



THÈSE

En vue de l'obtention du
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par
Sylvie MALINOWSKI

Le 18 mai 2021

Souffrances des jeunes et maisons des adolescents
Construction d'un problème public, mise en œuvre d'une réponse locale
et expériences juvéniles

Ecole doctorale : **TESC - Temps, Espaces, Sociétés, Cultures**

Spécialité : **Sociologie**

Unité de recherche :

LISST - Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires

Thèse dirigée par
François SICOT

Jury

Mme Isabelle Coutant, Rapporteur
Mme Patricia Loncle-Moriceau, Rapporteur
M. Serge Paugam, Examineur
M. François Sicot, Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

L'occasion m'est ici donnée de dire mon profond respect et d'adresser ma plus grande gratitude au professeur François SICOT, qui a accepté de diriger cette thèse. Sans son pari initial d'encadrer une professionnelle issue de la formation continue, sans sa patience, ses relectures et ses conseils scientifiques, rien n'aurait été possible.

Pour m'avoir permis d'engager un parcours doctoral, je remercie vivement le président du conseil départemental Monsieur Georges MÉRIC, le conseiller départemental chargé du personnel Monsieur Sébastien VINCINI, le directeur général des services Monsieur Bertrand LOOSES, ainsi que la direction des ressources humaines et en particulier le service formation, Madame Céline FARGE, Monsieur Mathieu MARQUIÉ et mes interlocutrices privilégiées, Mesdames Marie-Pierre AIMÉ et Sylvie SIEURAC, qui ont réussi à trouver des solutions techniques et d'organisation pour me permettre de mener la thèse dans d'excellentes conditions.

Je veux également souligner le rôle essentiel de Madame Françoise QUINTILLA, cheffe de service qui m'a apporté son appui et sa confiance depuis le début de ma formation universitaire, ainsi que tous mes anciens collègues et amis de l'équipe de l'aide sociale à l'enfance, qui ont soutenu ma reprise d'étude alors même que mes absences répétées ne facilitaient pas leur exercice de cette difficile mais si belle mission : Agnès, Babeth, Amélie, Christine, Christian, Chrystel, Hayat, Jacqueline, Laetitia, Marylin, Nathalie, Sabine, Véronique et tous les autres.

De façon encore plus appuyée et avec amitié, je tiens à remercier vivement tous les professionnels de la maison des adolescents.

Madame Janine ALMON, qui m'a ouvert les portes de ce dispositif et permis de participer à sa vie partenariale, ainsi que les cheffes de service qui lui ont succédé et les directrices, qui ont permis que tout reste possible.

Évidemment, mes pensées vont essentiellement vers toute l'équipe : Alice, Amédée, Anne, Antoine, Béatrice, Caroline, Céline, Dominique, Émilie, Florence, Isabelle, Laury, Marie-Pierre, Mélanie, Nicolas, Stéphanie, Véronique, Yann, qui ont partagé avec moi leur vie professionnelle quotidienne pendant plus de trois ans, répondu à mes multiples interrogations, partagé leurs questionnements et leurs analyses. Je veux dire ici combien j'ai apprécié ce quotidien passé à leurs côtés et que je n'oublie pas les repas partagés, les rires, les chansons et tous ces moments qui permettent de tenir bon malgré les difficultés.

Je remercie également les professionnels du département qui ont accepté de partager leurs expériences et les représentants des autres maisons des adolescents de la région et de l'association nationale, qui m'ont intégrée à leurs échanges et réflexions.

Dans le quotidien de la recherche, j'ai pu m'appuyer sur toute l'équipe du laboratoire LISST-CERS, des chercheurs aux doctorants, qui chacun à leur manière ont contribué à mon évolution du travail social vers la sociologie et donné à ces longues années de nombreux épisodes de détente et de partage qui rendent tout plus facile. Je pense en particulier à Audrey, Bastien, Aurore, Béatrice, Caroline, Caterina, Cécile, Claire, Constance, Delphine, Émilie, Fabien, Florent, Guillaume, Johann, Laurent, Lise, Lydie, Michel, Marie, Morgane, Najla, Natacha, Sébastien, Simon, Thomas, Valentine, Véronique.

Pour finaliser ce travail et affronter les multiples difficultés du doctorat, il faut bien sûr être accompagné de nombreux soutiens. Je remercie donc la famille et les amis, tout particulièrement Cécile, Christelle, Delphine, Marie, Matthias, Matthieu, Nathalie, Pauline et Stéphanie pour leurs encouragements et leur capacité à me faire aussi penser à autre chose qu'au travail, Christophe, Karine et Marion pour leurs relectures attentives, leurs corrections et leurs commentaires, Véronique et Alice, pour avoir partagé leurs connaissances, facilité le recueil des données et soutenu la rédaction de la thèse, ainsi que Constance, Morgane et Valentine pour leurs critiques scientifiques, leur pédagogie et leur aide précieuse.

Enfin, je remercie évidemment les membres du jury pour leur intérêt pour ce travail, qu'ils ont accepté de lire, d'évaluer et de discuter.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
---------------------------	---

PARTIE I

Problématisation de la souffrance des jeunes
et de sa prise en charge dans un espace concurrentiel

Introduction	21
---------------------------	----

CHAPITRE 1

Construction d'un problème public et agencements locaux de la prise en charge	31
--	----

CHAPITRE 2

Définition de la (bonne) prise en charge de la souffrance des jeunes dans un espace concurrentiel	66
--	----

Conclusion de la première partie	112
---	-----

PARTIE II

Construction du public de la MDA à partir de la définition
locale de la souffrance et des pratiques d'orientation

Introduction	119
---------------------------	-----

CHAPITRE 3

Traduction du programme public dans un contexte concurrentiel, entre acteurs multiples et déjà engagés	132
---	-----

CHAPITRE 4

Orientation vers la MDA de jeunes en souffrance qui ne relèvent de personne	163
--	-----

Conclusion de la deuxième partie	202
---	-----

PARTIE III**Expériences psychiques, physiques et sociales
de la souffrance à la MDA****Introduction** 205**CHAPITRE 5**

La souffrance comme objet de recherche 230

CHAPITRE 6Souffrances psychiques
et apprentissage de la régulation des émotions 243**CHAPITRE 7**Souffrances physiques
et corporéité des expériences juvéniles 266**CHAPITRE 8**Souffrances sociales :
trouver sa place et s'affilier au monde 301**CHAPITRE 9**

Typologie des expériences juvéniles de la souffrance à la MDA 381

Conclusion de la troisième partie 396**CONCLUSION** 399**BIBLIOGRAPHIE** 411**ANNEXES** 425**TABLE DES MATIÈRES** 435

Liste des figures

Liste des tables

INTRODUCTION

Déprime des jeunes, mal-être des lycéens, souffrance psychique des adolescents, détresse psychologique des étudiants, ces formules font régulièrement la une de la presse ces derniers mois. Le langage de la souffrance est mobilisé par les médias, par les professionnels qui interviennent auprès de ces adolescents et jeunes adultes, par les représentants de l'État quand les politiques publiques visent à protéger la jeunesse des risques de dépression, de suicide et autres troubles mentaux et comportementaux qui la menacent, par les familles qui s'inquiètent des conséquences pour l'avenir, par les adolescents et les jeunes adultes eux-mêmes pour décrire leurs expériences négatives voire insupportables du quotidien.

La sociologie a déjà montré que le registre de la souffrance s'est largement diffusé dans les arènes publiques depuis plusieurs décennies avant de s'institutionnaliser dans les politiques publiques de santé, du travail, de l'action sociale puis de la santé mentale et de la jeunesse.

Au-delà d'une approche constructiviste, le projet de cette recherche s'inscrit dans la prise en compte des diagnostics politiques et professionnels qui soulignent l'augmentation des récits de souffrance par les jeunes pris en charge dans les dispositifs traditionnels de la jeunesse. Des représentants de l'État aux élus et techniciens des collectivités locales, des conseillers d'insertion des missions locales aux enseignants des collèges et lycées, des travailleurs sociaux de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse aux professionnels du psychisme de la psychiatrie infanto-juvénile, de nombreux acteurs, à différentes échelles de territoire et de décision, sont ainsi préoccupés par la souffrance des jeunes et considèrent qu'elle doit être mieux prise en charge.

Comment l'action publique s'est-elle saisie du thème de la souffrance des jeunes formulé en termes de problème ? Quels processus définitionnels ont organisé la création de dispositifs dédiés à sa prise en charge sur les territoires ? Quelles sont ces expériences de la souffrance qui amènent les jeunes et leurs familles à demander de l'aide à des professionnels ? Ces trois questions organisent la réflexion et les argumentations tout au long de la thèse.

Évolutions du projet de recherche

Il faut d'emblée souligner que les questionnements de recherche ont suivi les évolutions de son auteure. Professionnelle du travail social depuis une vingtaine d'années, directement impliquée dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes aux trajectoires biographiques marquées par la violence des interactions, la faiblesse des appuis sociaux, les inégalités sociales de santé, les expériences du mépris social ou l'incertitude de l'avenir, nous nous sommes engagée avec l'appui de la collectivité départementale qui nous emploie dans un parcours universitaire en sociologie depuis plusieurs années.

La thèse a ainsi été rendue possible par le croisement de trois dimensions :

- notre volonté initiale de poursuivre l'apprentissage du métier de chercheur ¹ ;
- la pérennisation du soutien à ce parcours universitaire par le directeur de la recherche, les responsables administratifs et les élus de la collectivité départementale ;
- l'opportunité d'un terrain de recherche pour un doctorat dans un service de la collectivité : la maison départementale des adolescents, dont l'équipe de direction et les professionnels ont rapidement considéré l'intégration d'une apprentie chercheur/ex-praticienne dans leur quotidien comme une chance.

Dispositif labellisé par l'action publique de santé, la maison des adolescents nous est rapidement apparue comme un lieu de prise en charge dédié à la souffrance des jeunes, relativement méconnu des autres professionnels des organisations traditionnellement concernées par la jeunesse, pourtant récemment promu par les représen-

1 Débuté par un travail mené en master professionnel en sociologie auprès d'adolescents et de jeunes majeurs dits « incasables » de la protection de l'enfance, dans l'objectif de comprendre les effets de leurs comportements violents sur leurs expériences de placement (caractérisées par des changements récurrents de lieu de vie et le cumul des prises en charge éducatives, judiciaires, médico-sociales, sanitaires et sociales)

tants de l'État² et très sollicité par les jeunes. Ces derniers y viennent nombreux chaque année³ rencontrer des travailleurs socioéducatifs et des professionnels du psychisme pour parler de leurs émotions envahissantes, de leur perte du goût de vivre, de leur rapport difficile à leur corps, de leur solitude, de leurs expériences de l'échec scolaire ou des interactions dépréciatives et de leurs craintes pour l'avenir.

Les premiers mois sur le terrain – passés à observer l'accueil de ces jeunes à la maison des adolescents, à assister aux échanges entre les professionnels quand ils analysent leurs situations et proposent des prises en charge, à compiler les dossiers individuels retranscrivant les discours des jeunes et de leurs familles et les différentes étapes de l'accompagnement à la maison des adolescents – ont permis de mieux comprendre l'offre proposée par ce dispositif, de faire émerger de multiples questions et de guider nos premières lectures.

Quelles sont les connaissances disponibles relatives à la santé des jeunes et plus précisément à leur santé mentale? Quelles logiques organisent l'élaboration des politiques publiques en direction de la jeunesse et quels processus guident leur traduction à l'échelle des territoires? Comment la sociologie se saisit-elle des questions relatives au psychisme et à la subjectivité et comment la sociologie de la jeunesse prend-elle en compte les expériences juvéniles de la souffrance?

Dans un premier temps en effet, la construction de l'objet de la recherche s'est nécessairement confrontée, d'une part, à notre connaissance alors limitée de la littérature scientifique et, d'autre part, à nos catégories professionnelles et à la formulation initiale de nos questions et hypothèses, influencées par notre position d'ex-praticienne.

Ce long processus de familiarisation avec les données et les problématiques de la recherche visait donc à progresser de nos questions sociales vers un questionnement sociologique.

² Le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, lancé par le Président HOLLANDE le 29 novembre 2016 en présence des ministres des Affaires sociales et de la Santé, de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes et de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, en même temps que l'actualisation du cahier des charges des maisons des adolescents annexé à une circulaire interministérielle, définit les maisons des adolescents comme un « *pilier* » [p.11] de la stratégie nationale

³ Chaque année, à l'échelle du département, la maison des adolescents prend en charge plus de mille jeunes et à l'échelle nationale, les maisons des adolescents accompagnent 85 000 jeunes
Sources : rapports d'activités de la maison des adolescents locale ; COTTIN Patrick, FUSEAU Alain, Bronsard Guillaume, MORO Marie-Rose, « Maisons des adolescents, 20 ans déjà ! », *La revue du praticien*, vol.70, octobre 2020

La principale difficulté a alors relevé de la délimitation du champ de la recherche et de la définition d'un modèle théorique pour analyser les expériences juvéniles de la souffrance. Néophyte et curieuse, nos lectures ont ainsi croisé :

- la sociologie de l'action publique et notre intérêt pour la mise à l'agenda politique de la souffrance des jeunes, la définition dynamique d'un label et de son public-cible ;
- la sociologie de la santé et nos préoccupations relatives à l'accès aux soins par les jeunes, aux dispositifs de prise en charge et aux pratiques de soin en santé mentale ;
- la sociologie de la déviance et nos constats de la multitude des discours sur les conduites juvéniles considérées « à risque » ;
- la sociologie de la jeunesse et notre découverte d'un public ni très pauvre ni très riche, ni tout à fait marginal ni vraiment malade, rarement maltraité et exceptionnellement délinquant, formulant explicitement des demandes d'aide à la maison des adolescents pour affronter des problèmes très diversifiés.

