUF, Paris.

Van de Velde C, 2008, *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, PUF, Paris.

Velpry L, 2008, *Le quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin

Warin P, 2016, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, coll. « Libres cours-politique ».

Weber F., 2012, « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 6, 4, p. 326-339.

Weber F., Delbecq J., Plaisance E., (2012) « Éditorial », *Alter : Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, vol. 6, 4, pp. 239-24

Weber F, 2016, "Introduction: Mental, cognitif ou psychique?", Dans Boucherat-Hue V, Leguay D, Pachoud B (et al), *Handicap psychique : questions vives*, Erès.

Rapports

Fondation Pierre-Denicker / IPSOS, 2016, "La santé mentale des jeunes en France". Résultats de sondage IPSOS.

Inserm (dir.), 2002, *Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, XXII- 887 p.

Inserm (dir.), 2005, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, XIV- 428 p.

Inspection Générale des Affaires Sociales, 2004, "Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques"

Jourdain-Menninger D, Strohl-Mafesoli H, 2004, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, IGAS.

Haut Comité de la Santé Publique, 2000, " La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes"

Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 2017, "Regards sur l'éducation", Les indicateurs de l'OCDE.

Piveteau D, Acef S, Debrant F-X, Jaffre D, Perrin A, 2014, Ministère des affaires sociales et de la santé. Paris. FRA / éd. "Zéro sans solution" : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches; p. 2vol. (96 ; 55p.).