Progressivement, c'est précisément à partir des usages du répertoire de la souffrance et du mal-être que ces questions se sont articulées. Utilisée dans les textes de l'action publique en direction de la jeunesse, dans les discours des acteurs du département et des professionnels de la maison des adolescents, ainsi que dans la littérature sociologique, la notion de souffrance permet de croiser plusieurs axes de recherche et de reformuler nos questions initiales.

Nous considérons ainsi que les discours publics sont un objet sociologique pertinent [FASSIN, 2000 ; 2004, p.7]. En participant à la manière de penser et de prendre en compte les problèmes publics, la production d'énoncés produit des effets sociaux, désigne des publics-cibles, conditionne les pratiques des professionnels de la prise en charge, qualifie les expériences et influence en retour la manière dont les individus concernés formulent les récits de ces expériences et leurs éventuelles demandes d'aide.

La thèse vise alors à éclairer la production d'énoncés sur l'expérience juvénile de la souffrance, en considérant ces discours comme des faits qui méritent l'attention.

D'une part, à l'échelle de l'action publique, ils donnent accès aux représentations de la souffrance juvénile dans les espaces où la définition de cette souffrance et de sa (bonne) prise en charge se négocient.

Quelles représentations de la jeunesse sont véhiculées dans les discours publics qui formulent le problème de la souffrance et les réponses à lui apporter ? Comment les acteurs engagés dans le débat public ont-ils négocié leur identité, leur légitimité

et leurs intérêts dans ces processus définitionnels ? Comment l'action publique de santé est-elle parvenue à reconfigurer le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse en labellisant un dispositif dédié à la prise en charge de la souffrance ?

D'autre part, à l'échelle de la maison départementale des adolescents, les discours sur la souffrance mettent en exergue les oppositions et les alliances entre les organisations de la jeunesse⁴ et participent à la construction de l'offre proposée et du public du dispositif.

Comment les acteurs de la jeunesse dans le département s'adaptent-ils, résistent-ils ou s'appuient-ils sur la dimension performative des énoncés du programme public défini à l'échelle nationale ? Quels enjeux politiques, techniques ou interactionnels ont sous-tendu la participation des uns et des autres à la redéfinition locale de la souffrance des jeunes et de leurs besoins supposés de prise en charge, dans le processus de création de la maison des adolescents ? Comment ont-ils négocié leurs missions et leurs publics-cibles pour organiser les modalités de cette offre de prise en charge ? Quelles catégorisations de la souffrance sont en jeu dans les pratiques professionnelles de tri des publics et d'orientation vers ce dispositif ?

Enfin, à l'échelle des situations individuelles des adolescents et des jeunes adultes concernés par la souffrance, les discours éclairent les expériences négatives voire insupportables vécues au quotidien.

Quelles expériences sont interprétées par les jeunes, leurs familles et les professionnels qui interviennent auprès d'eux comme des expériences de la souffrance ? Quelles dimensions de ces expériences sont à ce point négatives voire insupportables qu'elles conduisent des jeunes à solliciter des professionnels socioéducatifs et des professionnels du psychisme ? Que nous apprennent les demandes d'aide formulées à la maison des adolescents sur les expériences juvéniles contemporaines ? Comment le vocabulaire de la souffrance est-il mobilisé dans les interactions entre les jeunes et les professionnels du dispositif ? Que dit-il des évolutions des mondes traversés par les jeunes au quotidien, en particulier la famille et l'école ? Quelles tensions, incertitudes ou injonctions sociales retentissent sur la vie psychique et les corps de ces jeunes en étant formulées en termes de douleur et de mal-être ?

⁴ Tout au long de la thèse, le terme « organisations » ou la formule « organisations de la jeunesse » sont utilisés – quand il est question de groupes d'acteurs et toujours au pluriel – pour désigner les administrations, les associations, les collectivités locales, les établissements publics ou tout dispositif concerné par la jeunesse et la santé mentale

C'est à ces questions que la thèse ambitionne de répondre.

Nous cherchons alors à comprendre la souffrance des jeunes – ou plus précisément les usages du langage de la souffrance pour qualifier des expériences juvéniles – à partir de plusieurs échelles de réflexion :

- la première partie de la thèse analyse ces usages de la notion de souffrance dans les débats publics et dans les textes des politiques publiques en faveur de la jeunesse ;
- la deuxième partie s'intéresse à la place des représentations de la souffrance des jeunes dans la construction départementale du public de la maison des adolescents ;
- la troisième partie s'attache à comprendre le contenu des expériences de la souffrance effectivement prises en charge par ce dispositif.

Ainsi, nous ne nous satisfaisons pas de la seule perspective constructiviste, souvent privilégiée dans les analyses sociologiques de la souffrance. Il s'agit aussi de comprendre ce qui se joue dans ces expériences juvéniles qualifiées de souffrantes, sans considérer non plus la souffrance des jeunes comme une réalité indépendante de son contexte sociétal et des représentations sociales contemporaines.

Nous voulons saisir à la fois les évolutions du discours public et la construction sociale de la souffrance des jeunes comme un problème public – participant à l'essor des situations de jeunes considérés en souffrance ou décrivant eux-mêmes leurs expériences négatives en termes de souffrance, en parallèle de la multiplication des dispositifs d'écoute et de prise en charge – et la diversité de ces expériences vécues, agglomérées dans la catégorie des souffrances juvéniles.

La thèse tente donc d'appréhender la souffrance des jeunes en conciliant son caractère socialement construit et sa dimension expérientielle, au croisement de la subjectivité, de la corporéité et des contraintes sociales vécues par les adolescents et les jeunes adultes qui fréquentent un dispositif dédié à leur prise en charge.

Ce faisant et non sans difficulté, nous détournons en quelque sorte un objet prisé par les disciplines du psychisme – l'expérience personnelle et intime de la souffrance faisant l'objet de nombreux travaux en psychologie ou en psychiatrie – en considérant que la sociologie est légitime pour en proposer une analyse.

Il n'est d'ailleurs pas anodin que l'un des seuls ouvrages qui traite spécifiquement de l'expérience juvénile de la souffrance sous l'angle des sciences sociales soit celui de David LE BRETON [2007], sociologue et anthropologue initialement diplômé en psychologie. Ses analyses (discutées dans la troisième partie de la thèse) croisent de manière relativement indistincte ces trois disciplines et positionne cet ouvrage davan-

tage comme un essai, mobilisant les travaux précédents de l'auteur sur la condition juvénile, les corps et les pratiques considérées « à risque » que comme une étude sociologique rigoureuse de l'expérience de la souffrance.

Pour analyser ces expériences, nous nous appuyons quant à nous sur la conceptualisation de la souffrance sociale construite par Emmanuel RENAULT [2008] dans son ouvrage éponyme. Nous nous intéressons évidemment, pour les discuter, aux seuls travaux sociologiques consacrés aux dimensions juvéniles de l'expérience de la souffrance, menés par David LE BRETON [2007] et Serge PAUGAM [2014]⁵. En outre, les multiples travaux traitant d'une caractéristique ou de l'autre des expériences juvéniles associées à la souffrance sont également susceptibles d'être mobilisés pour éclairer quelques résultats.

Notre objectif est ainsi d'analyser sociologiquement la souffrance des jeunes. Même si nous utilisons le même registre lexical que les politiques publiques, les professionnels en contact direct avec les jeunes et la recherche en psychologie ou en psychiatrie et même si nous nous intéressons à la dimension individuelle et émotionnelle des expériences juvéniles de la souffrance, nous nous inscrivons résolument dans une démarche sociologique.

Ainsi, nous soulignons les évolutions sociohistoriques du discours public⁶ pour définir la souffrance des jeunes et les modalités de sa prise en charge, nous nous intéressons aux interactions entre les acteurs de la jeunesse qui participent à la construction du public de la maison départementale des adolescents et nous recherchons des grandes tendances parmi les expériences chaque fois singulières des adolescents et des jeunes adultes confrontés à la souffrance qui fréquentent ce dispositif.

Les méthodes mobilisées – analyse lexicométrique, travail sur archives, observation des professionnels en contexte, entretiens semi-directifs et traitements statistiques des données recueillies dans les dossiers des jeunes pris en charge à la maison des adolescents – sont présentées en introduction de chaque partie de la thèse.

⁵ Tout au long de la thèse, la référence bibliographique sous la forme [PAUGAM, 2014] renvoie aux analyses menées par Serge PAUGAM dans l'enquête : UNICEF France, *Écoutons ce que nos enfants ont à nous dire. Adolescents en France : le grand malaise, Consultation nationale des 6/18 ans*, 2014

⁶ Pour cette recherche, la notion de « discours public » désigne l'ensemble des prises de parole dans les arènes publiques, mais aussi les textes législatifs et réglementaires ou les rapports de missions nationales. Le discours public concerne ainsi à la fois des propos retranscrits et des écrits, qui visent tous à définir les objectifs de l'action publique et à encadrer sa mise en œuvre

Notre attention est le plus souvent portée sur les pratiques discursives, pendant les échanges ou les débats entre les acteurs ou dans les retranscriptions par les professionnels de la maison des adolescents de leurs interactions avec les jeunes.

Notons que le choix de recourir à une méthodologie essentiellement quantitative relève de notre objet de recherche et des matériaux accessibles, mais il permet également de mettre le plus à distance possible notre expérience de praticienne dans les interactions avec des jeunes en souffrance et nos catégorisations professionnelles des pratiques de recours à l'offre de prise en charge.

Le terrain de la recherche

Les maisons des adolescents, labellisées par le ministère en charge de la Santé au milieu des années 2000, aujourd'hui établies dans chaque département du territoire national, sont spécifiquement destinées à accueillir, écouter, repérer, évaluer, soutenir, accompagner, orienter, prendre en charge le mal-être et la souffrance des adolescents et des jeunes adultes [Cahier des charges des maisons des adolescents, 2016 ; Plan bien-être et santé des jeunes, 2016]. Systématiquement pluridisciplinaires et pluripartenariales, elles sont ouvertes à tous les jeunes âgés de 11 à 21 ans qui le souhaitent et à leurs familles.

Les débats publics relatifs à la construction de l'offre qui doit être proposée par les maisons des adolescents sont heuristiques pour saisir les représentations et les catégorisations de la souffrance des jeunes et de sa (bonne) prise en charge.

En portant l'attention sur le contenu et la structuration du discours, la thèse se propose ainsi de contribuer aux analyses de l'essor du thème de la santé et du langage la souffrance dans les politiques publiques en direction de la jeunesse [BOULIN, 2017, p.19 ; GÉNOLINI, PERRIN, 2016 ; LONCLE, 2012].

Parallèlement, notre participation à l'activité quotidienne d'une maison des adolescents, au moins deux jours par semaine pendant plus de trois ans, permet non seulement de mesurer les négociations, les oppositions et les adaptations locales associées à la mise en œuvre d'un programme public national, mais aussi d'accéder indirectement aux expériences juvéniles de la souffrance qui y sont effectivement prises en charge.

Une originalité de la thèse concerne alors, non pas les difficultés d'entrée sur le terrain, mais au contraire l'accès facilité à une multitude de données susceptibles d'être

utiles à la recherche, ce qui a nécessité la construction de corpus pour les analyser. Notre inscription au sein de l'équipe a ainsi permis :

- l'observation de l'accueil des jeunes en souffrance (systématiques sur une période d'un mois), des réunions pluridisciplinaires de l'équipe qui construit collectivement les prises en charge (une quarantaine de demi-journées de réunions, relatives en moyenne à trois ou quatre jeunes), de leurs interactions avec les autres acteurs de la jeunesse pour organiser les pratiques de tri et d'orientation de leurs publics respectifs (une trentaine de réunions), de leurs échanges avec les autres maisons des adolescents à l'échelle nationale (assemblées générales, journées nationales) ou régionale (une quinzaine de réunions) ;
- la rencontre des représentants d'autres organisations locales de la jeunesse, partenaires de la maison des adolescents ou de la collectivité départementale (vingt-cinq entretiens semi-directifs avec des professionnels, une quinzaine de réunions avec des responsables lors de diverses instances de travail ou comités de pilotage) ;
- l'accès aux archives de la maison des adolescents ;
- la consultation sans restriction des dossiers individuels des jeunes pris en charge.

Notons que notre grande proximité avec les professionnels du dispositif – en tant qu'ancienne collègue partageant leur quotidien – a orienté la construction du projet de recherche.

Ainsi, la maison départementale des adolescents n'est pas considérée comme l'objet de la recherche. Nous avons annoncé d'emblée – ce qui a facilité notre accès aux données – que nous ne voulions pas analyser les pratiques de son équipe ni l'organisation de son activité⁷.

Nos analyses de son histoire, des représentations qu'elle suscite ou de ses évolutions servent à comprendre la construction de son public et à contextualiser l'étude des expériences juvéniles de la souffrance qu'elle prend en charge.

Par ailleurs, le public de la recherche étant déterminé par celui du dispositif, nous retenons les mêmes limites d'âge que celles de la maison des adolescents.

Ce regroupement d'individus à partir des seuls critères de l'âge et de la fréquentation du dispositif, sans oublier qu'ils sont susceptibles de vivre des épreuves variées dans des contextes sociaux hétérogènes, permet d'éviter la difficulté inhérente à la

⁷ Pour une analyse de ce que font les maisons des adolescents, notamment en termes des effets sur les institutions et leurs publics, voir : COUTANT, EIDELIMAN, 2013

définition des seuils de l'adolescence ou de la jeunesse⁸. Nous ne tranchons donc pas entre les diverses propositions sociologiques pour définir ces périodes inscrites dans le cycle des générations, dépendantes de critères physiologiques, souvent appréhendées en termes de niveaux d'autonomie ou d'indépendance et éventuellement caractérisées par leurs pratiques culturelles [JEFFREY, LACHANCE *et al.*, 2016 ; VAN DE VELDE, 2015, cités dans BOULIN, 2017, pp.7-9 ; GALLAND, 2001, 2011 [1^{re} édition 1991] ; METTON, 2010 ; DE SINGLY, 2000 ; ZAFFRAN, 2010]. Nous désignons alors le public de la maison des adolescents avec la formule « adolescents et jeunes adultes », utilisant éventuellement le terme « adolescent » pour désigner les plus jeunes et celui de « jeune adulte » pour les plus âgés.

Ainsi, les expériences de la souffrance analysées ne sont pas représentatives de toutes les souffrances juvéniles contemporaines ni caractéristiques de contextes sociaux particuliers. Il s'agit exclusivement des expériences négatives, vécues par des adolescents et des jeunes adultes âgés de 11 à 21 ans, interprétées (par les jeunes eux-mêmes, leur famille ou les professionnels qui les connaissent) comme devant faire l'objet d'une prise en charge à la maison départementale des adolescents.

Le périmètre du programme maisons des adolescents et celui du public du dispositif qui accueille la recherche permettent alors de définir deux axes qui s'articulent entre eux pour guider la réflexion et les analyses :

- d'une part, la construction de la souffrance des jeunes comme un problème de santé publique auquel les maisons des adolescents sont appelées à répondre ;
- d'autre part, la compréhension des expériences juvéniles de la souffrance prises en charge dans une maison des adolescents.

La thèse s'inscrit donc à la fois dans la sociologie de l'action publique et la sociologie de la jeunesse. Elle interroge la définition de la souffrance des jeunes dans le discours public et les besoins supposés de prise en charge et analyse les pratiques d'usage

⁸ Pour citer quelques exemples de l'éventail des possibles : l'âge de début de la puberté est souvent situé à 11 ou 12 ans, l'âge de conduire une mobylette ou de travailler pendant les vacances scolaires est fixé à 14 ans, l'âge du droit d'avoir des relations sexuelles avec une personne majeure est fixé à 15 ans, l'âge de la fin de la scolarité obligatoire ou de la possibilité d'être émancipé est fixé à 16 ans (qui constitue par exemple la limite réglementaire pour le commencement du service civique et des prises en charge à la mission locale ou en psychiatrie générale), l'âge d'être volontaire dans les armées ou d'être animateur à 17 ans, l'âge de la majorité civile et du droit de conduire seul, de voter, de fumer ou de boire de l'alcool à 18 ans, l'âge de l'accès à l'allocation aux adultes handicapés à 20 ans, l'âge de la fin des prises en charge pour les jeunes majeurs de l'aide sociale à l'enfance à 21 ans, l'âge de l'accès au revenu de solidarité active à 25 ans (qui constitue également la limite pour la fin du service civique et des prises en charge en mission locale)

de l'offre proposée, à partir des demandes effectivement formulées par les jeunes eux-mêmes, leur famille ou les professionnels qu'ils rencontrent dans leur quotidien.

Plan de la thèse

La première partie analyse les discours publics sur la souffrance des jeunes et les modalités attendues de sa prise en charge, à partir des prises de parole dans les arènes publiques et les espaces plus discrets de la négociation dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, ainsi que des textes règlementaires et des rapports de missions nationales.

▷ Le premier chapitre montre que la souffrance des jeunes – comme pour la population générale – s'est progressivement construite comme un problème public de santé mentale.

Depuis les années 2000, la souffrance des jeunes devient un thème sensible, son répertoire lexical s'impose dans les médias et les espaces politiques de débat pour souligner les limites de l'offre existante, son caractère flou et polysémique permet de fédérer les multiples acteurs qui interviennent en direction des adolescents et des jeunes adultes, à toutes les échelles de territoire.

Le développement de l'offre de prise en charge proposée par les maisons des adolescents se présente alors comme une solution au problème posé par cette souffrance.

▷ Le deuxième chapitre s'intéresse aux processus de définition de la (bonne) prise en charge de la souffrance des jeunes.

L'analyse lexicométrique du programme public maisons des adolescents permet d'accéder aux représentations des acteurs et aux thématiques qui structurent non seulement les débats, mais aussi les alliances et les oppositions entre les organisations de la jeunesse concernées.

Pour comprendre les expériences juvéniles de la souffrance effectivement prises en charge dans la maison des adolescents qui sert de terrain à cette recherche, la deuxième partie de la thèse s'attache à décrire le processus de traduction locale du programme public.

L'analyse de ses archives, des discours des professionnels et des pratiques de recours au dispositif révèle les adaptations du dispositif au contexte départemental de l'offre de prise en charge existante et ses spécificités, qui participent à la construction de son public.

▷ Le troisième chapitre analyse ainsi les processus locaux de définition des besoins supposés pour les jeunes en souffrance et de construction de l'offre pour les prendre en charge.

La création de cette maison des adolescents s'est inscrite dans une configuration d'acteurs nombreux, hiérarchisés et en concurrence, à la fois engagés dans des rapports de force et volontaires pour développer des partenariats.

▷ Le quatrième chapitre montre que, en accord avec les préconisations du programme public, la maison des adolescents propose une offre mixte, intermédiaire entre les prises en charge socioéducatives et sanitaires, qui répond aux demandes des jeunes en souffrance qui ne relèvent de personne.

La construction de son public et des formes des expériences juvéniles qu'elle est appelée à prendre en charge s'inscrit à la fois dans les représentations du dispositif parmi les professionnels locaux intervenant directement auprès des adolescents et des jeunes adultes dont ils repèrent et catégorisent la souffrance, dans leurs pratiques de tri et d'orientation des publics, ainsi que dans l'organisation territoriale de l'offre de prise en charge.

La troisième partie de la thèse s'intéresse alors exclusivement aux expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance, pour les jeunes qui fréquentent ce dispositif. À partir de l'analyse de trois cents dossiers, elle vise à montrer la complexité de ces expériences juvéniles, qui se caractérisent le plus souvent par le cumul de dimensions émotionnelles, corporelles et interactionnelles.

▷ Le cinquième chapitre présente l'état des lieux des travaux menés sur la souffrance comme objet de recherche en sociologie et définit le modèle conceptuel qui guide l'analyse des dossiers individuels de prise en charge de la souffrance des jeunes à la maison des adolescents.

▷ Les sixième, septième et huitième chapitres définissent et caractérisent les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance pour ces jeunes.

▷ Le neuvième et dernier chapitre propose une typologie des expériences juvéniles de la souffrance prises en charge à la maison des adolescents, à partir des analyses statistiques menées sur les données recueillies dans les dossiers individuels.

Conventions

L'ensemble de la thèse est rédigée avec le « nous de modestie », systématiquement accordé au féminin et au singulier.

Cet usage vise à souligner notre inscription dans la communauté des chercheurs qui ont travaillé sur ces questions et que nous mobilisons au fur et à mesure de nos argumentations. Il vise également à souligner le caractère collectif de ce travail, permis par notre affiliation à un laboratoire universitaire et nos multiples échanges, à la fois sur le terrain de notre recherche avec les professionnels, ainsi qu'à l'occasion de colloques ou de séminaires, qui ont progressivement structuré notre pensée et enrichi nos analyses.

Pour l'ensemble des verbatims d'entretiens avec les professionnels ou des extraits d'observations issus de notre journal de terrain, les citations sont écrites au masculin, dans l'objectif de préserver l'anonymat des propos recueillis

Pour les citations issues des dossiers des jeunes ou les vignettes, nous maintenons (ou choisissons, pour les vignettes reconstruites à partir de plusieurs dossiers) le genre des locuteurs, dans la mesure où nos analyses prennent en compte le sexe des jeunes.

Pour les énumérations et quand nous ne donnons pas d'autres précisions, elles sont systématiquement présentées dans l'ordre alphabétique ou chronologique.

L'usage de l'italique et des guillemets permet de différencier plusieurs cas de figure.

L'italique seul est utilisé :

- pour les formes lexicales non françaises (anglaises ou latines),
- pour nommer le programme public maisons des adolescents,
- quelques fois pour mettre des formes lexicales en exergue dans le corps du texte.

Les guillemets seuls sont utilisés :

- pour les formes lexicales issues du jargon professionnel ou du sens commun, souvent précédées des formes « dit » ou « considéré »,
- pour nommer des formes lexicales particulières, sur lesquels notre propos veut mettre l'accent, sans qu'il s'agisse de citations précises.

L'usage de l'italique et des guillemets est réservé aux citations (issues des matériaux que nous avons recueillis ou de documents publiés).

Les formes des références bibliographiques sont également différenciées :

- les références accessibles dans la bibliographie présentent le seul nom de l'auteur et l'année de publication (entre crochets dans le corps du texte),
- les sources ou les références intégrales en notes de bas de page (NOM, Prénom, Titre de l'article, du chapitre d'ouvrage ou de l'ouvrage, Éditeur ou titre de la revue, année de publication) ne sont pas retenues dans la bibliographie.

PARTIE I

Problématisation de la souffrance des jeunes et de sa prise en charge dans un espace concurrentiel

Introduction

La thèse s'inscrit dans l'analyse d'une politique publique de santé qui s'appuie sur une représentation de la jeunesse considérée comme un public vulnérable, confronté à de multiples risques en matière de santé, qu'il s'agit résolument de protéger. Le programme public *maisons des adolescents* cible ainsi les jeunes supposés ou effectivement en souffrance.

Lancé au début des années 2000, le programme organise le développement dans tous les départements de ces dispositifs labellisés depuis 2005¹ et désormais pilotés par les agences régionales de santé depuis 2016.

¹ Nous considérons que le label est créé dès 2005, dans la mesure où – avec la publication du premier cahier des charges associé à des financements de l'État – le ministère en charge de la Santé définit d'emblée le nom, les missions, le périmètre et le territoire d'intervention de ces dispositifs. Précisons toutefois que pour les représentants de l'État ou les professionnels des maisons des adolescents, le label n'est confirmé qu'au moment de la publication de leur deuxième cahier des charges en 2016, dans la mesure où il est alors annexé à une circulaire du Premier ministre et où la contribution financière des agences régionales en constitue désormais une preuve (voir l'appel à la labellisation dans l'annexe 6 du rapport : AMARA Fadela, NAVES Pierre, *Évaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents » (MDA)*, Rapport à l'Inspection générale des affaires sociales au ministre des Affaires sociales et de la Santé, octobre 2013, p.101)

Les maisons des adolescents ne se ressemblent pas, mais elles ont toutes en commun d'être dédiées à :

- l'accueil et à l'écoute de jeunes âgés de 11 à 21 ans qui font l'expérience de la souffrance (et/ou de leur famille et/ou des professionnels qui les connaissent) ;
- l'évaluation de leur demande ;
- la prise en charge sur une courte durée (le plus souvent six mois maximum), en orientant si nécessaire vers des services spécialisés.

En outre, toutes associent systématiquement des professionnels du monde² de la santé psychique (le plus souvent psychologues, infirmiers, psychiatres d'adolescents) et des professionnels du monde socioéducatif (le plus souvent des éducateurs spécialisés)³, qui proposent des consultations individuelles ou familiales, associées à diverses modalités d'accueils collectifs.

Les seuls critères d'accès à ces dispositifs sont l'âge et le lieu de résidence, l'accueil y est gratuit et les mineurs peuvent être pris en charge sans que les parents ne soient informés.

Au moment de la recherche, 115 maisons des adolescents sont en activité, 7 sont en projet ou en cours de restructuration, un seul département n'est pas couvert⁴.

Cette première partie montre comment la souffrance des jeunes s'est construite comme un problème public et comment les maisons des adolescents se sont progressivement imposées dans le champ de la santé mentale comme une solution pertinente à ce problème.

Le premier chapitre analyse les évolutions de l'usage de la notion de souffrance.

Même si elle est peu caractérisée, la souffrance est de plus en plus présente depuis les années 2000 dans les textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse – les textes de nature juridique, autrement dits législatifs et réglementaires (cahiers des charges, chartes, circulaires, contrats cadres de partenariat, instructions, lois, plans,

2 Tout au long de la thèse, le terme « monde » est utilisé pour désigner des univers professionnels (le monde de la santé ou le monde socioéducatif) ou des espaces sociaux traversés par les adolescents et les jeunes adultes (le monde familial ou le monde scolaire)

3 Une enquête menée par l'association nationale des maisons des adolescents, renseignée par 90 maisons des adolescents sur les 115 en activité en 2018, indique que les équipes des maisons des adolescents sont composées de psychologues (dans 98 % des dispositifs), d'éducateurs spécialisés (dans 88 %), d'infirmiers (84 %), de médecins psychiatres (74 %). D'autres métiers sont présents de façon moins systématique, notamment les assistants de service social (dans 43 % des maisons des adolescents) et les pédiatres (30 %)

4 COTTIN, FUSEAU *et al.*, 2020, *op. cit.*

programmes, stratégies nationales d'actions) et les rapports nationaux (rapports annuels administratifs, rapports d'information, rapports de mission)⁵. Parallèlement, elle investit aussi les espaces médiatiques et fédère les professionnels qui interviennent en faveur des adolescents et des jeunes adultes sur les territoires.

L'ensemble de ces usages participent à la construction sociale de la souffrance des jeunes comme un problème public.

À partir de l'analyse lexicométrique du programme public *maisons des adolescents*, le deuxième chapitre montre que la prise en charge de cette souffrance fait l'objet de luttes définitionnelles entre les acteurs engagés dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse – en particulier des représentants de l'État, des médecins de la psychiatrie infanto-juvénile, des médecins et des représentants des maisons des adolescents et des professionnels d'autres dispositifs déjà existants.

Les définitions de la souffrance des jeunes et de sa (bonne) prise en charge se stabilisent ainsi dans un espace concurrentiel. Elles redéfinissent les positions des organisations de la jeunesse, les acteurs impliqués dans les négociations se distinguant selon leurs représentations de la souffrance des jeunes (associée davantage par les uns aux troubles mentaux et aux pathologies psychiques et pour les autres au mal-être social et à la rupture des liens sociaux) et les modalités plus ou moins souples de l'offre qu'ils proposent.

Les maisons des adolescents confortent progressivement leur place dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, en répondant aux attentes publiques et en tenant compte des critiques qui leur sont adressées.

Méthodologie

Pour comprendre comment la souffrance des jeunes s'est construite en problème public, nous nous appuyons évidemment sur les analyses sociohistoriques déjà menées quant aux évolutions des politiques publiques et de leurs cibles, dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse. La littérature sociologique relative à l'institutionnalisation de la souffrance dans le discours public est également mobilisée.

Pour analyser plus précisément l'usage du répertoire lexical de la souffrance quand il est associé à la santé des adolescents ou des jeunes, la méthodologie majoritairement

⁵ Voir la construction du corpus de ces textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse dans la méthodologie à suivre et leur liste dans l'annexe 1

mise en œuvre relève de l'analyse documentaire et plus spécifiquement de l'analyse de discours.

Les analyses sont menées sur deux corpus :

- un premier corpus composé de soixante-dix-sept textes relatifs à l'action publique de santé en direction de la jeunesse ;
- un deuxième corpus composé de seize documents (discours de présidents de la République, plans, circulaires, cahiers des charges, rapports de missions nationales) constitutifs du programme public *maisons des adolescents*.

Corpus des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse

Ce premier corpus est construit à partir du recensement exhaustif des documents de l'action publique qui traitent, exclusivement ou partiellement, de questions relatives à la santé des jeunes (discours présidentiels, rapports nationaux de missions, d'information ou de groupes de travail parlementaires, textes législatifs ou réglementaires).

Les références à ces documents ont été relevées de façon systématique, à partir :

- de documents de synthèse qui listent les programmes publics de santé (produits notamment par des agences régionales de santé) ;
- des documents cités par les professionnels des maisons des adolescents, à l'échelle locale, régionale ou nationale ;
- des écrits produits par les acteurs nationaux des dispositifs concernés par la prévention et la promotion de la santé en direction des adolescents et des jeunes adultes (ouvrages, articles, communiqués, recommandations).

Les documents relatifs à la santé des jeunes à l'échelle internationale, ceux exclusivement relatifs au fonctionnement de dispositifs en charge de la jeunesse ou trop faiblement concernés par le thème de la santé (notamment les documents relatifs au décrochage scolaire, à la prévention de la radicalisation ou à l'organisation de la protection de l'enfance) sont exclus.

Au total, le corpus regroupe 77 textes relatifs à l'action publique de santé en direction de la jeunesse, publiés entre 1992 et 2018.

La figure suivante illustre leur répartition dans le temps, en distinguant les textes de nature juridique et les rapports de missions nationales. Elle montre que ces textes ont connu deux périodes particulièrement fructueuses en publications. La première (début des années 2000) correspond au deuxième mandat de la présidence CHIRAC,

qui a lancé le programme de développement des maisons des adolescents. La seconde (moitié des années 2010) correspond à la présidence HOLLANDE, qui a confirmé la place centrale des maisons des adolescents dans la prise en charge de la souffrance des jeunes et confié leur pilotage aux agences régionales de santé.

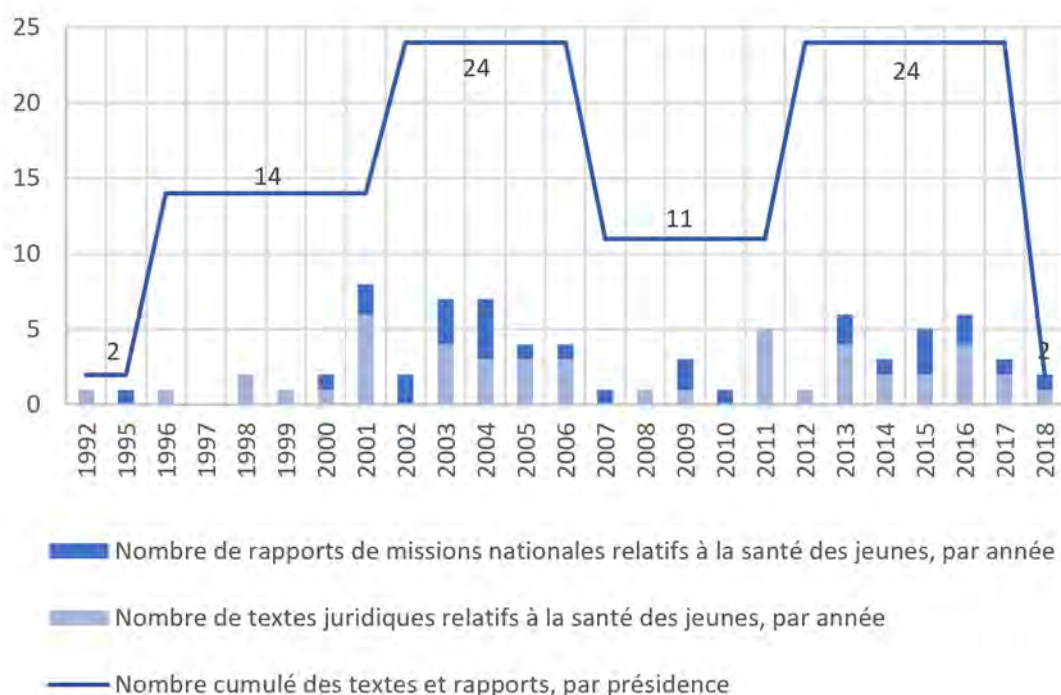


FIGURE 1 – Répartition des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse depuis les années 1990

Champ : Corpus des textes de l'action publique de santé (annexe 1)

Outils : Histogramme cumulé selon le type de documents par années ;

Courbe empilée selon les présidences de la République française :

- François MITTERRAND – 2^e mandat de mai 1988 à mai 1995 ;
- Jacques CHIRAC – 1^{er} mandat de mai 1995 à mai 2002 ;
- Jacques CHIRAC – 2^e mandat de mai 2002 à mai 2007 ;
- Nicolas SARKOZY – mandat de mai 2007 à mai 2012 ;
- François HOLLANDE – mandat de mai 2012 à mai 2017

L'analyse de ce corpus procède de manière chronologique, en portant l'attention sur les thèmes abordés ainsi que sur les acteurs mobilisés.

À partir des énoncés formulés par leurs auteurs et de la retranscription des débats et des argumentation, ces textes permettent de mettre en relief les évolutions des définitions de la souffrance juvénile et de sa prise en charge, ainsi que les oppositions et les alliances entre les acteurs engagés dans ces processus de luttes définitionnelles.

Corpus des textes du programme public *maisons des adolescents*

Le programme public *maisons des adolescents* n'existe pas tout à fait en tant que tel. Il s'agit pourtant bien d'un « programme », dans la mesure où il relève, d'une part, de la « chose publique » incarnée par les représentants de l'État et traduite en politiques publiques de santé, d'autre part, de la compétition pour obtenir et conserver sa position dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse et, enfin, d'un ensemble d'actions planifiées et organisées [HASSENTEUFEL, 2011].

Sous l'impulsion du plus haut niveau de l'État (des présidents de la République, un premier ministre et divers ministres), un label est défini au début des années 2000 pour la prise en charge de la souffrance des jeunes. L'action publique de santé définit un cahier des charges, mobilise des financements, liste les administrations, les collectivités et les associations qui doivent s'impliquer ou se coordonner avec les maisons des adolescents labellisées, organise leur évaluation et formule ensuite de nouvelles attentes qui s'imposent à tous.

Pour construire le corpus des documents (textes ou discours retranscrits) qui constituent ce programme public, plusieurs sources sont mobilisées :

- les références à ces documents par les professionnels impliqués dans les maisons des adolescents (aux niveaux national, régional et départemental), à l'occasion de leurs échanges ou dans leurs nombreuses publications (articles, numéros spéciaux de revues, ouvrages) ⁶ ;
- les références repérées dans le cadre d'une veille informatique sur la santé des jeunes (survol systématique des sommaires et recherches par mots-clés dans les bases de données des revues en lignes, en particulier des revues de santé publique, de sociologie de la jeunesse ou de la santé, abonnement à diverses listes de diffusion

⁶ Pour n'en citer que quelques-unes :

- des dossiers de presse de l'association nationale des maisons des adolescents, par exemple : « Les MDA dans les textes », 2014 ;
- des numéros thématiques de revues : « Les maisons d'adolescents », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 2, 2011 ; « Maison des adolescents », *Adolescence*, vol.2, n° 80 ; « Maisons des adolescents : les étapes d'une construction difficile », *Pluriels : la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n° 77, février 2009 ; « Parents dans les MDA », *Adolescence*, tome 32, n° 3, 2014 ;
- des ouvrages : COTTIN Patrick (dir.), *Accompagner les adolescents. Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels*, Toulouse, Érès, 2018 ; DE FLEURIAN Aymeric, *La maison des adolescents, écho d'un changement sociétal ? Perspectives historique, fonctionnelle et psychodynamique d'un dispositif de soin*, Condé-en-Normandie, Corlet numérique, 2011 ; MORO Marie-Rose (dir.), *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement. Comprendre et soigner*, Paris, Armand Colin, 2012

et autres lettres d'informations);

- les références citées dans les documents déjà repérés.

CORPUS « PROGRAMME PUBLIC MAISONS DES ADOLESCENTS »

- BRISSET Claire, *Les Maisons des adolescents pourquoi ? comment ?*, Rapport thématique du défenseur des enfants au président de la République et au Parlement, 2002
- CHIRAC Jacques, *Discours du Président de la République lors de la remise de la médaille de la famille*, Paris, 20 mai 2003
- RUFO Marcel, JOYEUX Henri, *Santé, adolescence et familles*, Rapport préparatoire à la Conférence de la famille au ministre délégué à la Famille, 2004
- Cahier des charges des MDA, 2005, annexé à la lettre circulaire n° CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents signée par le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (soit 2 documents)
- VERSINI Dominique, *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge*, Rapport thématique de la défenseure des enfants au président de la République et au Parlement, novembre 2007
- Plan santé des jeunes, présenté par la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, février 2008
- BUISSON Marc, SALLES Francis, *Les maisons des adolescents*, Rapport à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour le ministre de la Santé et des Sports, février 2009
- Charte des maisons des adolescents, votée par l'association nationale des maisons des adolescents, 13 mars 2009
- *Maison des adolescents, Bilan, Programme 2005-2010*, Rapport de la Direction générale de la cohésion sociale et de la Direction générale de l'offre de soins au ministre de la Santé et de la Cohésion sociale, décembre 2011
- AMARA Fadela, NAVES Pierre, *Évaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents » (MDA)*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales au ministre des Affaires sociales et de la Santé, octobre 2013
- Cahier des charges des maisons des adolescents, 2016, annexé à la lettre circulaire n° 5899/SG du 28 novembre 2016 relative à l'actualisation du cahier des charge des maisons des adolescents signée par le Premier ministre (soit 2 documents)
- MORO Marie-Rose, BRISON Jean-Louis, *Mission Bien-être et Santé des jeunes*, Rapport au ministre de l'Éducation nationale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, au ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et au ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, novembre 2016
- HOLLANDE François, *Discours du président de la République. Lancement du plan bien-être et santé des jeunes*, Paris, 29 novembre 2016
- Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, présenté par le président de la République, novembre 2016

Les documents qui proposent seulement des références secondaires ou anecdotiques aux maisons des adolescents et ceux trop rarement cités par les acteurs sont exclus.

Au total, le corpus regroupe seize documents, publiés entre 2002 et 2016.

L'analyse de ce corpus vise à repérer les évolutions des représentations et à comprendre les processus définitionnels à l'œuvre pour organiser la prise en charge de la souffrance des jeunes.

En effet, en formulant les problèmes et en en proposant une grille de lecture particulière, susceptible de s'imposer aux professionnels qui les prennent en charge, les programmes publics véhiculent des représentations spécifiques de ces problèmes et des enjeux qui leur sont associés. Ils sélectionnent les partenaires appelés à s'impliquer dans les solutions proposées et en écartent d'autres, définissent les actions préconisées et les pratiques professionnelles à promouvoir et catégorisent les publics cibles de ces actions.

Analyses lexicométriques du corpus « programme public *maisons des adolescents* » avec le logiciel IRaMuTeQ

Pour accéder aux représentations de la souffrance et à la définition publique de sa prise en charge dans le programme *maisons des adolescents*, les discours publics sont analysés en tant que données textuelles, comme un ensemble d'énoncés.

Le répertoire lexical du programme et les contextes d'usage de la notion de souffrance dans le discours public – autrement dit les mots et la manière dont ils sont employés – permettent d'accéder au sens donné à cette expérience juvénile.

Les statistiques lexicales, les récurrences, les surreprésentations des formes lexicales⁷, ainsi que les associations de ces formes entre elles (les cooccurrences) sont ainsi mobilisées dans une démarche lexicométrique.

Au vu de la taille du corpus (qui représente au total plus d'un million de signes et plus de deux cent mille occurrences), la méthode est automatisée avec le logiciel

⁷ Dans le langage de l'analyse des données textuelles, une « forme lexicale » est plus ou moins un mot : « chaque signe typographique attesté dans le corpus est classé soit comme signe délimiteur (l'espace, le point, la virgule, etc.) soit comme signe non délimiteur (les lettres, les chiffres, par exemple). Une forme lexicale est un ensemble contigu de signes non délimiteurs inclus entre deux signes délimiteurs. Il s'agit d'une définition très "littérale" du mot. Elle permet de distinguer est de sera mais ne distingue pas est (point cardinal) de est (forme verbale) » [GOBIN, DEROUBAIX, 2009]

libre et gratuit IRaMuTeQ (interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires).

Les méthodes lexicométriques sont relativement diversifiées, le choix de l'outil s'appuie donc nécessairement sur les objectifs de la recherche⁸.

Il s'agit ici de faire émerger les structures de sens qui s'articulent dans le programme public *maisons des adolescents*, ou – pour reprendre les termes de Pascal MARCHAND et Pierre RATINAUD, concepteurs du logiciel IRaMuTeQ – de mettre en relief les interactions entre les principales thématiques⁹ qui structurent le discours public.

Leur repérage et l'analyse des oppositions et des rapprochements de ces thématiques entre elles donnent alors accès aux représentations véhiculées par le programme public quant à la souffrance des jeunes et aux enjeux relatifs à l'organisation de sa prise en charge.

À partir des interactions entre les formes lexicales et leur contexte d'usage, différents traitements statistiques du discours sont donc mobilisés pour en extraire les thématiques.

▷ Avec l'analyse de similitude, la proximité et les relations entre les formes lexicales (actives) sont représentées sous forme d'arbres maximums, c'est-à-dire en cherchant à réduire le nombre des liens entre deux formes lexicales (en ne retenant que les liens les plus forts, calculés à partir de l'indice de cooccurrence).

⁸ Pour des précisions quant aux usages des différents outils lexicométriques, voir notamment : ARNOULT Audrey, « Réflexion méthodologique sur l'usage des logiciels Modalisa et IRaMuTeQ pour l'étude d'un corpus de presse sur l'anorexie mentale », *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, vol.11, n° 1, 2015 ; LEBLANC Jean-Marc, « Proposition de protocole pour l'analyse des données textuelles : pour une démarche expérimentale en lexicométrie », *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, n° 1, vol.11, 2015 ; VAUTIER Claude, « Avant-propos. Sur le thème de l'analyse de données textuelles informatisée », *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, vol.11, n° 1, 2015

⁹ La notion de « thématique » est définie « *comme un ensemble de formes pleines cotextuelles liées entre elles par leur objet et leur contexte* » :

- les formes lexicales dites « pleines » ou « actives » sont distinguées des formes lexicales dites « supplémentaires » ou « mots-outils » (tels que les articles indéfinis, les adjectifs numériques ou possessifs, les conjonctions de coordination, les chiffres, les verbes auxiliaires, etc.), ces dernières étant écartées de la plupart des traitements statistiques ;
- le terme « cotextuel » signifie que « *les formes apparaissent dans les mêmes unités textuelles, qu'il s'agisse de texte ou de segments de texte* » ;
- la notion de « contexte » est définie dans « *un sens très large. Il peut s'agir d'une unité de temps ou de lieu, de caractéristiques socio-démographiques des locuteurs ou d'une unité situationnelle de la production* »

[RATINAUD, MARCHAND, 2015]

▷ Avec la méthode dite « ALCESTE » (analyse des lexèmes cooccurrents dans les énoncés simples d'un texte), aussi appelée « méthode REINERT » (du nom de son concepteur), le corpus est constitué en plusieurs « classes » d'énoncés (indépendamment des grandes divisions du corpus) en fonction de la distribution de leur vocabulaire. Pour y parvenir, les énoncés sont triés en fonction de la présence-absence des formes lexicales qui les composent, puis classés selon la méthode de classification descendante hiérarchique ¹⁰.

Ces classes d'énoncés (ou classes lexicales) sont ensuite associées à un retour systématique au contenu des documents qui composent le corpus (pour comprendre le contexte d'usage et le sens des formes lexicales dans les énoncés) ¹¹ afin d'identifier les thématiques qui structurent le discours.

▷ Avec l'analyse factorielle des correspondances, les grandes proximités ou les grandes oppositions entre les formes lexicales ou entre les classes d'énoncés qui sous-tendent le corpus sont représentées sous la forme d'un nuage de points projetés sur un plan factoriel à deux dimensions (à partir des deux facteurs de l'analyse qui résument le plus d'informations, c'est-à-dire les deux facteurs qui présentent les pourcentages d'inertie les plus élevés).

Comme la méthode Alceste, l'analyse factorielle des correspondances permet une approche globale du corpus, mais à la notion d'appartenance à une classe lexicale, elle substitue celle de la distance des formes lexicales à un axe d'inertie.

Cette analyse n'est pas mobilisée directement dans la rédaction de la thèse, mais elle a permis d'affiner la compréhension de la structure du discours.

¹⁰ Les mots (ou formes lexicales lemmatisées) sont retenus et triés dans les classes d'énoncés selon leur représentativité, à partir de leur corrélation avec la classe selon la méthode du χ^2 .

Le calcul du coefficient d'association à la classe (χ^2 de liaison forme/classe) est effectué sur un tableau de contingence à quatre cases, croisant le nombre des segments de texte (construits à partir d'un critère de taille et de ponctuation et en respectant le plus possible la structure du langage) porteurs de la forme avec le nombre de segments sans la forme et le nombre de segments contenus dans la classe avec le nombre de segments contenus dans les autres classes (plus la valeur du χ^2 est élevée, plus l'hypothèse de dépendance entre la forme lexicale et la classe est élevée)

¹¹ Pour faciliter ces retours, le logiciel IRaMuTeQ produit notamment :

- des « concordanciers », qui indiquent la place de chacune des formes dans le corpus intégral ou dans les classes lexicales (les contextes sont construits en plaçant la forme au centre) ;
- des « segments de texte caractéristiques », qui sont considérés, parmi les segments de texte constituant le matériau de la classification descendante hiérarchique, comme les plus caractéristiques de chacune des classes (par ordre décroissant de la somme ou de la moyenne des χ^2 de liaison forme/classe respectifs pour les formes significatives du segment de texte)

CHAPITRE 1

Construction d'un problème public et agencements locaux de la prise en charge

Mise en débat dans les arènes publiques, dans des espaces plus discrets de négociation des politiques publiques [GILBERT, HENRY, 2012] et à l'échelle des expérimentations locales, la notion de souffrance mobilise les acteurs concernés par la santé mentale et par la jeunesse et s'inscrit à l'agenda politique au début des années 2000.

La souffrance des adolescents et des jeunes adultes se construit ainsi comme un problème public, c'est-à-dire un thème sensible, autour duquel des collectifs se constituent et en appellent à l'action publique pour organiser sa prise en charge et protéger les jeunes [CEFAÏ, 2013].

Si les variations sont nombreuses dans le discours public pour définir cette souffrance, les modalités attendues de sa prise en charge font rapidement consensus.

La plupart des acteurs plaident alors à la fois pour le renforcement des organisations de la jeunesse existantes, appelées à mieux se coordonner, et pour la reconnaissance par l'action publique de santé des dispositifs¹ initiés sur les territoires, tous pluridisciplinaires, partenariaux et dédiés aux adolescents et aux jeunes adultes.

1.1 Protéger la jeunesse

La sociologie de la jeunesse a bien souvent montré que les politiques publiques éponymes alternent, éventuellement aux mêmes périodes, entre le souci de préserver les jeunes des dangers qui les guettent (sur un registre moral, physique ou social) et la représentation d'une jeunesse menaçante et dangereuse (pour la paix sociale), dont il faut alors protéger la société, notamment avec les politiques de lutte contre la délinquance juvénile ou les politiques de la ville [LABADIE, 2001 ; LONCLE, 2012].

Dans le registre de la protection, l'action publique de santé développe depuis les années 1990 des programmes et autres plans d'actions ciblant explicitement les jeunes,

¹ Tout au long de la thèse, le terme « dispositif » n'est pas mobilisé comme un concept foucauldien ni au sens défini par la sociologie des sciences et techniques. Il est utilisé pour désigner des agencements entre acteurs collectivement concernés par le traitement de situations problématiques, dans une stratégie de déssectorialisation et de transversalité de la prise en charge [RAVON, LAVAL, 2015, p.26]

pour prendre en compte notamment les consommations de drogues, les pratiques suicidaires, les habitudes nutritionnelles, ou encore les interruptions volontaires de grossesses non désirées.

Dans le champ de la santé mentale, le thème de la souffrance juvénile prend place, à son tour dans les préoccupations de l'action publique.

La recherche a déjà montré que le vocabulaire de la souffrance s'est progressivement institutionnalisé dans différents secteurs de l'action publique [COUTANT, 2013 ; EHRENBURG 2011 ; FASSIN, 2004 ; RENAULT, 2008], avant de prendre sa place dans les politiques publiques en direction de la jeunesse.

En quelques mots, soulignons que les références à la souffrance se sont développées en France à partir des années 1980. Sous l'impulsion des associations de lutte contre le cancer et du mouvement de lutte contre le SIDA, la souffrance des malades devient une préoccupation politique. Ensuite, avec l'essor de la thématique de l'exclusion dans les années 1980 et 1990, l'idée d'un lien entre la souffrance individuelle, les conditions de vie et la faiblesse ou la rupture des liens sociaux se diffuse².

Considérée comme un effet individuel et subjectif des difficultés sociales, la notion de souffrance trouve ainsi une validation réglementaire et investit massivement différentes politiques publiques (action sociale, famille, travail, ville, etc.).

« Derrière la solitude du sans-domicile fixe et le doute du demandeur d'emploi, l'agressivité de l'adolescent rebelle et le silence de la femme battue, la relégation des jeunes des cités et l'attente des demandeurs d'asile déboutés, on a voulu lire la même vérité ultime et partagée : une blessure de l'âme, souvent enfouie et méconnue, à laquelle il fallait faire droit » [FASSIN, 2004, p.9]

En ce qui concerne l'action publique de santé, ce répertoire participe au déplacement de la psychiatrie (avec la prise en charge des maladies mentales et des individus malades) vers les politiques de santé mentale (avec une préoccupation pour toutes les dimensions du mal-être et la prise en charge des individus souffrants) [EHRENBURG, 2004 ; LAVAL, 2005].

2 Voir notamment : LAZARUS Antoine, STROHL Hélène, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » à la direction interministérielle à la Ville et au Développement social urbain et à la délégation interministérielle au Revenu minimum d'insertion, février 1995 ; voir également les débats lors des élections présidentielles de 2007 et en particulier le discours de campagne du candidat SARKOZY autour du slogan « la France qui souffre »

La souffrance des jeunes est ainsi rapidement catégorisée comme relevant de la santé mentale. Si cela peut sembler évident, tant la souffrance des jeunes est fréquemment associé à l'adjectif « psychique », l'histoire de son traitement dans le discours public montre que cette notion a d'abord été associée aux politiques familiales et qu'elle peut aussi être associée aux politiques de l'emploi ou à celles de l'éducation.

Dans les politiques publiques de jeunesse, souvent analysées comme peu structurées, éclatées ou segmentées [BOULIN, 2017, p.19; DAVID, LE GRAND *et al.*, 2012], un même thème peut ainsi concerner plusieurs pans de l'action publique, les expériences négatives à cet âge de la vie pouvant être prises en compte, parfois en même temps, par l'action sociale, la justice, les politiques familiales ou de la ville, l'action publique de la culture, de l'éducation, de l'emploi, ou encore de la santé.

Néanmoins, les analyses sociohistoriques montrent l'attention croissante portée au thème de la santé depuis les années 2000, avec une « *montée en puissance des considérations liées à la préservation de la santé des jeunes* » [LONCLE, 2012, p.24]. L'intérêt porté à l'expérience juvénile de la souffrance et aux risques encourus quand cette souffrance n'est ni repérée ni prise en charge s'inscrit donc rapidement dans le cadre des politiques de santé mentale.

Dans le discours public, la souffrance des adolescents et des jeunes adultes apparaît explicitement comme un thème sensible, à forte dimension symbolique.

Ainsi, même si elle est loin de concerner le plus grand nombre³, la souffrance des jeunes suscite des réactions sociales. Elle est bien souvent présentée comme insupportable, générant une forme d'indignation morale et les discours dans les arènes publiques sont presque systématiquement formulés de façon alarmiste.

1.1.1 L'anorexie et le suicide comme menaces pour la jeunesse

Pour comprendre l'intensité de ces réactions face aux expériences juvéniles de la souffrance, il faut rappeler que les craintes se sont d'abord concentrées sur l'anorexie et le suicide.

³ Les enquêtes en population générale montrent toujours la même tendance : les adolescents et les jeunes adultes sont ceux qui se considèrent le plus en bonne voire en très bonne santé. L'enquête *Baromètre santé* en 2010 montre que 96 % des jeunes âgés de 15 à 30 ans se déclarent plutôt en bonne santé (voir : BECK François, RICHARD Jean-Baptiste (dir.), *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, INPES, Saint-Denis, 2013; PISARIK Jacques, ROCHEREAU Thierry, CÉLANT Nicolas, « État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014 », *Études et résultats*, DREES, n° 998, mars 2017; voir aussi sur le bonheur à l'adolescence : CIPRIANI-CRAUSTE, FIZE, 2007)

Ces deux thèmes se sont ainsi construits comme de véritables fléaux pour la jeunesse, largement médiatisés au début des années 2000.

Le rapport au corps pour les jeunes filles et l'injonction à la minceur sont socialement considérés comme préoccupants⁴, la mort des filles et des garçons à cet âge de la vie comme intolérable.

Les revues spécialisées, la presse nationale et locale publient des numéros spéciaux, tant à destination des professionnels de la jeunesse que du grand public. L'action publique commande des enquêtes et commence à construire des protocoles pour prévenir ces difficultés, mais aussi pour mieux les repérer et les prendre en charge.

En effet, des années 1990 au début des années 2000, il existe peu de possibilités de prises en charge spécifiques et la mortalité associée inquiète l'action publique et le monde médiatique.

- Les prises en charge spécialisées pour l'anorexie consistent en de longues périodes d'hospitalisations, les patientes (il s'agit majoritairement de jeunes filles) pouvant être dans un état grave de dénutrition en raison de repérages tardifs. L'isolement est alors recommandé, les professionnels parlent de « contrat de poids », c'est-à-dire que les conditions strictes d'isolement ne sont assouplies qu'au fur et à mesure de la reprise de poids ;
- Les tentatives de suicide sont rarement suivies d'une hospitalisation ou d'une prise en charge par les services de soins et les récives sont alors nombreuses⁵.

Pourtant, en ce qui concerne le suicide des jeunes comme pour bien d'autres indicateurs [LORIOL, 2004], cet intérêt politique et médiatique ne s'appuie pas sur un contexte particulièrement inquiétant en France.

Depuis la fin des années 1980, la tendance générale pour les taux de mortalité par suicide à tous les âges de la vie est à la baisse et celui des individus âgés de 15 à 24 ans continue encore aujourd'hui d'être le plus faible⁶ (entre 15 et 19 ans, le taux de

⁴ Voir notamment les analyses menées par Muriel DARMON [2003] quant à la place accordée au social dans le traitement médiatique de l'anorexie

⁵ En 1994, les estimations indiquent que seul un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé. Durant cette hospitalisation, 21 % ne rencontrent pas de professionnel du psychisme et 21 % quittent l'hôpital sans proposition de suivi.

Source : CHOQUET Marie, « Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques », *Communication à la conférence de consensus organisée par la fédération française de psychiatrie « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge »*, Paris, 19 et 20 octobre 2000, p.98, [En ligne]

⁶ Observatoire national du suicide, *Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence*, 3^e rapport, Rapport à la ministre des Solidarités et de la Santé, février 2018, p.16

suicide français est même en-dessous de la moyenne européenne et parmi les plus bas⁷). Certes, les jeunes filles sont particulièrement concernées par les tentatives de suicide⁸, mais la mortalité des enfants et des jeunes est en baisse constante depuis 2000⁹.

Le discours public souligne rarement que la mortalité est faible entre 15 et 24 ans par rapport aux autres âges de la vie¹⁰. Au contraire, le suicide des jeunes est toujours présenté comme une mort évitable, à la deuxième place des causes de mortalité (après les accidents de la route, eux aussi comptabilisés comme des causes externes, ou évitables, de leur mortalité). Les comportements suicidaires des jeunes sont ainsi constitués en « *préoccupation majeure de santé publique* »¹¹.

Pour expliquer la place donnée à l'anorexie et au suicide des jeunes dans le débat public au début des années 2000, en parallèle du caractère socialement insupportable des récits de la mort d'adolescents ou de jeunes adultes, il faut s'intéresser aux interventions de personnalités publiques influentes :

- le couple CHIRAC, puisque le président et son épouse sont alors confrontés à l'anorexie et aux tentatives de suicide répétées de leur fille aînée Laurence ;
- le couple POIVRE D'ARVOR, puisque Solenn, fille du présentateur du journal télévisé et de son ex-épouse, était anorexique et est morte en se suicidant à l'âge de 19 ans en 1995.

Si Jacques CHIRAC est resté discret sur les difficultés vécues par sa fille, son épouse Bernadette ainsi que Patrick et Véronique POIVRE D'ARVOR parlent plusieurs fois dans la presse et sur des plateaux de télévision du quotidien des jeunes anorexiques ou

⁷ Source : EUROSTAT, taux de mortalité par suicide par groupe d'âges (par pays de 2011 à 2016)

⁸ Les données du PMSI-MCO pour les années 2008, 2013 et 2017 relatives aux taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (source : ATIH, analyses Santé publique France) montrent une différence entre les hommes et les femmes :

- Pour les hommes, la courbe est croissante jusqu'aux âges de 40 à 44 ans (et jusqu'à 49 ans en 2017) puis baisse jusqu'aux âges de 70 à 74 ans avant de remonter (sans atteindre le premier pic)
- Pour les femmes, la courbe présente deux pics, le premier est le plus élevé aux âges de 15 à 19 ans, le second correspond aux âges de 45 à 49 ans (voir la figure 2 du dossier « Épidémiologie France tentatives de suicide », [En ligne] <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-tentatives-de-suicide/>)

⁹ Voir le graphique du nombre de décès des individus de moins de 24 ans, de 2000 à 2016, sur le site internet de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052#graphique-figure1>

¹⁰ Source : INSEE, statistiques de l'état civil et estimations de population, taux de mortalité par sexe et groupe d'âges pour la France métropolitaine (années 1962 à 2018)

¹¹ Observatoire national du suicide, 2018, *op. cit.*, p.20

suicidaires et de leurs familles et les POIVRE D'ARVOR publient plusieurs ouvrages, largement diffusés, pendant les périodes d'hospitalisation de leur fille ou après son décès.

Ils décrivent les difficultés d'accès aux soins et critiquent les conditions de prise en charge de l'anorexie et des comportements suicidaires avant les années 2000. En particulier, ils dénoncent les modalités d'hospitalisation de leurs filles respectives, avec la séparation imposée et l'interdiction de tout contact entre les jeunes et les familles pendant plusieurs semaines.

En mobilisant leurs larges réseaux notamment dans les mondes politique et médiatique, ces personnalités influentes, parents de jeunes pris en charge au long cours par la psychiatrie, rendent donc à la fois publique et problématique la souffrance des jeunes confrontés à l'anorexie, susceptible de les conduire au suicide et à la mort.

Elles mettent en cause le monde de la santé, dans lequel elles ne sont *a priori* pas à leur place, pour y produire du changement. Cette position extérieure leur permet de développer, d'une part, une certaine lucidité sur les difficultés et les atouts existants et, d'autre part, une forme de créativité quant aux propositions de prise en charge – les CHIRAC et les POIVRE D'ARVOR se mobilisent ainsi pour créer une maison des adolescents à Paris qui porte le prénom d'une de leurs filles, la maison de Solenn.

1.1.2 Pratiques juvéniles dites « à risque » comme révélateurs de la souffrance

Indépendamment des thèmes de l'anorexie et du suicide, la jeunesse est ciblée comme une population particulièrement à risque en matière de santé.

Le discours public associe alors largement la notion de souffrance à la catégorie des « conduites à risque », laquelle devient une formule extensive voire « fourre-tout » quand il est question des pratiques juvéniles [PERETTI-WATEL, 2002].

La souffrance des jeunes se construit ainsi comme un problème d'intérêt général, la protection des adolescents et des jeunes adultes et la limitation des risques pour leur santé étant considérée comme relevant de la santé publique [LONCLE, 2008].

En regroupant à la fois des comportements individuels (quand les jeunes prennent des risques) et des expériences vécues (quand les jeunes sont soumis à des risques dont ils sont les victimes potentielles), la catégorie des « conduites à risque » reflète les représentations de la jeunesse et les préoccupations de la société pour ses jeunes, historiquement et socialement situées.

En effet, la mise à l'agenda des problèmes dans les politiques publiques de jeunesse est rarement liée à l'aggravation des phénomènes [LONCLE, 2012]. L'évolution de la liste des conduites juvéniles considérées « à risque » dans les textes de l'action publique de santé relève ainsi bien souvent de la médiatisation d'événements particuliers, plutôt que de l'objectivation d'une augmentation des comportements concernés ou d'une dégradation des indicateurs de santé.

Par exemple du milieu des années 2000 au milieu des années 2010, outre la question du suicide déjà évoquée, les textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse se préoccupent du décrochage scolaire (comme une forme de souffrance associée à l'expérience scolaire et susceptible de limiter les perspectives d'avenir professionnel ¹²), des jeux dangereux (en lien avec les premiers décès d'enfants et la mobilisation de parents, qui se sont constitués en association dès 2002), ou encore des risques spécifiques pour les jeunes homosexuels (en lien avec des taux effectivement plus élevés de suicides et tentatives de suicide, montrés pour la première fois en France par des études médiatisées en 2005 ¹³).

Le discours public dans le programme *maisons des adolescents* présente la thématique du risque avec un ton alarmant, l'évolution des pratiques juvéniles concernées est décrite ¹⁴ comme « inquiétante », « préoccupante » et en « augmentation », les risques sont qualifiés d'« aigus », « élevés », voire « excessifs ».

La recherche sociologique a d'ailleurs montré que certaines conduites dites « à risque » génèrent une panique morale, dans la mesure où leurs chiffres ou leurs conséquences peuvent être déformés et exagérés (critère d'exagération des faits), elles sont présentées comme la cause ou la conséquence d'autres faits préoccupants (critère d'amplification par association), décrites comme appelées à se reproduire et à

¹² Voir par exemple les travaux sur la construction de la catégorie internationale des NEET (*not in employment, education or training*), notamment : BINET Jonathan, « Les jeunes NEET : enjeux de définition et d'usage d'une catégorie d'action publique », *Reflets*, vol.25, n° 1, printemps 2019, [En ligne]

¹³ La presse relaie notamment deux études publiées en 2003 et 2005 (VERDIER Éric, FIRDION Jean-Marie, *Homosexualité et suicide*, Saint-Martin-de-Londres, H&O éditions, 2003 ; SHELLY Marc, MOREAU David, TUBERT-BITTER Pascale, *Abus sexuels dans l'enfance et conduites à risque chez les gays*, Aramedia, 2006)

¹⁴ Les formes lexicales en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont significativement corrélées à la classe lexicale des pratiques juvéniles considérées « à risque » au seuil de 0,01 % (soit *p-value* < 0,0001).

Notons que pour faciliter la lecture, tout au long de la thèse, les formes lexicales présentes dans le discours public peuvent être conjuguées (pour les verbes), féminisées ou mises au pluriel (pour les noms communs ou les adjectifs)

s'aggraver (critère des prophéties de malheur) et associées à des démons populaires stéréotypés (critère de symbolisation) [COHEN, 1972, cité dans PERETTI-WATEL, 2010]. Pour les jeunes, les comportements suicidaires, les consommations de drogue ou la sexualité non protégée apparaissent alors comme exemplaires de ces processus [PERETTI-WATEL, 2001, 2010].

Plus largement, le corpus des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse pour la période du milieu des années 1990 à la fin des années 2000 montre le succès de la catégorie des « conduites à risque » associées au répertoire lexical de la souffrance (présentées ici dans une liste non exhaustive et par ordre alphabétique) : abandon précoce de la scolarité, consommation (tabac, alcool, drogues), délinquance, difficultés relationnelles, errance, état ou trouble dépressif, fugue, habitudes alimentaires déséquilibrées (habitudes nutritionnelles, obésité et anorexie, quête de la maigreur, boulimie, surcharge pondérale), prostitution, repli sur soi, rupture familiale, sexualité non protégée, troubles du sommeil, suicide et tentative de suicide, violence subie ou agie, violence sur soi, etc.

Dans le discours public, les jeunes en souffrance sont alors présentés comme exposés à des dangers multiples et de plus en plus nombreux, d'autant plus qu'ils seraient susceptibles d'agir de façon inconsidérée voire dangereuse [PERETTI-WATEL, 2002, 2010].

Il n'y a alors qu'un pas – que l'action publique de santé franchit – entre le repérage de multiples facteurs de risque pour la santé et la désignation de ces risques comme des éléments constitutifs de la souffrance. Non seulement l'expérience de la souffrance prédisposerait les jeunes à être confrontés à de multiples risques pour leur santé, mais aussi, réciproquement, les pratiques juvéniles considérées « à risque » seraient des manifestations de leur souffrance.

Richard RECHTMAN [2004] souligne ainsi comment le rapport du Haut comité de la santé publique relatif à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes¹⁵ définit certains comportements « à risque » comme « *susceptibles de traduire l'existence d'une souffrance psychologique sous-jacente* ».

Dans la même logique, Isabelle MAILLARD [2011] montre que dans les politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents (du début des années 1990 au

¹⁵ Haut comité de la santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Rapport au ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Rennes, Éditions ENSP, février 2000

début des années 2010), les pratiques dites « à risque » sont présentées avec « *un dénominateur commun autour d'un malaise psychologique plus profond* », les décennies 1990 et 2000 voyant ainsi se développer des dispositifs de prise en charge (par exemple les lieux d'écoute) pour les adolescents et les jeunes adultes considérés « *en souffrance* » (*psychique, psychologique, psychosociale*) », en particulier pour ceux qui sont « *inscrits dans des conduites à risque (de désocialisation, pour la santé)* ».

Le suicide, l'anorexie et d'autres pratiques juvéniles considérées « à risque » pour la santé sont ainsi régulièrement médiatisés et présentés dans les arènes publiques sous la forme de fléaux qui menacent les adolescents et les jeunes adultes et de révélateurs des expériences juvéniles de la souffrance.

Devenue un thème sensible, construite en problème d'intérêt général qui nécessite l'intervention de l'action publique pour protéger les jeunes, la souffrance donne lieu à des récits, relayant des situations individuelles insupportables voire dramatiques, illustrant les difficultés à faire entendre cette souffrance et à la prendre en charge.

Au début des années 2000, le thème de la souffrance et du mal-être des jeunes s'installe donc dans les débats parlementaires et les rapports de missions nationales.

1.2 Définir la souffrance des jeunes et les modalités attendues de sa prise en charge

La souffrance des jeunes s'installe dans le débat public, où se construisent des interprétations, des oppositions et des associations pour la caractériser et pour définir les (bonnes) modalités de sa prise en charge. Cette notion apparaît en effet comme suffisamment floue et sous-déterminée pour être entendue de multiples manières.

Parmi diverses expérimentations pluridisciplinaires et partenariales menées sur les territoires (le plus souvent communaux ou infra-départementaux) à la fin des années 1990 – début des années 2000, les maisons des adolescents concentrent l'attention. La première créée au Havre en 1999 est visitée par plusieurs acteurs influents (notamment Bernadette CHIRAC ou la défenseure des enfants).

Ce dispositif local, consacré à la prise en charge de la souffrance psychique des adolescents ¹⁶, est rapidement présenté par le président de la République et les ministres comme un modèle à reproduire.

¹⁶ FUSEAU Alain, « 16 ans de fonctionnement à la Maison de l'Adolescent du Havre », *Pratiques en santé mentale*, n° 3, 2015

Face à ce soutien du plus haut niveau de l'État, la plupart des acteurs en présence formulent leur avis quant aux perspectives de développement des maisons des adolescents.

Les variations dans les définitions de la souffrance et les attentes quant aux modalités de sa prise en charge sont repérables dans les textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse. Elles se font l'écho des représentations portées par les acteurs de la jeunesse et/ou de la santé qui se sentent concernés par l'émergence de ce problème public.

Une chronologie non exhaustive est présentée, en ciblant les textes et discours qui retranscrivent des débats et mobilisent largement le vocabulaire de la souffrance entre 2000 et 2004. Chaque titre énonce le thème central du rapport (ou du chapitre), tel qu'il est formulé par ses auteurs.

« *Souffrance psychique* »

En 2000, Le Haut comité de la santé publique est mandaté par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale pour mener une réflexion sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes et formuler des recommandations¹⁷.

Le groupe de travail auditionne des médecins généralistes et psychiatres, des psychologues, des représentants de dispositifs d'écoute existants (notamment le numéro vert fil santé jeunes), des établissements hospitaliers, de la justice des mineurs, ainsi que des sociologues.

Tout en alertant sur la commande ministérielle, dans la mesure où « *regarder et décrire chez les jeunes la violence, la délinquance, la souffrance psychique [participe] à leur construction* », le rapport propose une liste d'indicateurs qui servent à définir cette souffrance psychique : « *dépressions, tentatives de suicide, violences subies et agies, accidents et usages de substances psychoactives* ».

Elle est appréhendée à partir de ses effets sur les corps, dans les interactions sociales ou sur les émotions, chacune de ces dimensions étant aussi présentée comme une cause possible de la souffrance des jeunes. Le rapport plaide alors « *pour une clinique des petits signes* », qui doivent alerter les professionnels et les familles quand ils s'accumulent.

¹⁷ Les citations en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du rapport : Haut comité de la santé publique, 2000, *op. cit.*

La notion de souffrance prend donc d'emblée une place relativement indéterminée entre maladie, expérience intime et subjective insupportable et pratiques juvéniles considérées « à risque » pour la santé, qui servent toutes à l'illustrer davantage qu'à la caractériser.

Néanmoins, ce rapport inscrit résolument la souffrance juvénile dans le champ de la santé mentale.

Pour prendre en charge cette souffrance et ses multiples formes, les auteurs plaident à la fois pour une amélioration de l'offre psychiatrique, qui doit « *s'organiser pour accueillir des adolescents* » et travailler davantage « *en liaison avec les autres institutions chargées de l'enfance : justice, éducation, social et médico-social* » et pour la création de dispositifs appelés à pallier les limites de l'offre sanitaire.

Dans un discours au ton alarmiste, formulé en termes de priorité pour la santé publique, le rapport insiste ainsi sur la nécessité d'organiser des prises en charge spécifiquement adressées aux adolescents et aux jeunes adultes.

« Face à ces souffrances, il faut constater l'existence d'un vide institutionnel dans notre système de santé et notre système social, vide qui est perceptible dès la fin de l'âge pédiatrique et qui ne prend fin qu'à l'âge adulte. Une telle situation ne peut se pérenniser sans risques majeurs pour l'adolescence » [p.103]

Les dispositifs doivent proposer un accueil et une écoute de la souffrance dédiés aux jeunes et à leur famille et associés à des consultations psychiatriques susceptibles de « *banaliser* » le recours aux soins.

L'offre psychiatrique traditionnelle est en effet considérée comme inadaptée, dans la mesure où elle « *rejette parfois le jeune qui souffre ou le chronicise et il est rejeté par les jeunes parce qu'il stigmatise* ».

En somme, pour répondre au problème posé par la souffrance des jeunes, il s'agit de développer des lieux non psychiatriques mais avec des psychiatres et de créer une nouvelle catégorie d'âges, pour pallier les difficultés de passage entre les prises en charge qui s'adressent aux enfants et celles qui s'adressent aux adultes.

Le caractère paradoxal de ces conclusions illustre ainsi les difficultés à définir précisément la souffrance.

« *Une diversité de troubles et de conduites* »

L'expérience juvénile de la souffrance à l'adolescence mobilise également le défenseur des enfants, dès la création de cette fonction administrative indépendante (confiée à Claire BRISSET de mai 2000 à mai 2006, puis à Dominique VERSINI de mai 2006 à avril 2011, date à laquelle la fonction disparaît, les missions étant transférées au défenseur des droits).

Dans son deuxième rapport annuel en 2001, Claire BRISSET¹⁸ nomme explicitement la souffrance et considère qu'elle est particulièrement préoccupante dans quatre situations particulières : « *le mineur face à la prison, la pédopsychiatrie, la place des familles dans la protection de l'enfance, la situation des adolescents* ».

Parmi les nombreuses personnes auditionnées dans l'année, le rapport cite des juristes, des médecins généralistes, des médecins psychiatres et autres professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile, des professionnels du monde de la protection de l'enfance, des psychothérapeutes, des représentants d'établissements hospitaliers, de la justice des mineurs, de réseaux de santé pour adolescents, ainsi que des sociologues.

En ce qui concerne la souffrance des adolescents, elle est associée pêle-mêle en quelques pages au « *corps* », aux « *troubles psychiques* », aux « *passages à l'acte* » et autres « *conduites* » (sont citées : « *la consommation de tabac, d'alcool, de drogues, l'absentéisme scolaire, les conduites violentes [contre soi-même et contre autrui], les plaintes somatiques, les troubles des conduites alimentaires et à l'extrême la tentative de suicide* »), à la méconnaissance de « *leurs droits* », au « *déroulement malheureux [de la scolarité et aux] hésitations dans les choix d'orientations* », aux « *incertitudes personnelles* », au « *multiculturalisme [pour les adolescents migrants]* » et au manque « *d'appuis suffisants pour traverser cette période [de l'adolescence] et en assumer les émotions et les enjeux* ».

Pour caractériser la souffrance, l'attention est donc à nouveau portée sur les corps juvéniles, la maladie mentale, les pratiques considérées « à risque » et la dimension sociale des expériences vécues à cet âge de la vie, en particulier dans les mondes scolaire et familial.

Il est ici notable que le vocabulaire de la souffrance permet à la défenseure des enfants de rendre compte de l'ensemble des expériences négatives vécues par les

¹⁸ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans ce paragraphe et les suivants sont toutes issues du rapport : BRISSET Claire, *Une voix pour des droits*, Rapport annuel du défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement, année 2001

adolescents pour lesquelles elle est saisie, tout en soulignant ses inquiétudes à l'égard d'une jeunesse qu'il s'agit de protéger, d'elle-même et des autres.

Il apparaît ainsi que, si la souffrance des jeunes peut être un signe annonciateur de trouble psychiatrique, elle est avant tout présentée comme étant générée par le contexte social.

En ce qui concerne sa prise en charge, Claire BRISSET constate le manque de moyens de la psychiatrie infanto-juvénile (en matière de personnels ou de places), les délais d'attente et la complexité de l'offre de soins proposée, ainsi que le « *défaut majeur de coordination entre les différentes institutions concernées* ».

Elle appelle par ailleurs à la création de dispositifs dédiés, les maisons des adolescents étant présentées comme *la réponse aux besoins des adolescents en souffrance*.

« Ainsi, le besoin de structures d'accueil qui apportent aux adolescents en souffrance une aide et un soutien dans les différents domaines de leur vie est flagrant. Certes, des lieux ont été créés pour les adolescents, parmi lesquels la « Maison de l'adolescent » du Havre [...], mais leur nombre reste très insuffisant. L'une des priorités de la Défenseure des Enfants est d'inciter à la multiplication de ce type de structures, adaptées à l'environnement local » [p.169]

« Une souffrance psychique méconnue »

L'année suivante, Claire BRISSET¹⁹ rédige un rapport intégralement consacré à la prise en charge de la souffrance des adolescents, pour réaffirmer que cette mission doit être confiée aux maisons des adolescents (ce rapport fait partie de notre corpus « programme public *maisons des adolescents* »).

Pour caractériser l'expérience juvénile de la souffrance, elle mobilise les mêmes thématiques que l'année précédente et en ajoute quelques autres. Ainsi, la liste des conduites dites « à risque » s'allonge, avec les « *rapports sexuels non protégés* », les interruptions volontaires de grossesse et les « *grossesses adolescentes* », ou encore les « *jeux violents* ».

Surtout, en ce qui concerne la dimension sociale des expériences juvéniles de la souffrance, la défenseure des enfants évoque désormais les conditions de vie, les expériences de la discrimination et la faiblesse des appuis sociaux de l'existence. Sont ainsi

¹⁹ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du rapport : BRISSET Claire, *Les Maisons des adolescents pourquoi? comment?*, Rapport thématique du défenseur des enfants, 2002

nommés les contextes de « *pauvreté* », « *l'absence de diplôme* », le « *sentiment d'abandon* » et de « *mépris social* », la « *mutation des modèles familiaux* », « *l'isolement social* » et le « *sentiment de ne pas être à la hauteur* ».

Pour prendre en charge cette souffrance protéiforme, elle dresse un état des lieux critique de l'offre existante.

Elle rappelle à nouveau les difficultés de la psychiatrie infanto-juvénile et souligne également le faible nombre de psychologues scolaires, les délais de mise en œuvre des mesures d'assistance éducative, le manque de moyens de la prévention spécialisée, ou encore le manque de psychologues dans les centres de détention.

Ce rapport étant exclusivement consacré aux maisons des adolescents, la défenseure des enfants précise logiquement les raisons de son intérêt pour le développement de ce dispositif, présenté comme « *non stigmatisant* », facilement accessible, s'appuyant sur des partenariats multiples, proposant une approche globale et « *généraliste* », des soins somatiques et psychiques, ainsi qu'un soutien aux parents et aux professionnels.

« [Une maison des adolescents], sans se substituer aux structures existantes, accueille, oriente, écoute, dans la transdisciplinarité, les adolescents en difficulté. Les jeunes y "poussent la porte", parlent et trouvent là l'aide dont ils ressentent le besoin et aussi celle dont ils ne pensaient pas a priori qu'elle pourrait leur être nécessaire » [p.3]

« Un âge trop souvent délaissé »

Le Président CHIRAC suit les préconisations de la défenseure des enfants, qu'il rencontre une fois par an. Il annonce dès novembre 2002 sa volonté d'organiser une conférence nationale de l'adolescence (définie comme une des priorités de la politique familiale dès 2003 et comme thème de la Conférence de la famille de 2004) et de créer des maisons des adolescents sur l'ensemble du territoire français, pour que soient mieux pris en charge « *les problèmes et parfois les souffrances auxquels les adolescents sont confrontés* »²⁰.

Pour lui, cette souffrance concerne les « *problèmes scolaires* », les « *problèmes familiaux* », les « *consommations* » (plus précisément les consommations d'alcool,

²⁰ Cette citation en italique et entre guillemets et celles dans le paragraphe suivant sont toutes issues de : CHIRAC Jacques, *Discours du Président de la République lors de la remise de la médaille de la famille*, Paris, 2003

de tabac et de cannabis), les « *contaminations par le virus du SIDA* », ainsi que le « *manque de repères* ».

Ainsi, le discours présidentiel mobilise le vocabulaire de la souffrance pour désigner des expériences juvéniles insupportables, essentiellement vécues dans le lien social (en particulier dans les mondes familial et scolaire) et pour affirmer la nécessité de développer de nouveaux dispositifs de prise en charge, à partir de l'exemple proposé par les premières maisons des adolescents.

« *L'adolescence en crise* »

En avril 2003, le groupe d'études sénatorial sur les problématiques de l'enfance et de l'adolescence choisit de travailler sur le thème de l'adolescence en crise, dans ses aspects notamment familiaux, médicaux et sociaux. Ce travail, associé à une journée d'auditions complétée par une série d'entretiens, est l'occasion d'un rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales au Sénat ²¹.

La liste des personnes auditionnées fait notamment apparaître le monde de la justice des mineurs, le monde médiatique (avec le représentant de deux radios nationales), le monde de la protection de l'enfance (avec des associations de protection de l'enfance ou de prévention spécialisée), le monde de la santé psychique (avec des médecins de la psychiatrie infanto-juvénile, un psychologue et un représentant d'une association engagée dans la prévention du suicide), des représentants de l'État (avec la défenseure des enfants et le ministre délégué à la Famille) et un représentant des associations familiales.

La notion de souffrance, toujours en plein essor, est évidemment évoquée et elle concerne ici l'ensemble d'une catégorie d'âges, dans la mesure où tous les adolescents sont supposés traverser une « *crise identitaire* ».

« *Le constat est aujourd'hui celui d'une violence accrue des manifestations de crise et de la généralisation d'un certain mal-être dans l'ensemble de la population adolescente* » [p.8]

Pour définir la souffrance, le rapport cite « *l'hypersensibilité des jeunes aux conflits de toute nature [sont cités : les peines de cœur, les conflits avec la famille, les enseignants, les autres adultes ou les autres enfants]* », ainsi qu'une liste toujours plus

²¹ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du rapport : LORRAIN Jean-Louis, *L'adolescence en crise*, Rapport d'information n° 242 (2002-2003) fait au nom de la commission des affaires sociales pour le Sénat, 3 avril 2003

longue de « conduites à risque », ajoutant à celles citées l'année précédente par la défenseure des enfants « *l'enfermement dans l'échec* » (social, scolaire, affectif, sportif, etc.), les rapports sexuels « *fréquents et sans lendemain* », le « *deal* ». Le rapport fait également un lien entre la souffrance et les « *troubles mentaux* » (sont cités : les « *troubles anxieux ou de l'humeur* », « *l'hyperactivité* », les « *troubles oppositionnels* », la « *dépression* »).

Il apparaît donc à nouveau, dans ce rapport, que la définition de la souffrance est relativement indéterminée, se situant entre les expériences sociales négatives, en particulier pour ce qui relève des relations aux autres (en famille, à l'école, mais aussi avec les pairs), et la maladie mentale.

Pour prendre en charge la souffrance des jeunes, le rapport appelle à la fois à soutenir l'existant, notamment en développant la médecine scolaire et en renforçant la pédopsychiatrie, et à créer des maisons des adolescents.

« *Troubles psychiques et souffrance mentale* »

Quelques mois plus tard en septembre 2003, le rapport dit « rapport CLÉRY-MÉLIN », relatif à la redéfinition d'un plan d'actions pour la psychiatrie et la santé mentale²², fait état de la mission confiée par le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées en vue de réorganiser l'offre de soins dans un contexte financier limité.

À l'issue de multiples auditions et groupes dits « de concertation », sept axes prioritaires sont proposés pour ce plan d'actions, le troisième s'intitule « *mieux dépister et mieux traiter les troubles psychiques des enfants et des adolescents, promouvoir leur santé mentale* ». Nous sommes ici explicitement dans le secteur de la psychiatrie, pourtant la souffrance psychique et les maisons des adolescents s'invitent à nouveau dans les débats.

La souffrance des jeunes est presque exclusivement décrite comme psychique ou mentale et considérée comme un domaine qui s'ajoute « *aux pathologies qui relèvent spécifiquement de la psychiatrie [sont cités : l'anxiété, la dépression, les addictions, les troubles du comportement alimentaire, les suicides]* ».

²² Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du rapport : CLÉRY-MÉLIN Philippe, KOVÉSS Vivianne, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission CLÉRY-MÉLIN au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 15 septembre 2003

Pour les auteurs, cette souffrance se distingue de la maladie mentale en termes de « *niveaux de gravité des problèmes* ». Elle est associée aux notions de « *démoralisation* » et de « *détresse psychologique* », elles-mêmes associées à « *un contexte d'événements négatifs* », tels que « *l'exposition à un traumatisme psychique ou social* ». En outre et pour la première fois dans le discours public, la souffrance psychique est envisagée comme une occasion de « *repérer* » les troubles mentaux de façon « *précoce* ».

Ce rapport inscrit donc la notion de souffrance dans le périmètre des troubles et maladies mentales, tout en la différenciant des pathologies chroniques. La souffrance à l'adolescence est ainsi considérée comme un état réactionnel, transitoire, susceptible de s'estomper avec le temps.

Outre les propositions relatives à la prise en charge psychiatrique des maladies mentales, le rapport préconise lui aussi de prendre spécifiquement en charge cette souffrance.

Il propose notamment de développer des actions de prévention et de promotion de la santé mentale, de mieux former les professionnels de première ligne au repérage précoce des troubles, ainsi que de « *développer des interventions ciblées en évitant toute stigmatisation* ». L'offre purement psychiatrique est en effet considérée comme difficilement accessible pour les adolescents, en raison des représentations négatives qui lui seraient associées.

Les rapporteurs plaident donc à leur tour pour le développement de dispositifs tels que les maisons des adolescents, appelés à proposer une dimension thérapeutique, à recevoir les parents et à se coordonner avec les services traditionnels de santé. Les prises en charge souples, accessibles sans délai et dédiées aux jeunes qu'elles sont susceptibles de proposer sont encouragées.

« *Troubles psychiatriques et "mal-être" ou révolte* »

En février 2004, l'Inspection générale des affaires sociales publie un rapport ²³ relatif à la prévention et la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques, dans le cadre de son programme de travail sur la psychiatrie des adolescents.

²³ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du rapport : JOURDAIN-MENNINGER Danièle, STROHL-MAFFESOLI Hélène, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027 à l'Inspection générale des affaires sociales, février 2004

Parmi la liste des personnes auditionnées, sont notamment cités des médecins psychiatres et des médecins de santé scolaire, des représentants des associations familiales, des collectivités territoriales, des établissements médico-sociaux, des établissements scolaires, de la justice des mineurs, des maisons des adolescents, des ministères ou de leurs services déconcentrés (notamment en charge des Affaires sociales, de l'Éducation nationale, de la Justice ou de la Santé).

La souffrance des jeunes n'est d'abord évoquée que pour souligner son caractère flou et affirmer qu'elle ne relève pas de la psychiatrie.

« Les troubles psychiatriques font partie de ce que les psychiatres nomment troubles psychiatriques avérés et non pas de ce qu'on nomme un peu partout et dans tous les contextes, souffrance psychique » [p.3]

La souffrance est ainsi considérée comme relevant « *des conséquences psychiques de l'âge, de la précarité...* », ou de « *la crise adolescente simple* ».

Elle est explicitement distinguée des troubles psychiatriques, lesquels sont à nouveau décrits comme « *graves, soudains, très intenses* ». Notons que parmi ces troubles, le rapport cite les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire (boulimie et anorexie), les troubles de l'humeur (présentés comme susceptibles de conduire à des tentatives de suicide et à des suicides) et la schizophrénie.

Pour différencier ces troubles de la souffrance psychique, l'accent est mis sur le contexte social. La souffrance des jeunes est associée aux interactions scolaires (en particulier avec les enseignants), à la pauvreté, aux difficultés familiales (en particulier dans les familles « *instables* » ou « *fermées* », ou encore quand les attentes scolaires des parents relèvent de « *l'indifférence* » ou « *du harcèlement éducatif* ») et aux interactions avec les pairs (par exemple dans une « *tribu délinquante* »).

La souffrance des jeunes est donc clairement associée au mal-être social.

Néanmoins, elle est aussi mobilisée pour décrire la spécificité des troubles psychiatriques chez les adolescents et les jeunes adultes. Présentée comme un de leurs symptômes, elle est alors associée à divers indicateurs psychologiques, somatiques ou comportementaux : « *perte de sommeil, angoisses, troubles de l'alimentation, retrait social et dysfonctionnements scolaires de divers ordres, notamment absentéisme scolaire* ».

Sans le formuler aussi clairement que dans le rapport précédent, la souffrance est donc aussi envisagée comme un outil en faveur du repérage précoce des troubles psychiatriques.

Pour prévenir et prendre en charge ces troubles, le rapport préconise une réponse « *rapide, simple et crédible* » et des « *interventions concertées* » avec « *toutes les structures du médico-social et du social* ». Les difficultés de la psychiatrie à organiser la continuité de ses prises en charge et à collaborer avec les autres intervenants de la jeunesse sur les territoires sont soulignées. Les saisines inadaptées des professionnels du monde socioéducatif, en attente d'hospitalisation des jeunes alors que leurs demandes ne sont pas fondées « *cliniquement* » sont critiquées.

La place des maisons des adolescents en amont de la psychiatrie, au même titre que les missions locales ou diverses consultations spécialisées pour adolescents, est alors valorisée. Les rapporteurs ont visité la maison de l'adolescent du Havre et soulignent l'intérêt de l'offre qualifiée de « *généraliste* » qu'elle propose, avec une équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle, sans « *connotation psychiatrique ou hospitalière* ».

Néanmoins, à l'encontre des attentes récurrentes formulées dans le débat public, les rapporteurs considèrent que ce dispositif est adapté au contexte de l'offre de soins locale et « *qu'il ne serait pas judicieux de multiplier [les maisons des adolescents] dans tous les départements de manière systématique* ».

« *Une indéniable fragilité* »

La préconisation précédente n'est pas suivie d'effet. Dans leurs discours de lancement de la Conférence de la famille consacrée à l'adolescence en mars 2004²⁴, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et le ministre délégué à la Famille relaient les attentes présidentielles de développement des maisons des adolescents sur l'ensemble du territoire national.

Ils s'appuient sur les travaux menés par différents groupes de travail en amont de la Conférence, en particulier celui en charge des questions de santé à l'adolescence (qui a notamment auditionné des professionnels des mondes politiques, de la protection de l'enfance, de la recherche, de la santé, ou du monde scolaire).

La notion de souffrance est ici associée aux transformations inhérentes à cet âge de la vie (« *sur le plan physique et sur le plan psychique* »), aux évolutions sociétales (sont nommés : les « *bouversements familiaux* », la « *précarisation* » et la « *fragilisation* »).

²⁴ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues de : Conférence de la Famille, présentée par le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et le ministre délégué à la Famille, 17 mars 2004

des repères ») et aux conduites considérées « à risque » (sont citées : « *consommation de tabac, d'alcool ou de drogue, violence, absentéisme scolaire* » pour les garçons, « *douleurs, troubles des conduites alimentaires, dépression, tentative de suicide* » pour les filles).

La souffrance relève essentiellement du mal-être social et du risque de rupture des liens sociaux. Elle concerne les jeunes qui n'y arrivent pas, ceux qui échouent à s'adapter aux changements et aux évolutions sociétales et qui sont alors susceptibles de « *se laisser glisser vers la délinquance* ».

Le ministre insiste donc sur l'importance du repérage de cette souffrance et de l'organisation précoce de sa prise en charge, considérée comme spécifique à l'adolescence. Il s'agit de soutenir les jeunes et de les protéger, avant que la société ne soit contrainte de se protéger de leurs comportements déviants.

Parmi les préconisations formulées par les groupes de travail, outre l'amélioration des prises en charge sanitaires (en matière de formation des médecins, d'examens de prévention ou de conditions d'hospitalisation), la prise en charge proposée par les maisons des adolescents existantes est mise au premier plan.

Ces dispositifs sont ici présentés comme « *facilement identifiables* » et comme « *une porte d'entrée facilement accessible dans le réseau [de santé de proximité]* », susceptibles de proposer « *une meilleure prise en compte des questions de santé, une meilleure écoute des problèmes spécifiques qui peuvent toucher certains adolescents* ».

Dans cette période du début des années 2000, la définition de la souffrance dans le discours de l'action publique en direction de la jeunesse n'est donc pas stabilisée.

Le plus souvent associée à l'adjectif « *psychique* », elle a simultanément plusieurs formes d'existence qui cohabitent, même si toutes décrivent une expérience juvénile négative. Cette polysémie permet non seulement de nommer une grande diversité de situations, mais aussi de gommer leurs spécificités.

Pour les uns, il s'agit d'un problème potentiellement médical et mortel pour un nombre limité de jeunes qui présentent des maladies mentales. Pour les autres, elle relève du contexte social et du mal-être relationnel. Parfois, elle est associée à ces deux représentations en même temps et, pour tous, à une liste croissante et hétérogène de pratique juvéniles considérées « à risque ».

Les acteurs engagés dans le débat public catégorisent alors, d'une manière ou d'une autre, les expériences individuelles de la souffrance, soutiennent ou critiquent

les offres de prise en charge existantes, se positionnent en faveur de leur amélioration ou de la création de nouveaux dispositifs et s'inscrivent ainsi dans des luttes définitionnelles.

Dans la même période du début des années 2000, ces mêmes processus se retrouvent à l'échelle des territoires locaux (infra-départementaux, communaux, voire des quartiers).

1.3 Organiser la prise en charge à l'échelle des territoires

La notion de souffrance est aussi utilisée par les acteurs locaux pour décrire de multiples expériences individuelles et son caractère sous-déterminé permet à de nombreux professionnels de se sentir directement concernés par sa prise en charge et de se fédérer pour agir.

Divers agencements locaux s'organisent ainsi sur les territoires entre les acteurs impliqués, rendus possibles par l'engagement de différentes organisations en charge de la jeunesse pour travailler collectivement et proposer une réponse à la souffrance des jeunes.

1.3.1 La souffrance comme thème fédérateur

À l'échelle locale, la forme lexicale « souffrance » peut être utilisée en même temps et dans les mêmes espaces par des élus, des professionnels ou des représentants des associations ou du secteur privé, des collectivités territoriales, de l'État ou de ses administrations et opérateurs, intervenant auprès des adolescents et des jeunes adultes dans les mondes de l'insertion, de la justice, du médico-social, de la protection de l'enfance, de la santé somatique ou psychique, ou encore dans les mondes scolaire ou social.

Dans leurs échanges et de la même manière que dans les débats à l'échelle nationale, ils ne parlent alors pas tout à fait de la même chose, tous n'ont pas les mêmes représentations ni les mêmes définitions de la souffrance, mais ils s'entendent sur le fait que certains jeunes les inquiètent.

Quand ils parlent de souffrance, les acteurs évoquent des situations d'adolescents et de jeunes adultes qui montrent ou disent qu'ils ne vont pas bien, ou encore des pratiques juvéniles déviantes par rapport aux normes ou aux règles sociales (par exemple avec les comportements violents, l'isolement ou le retrait de la scène scolaire)

ou par rapport aux attentes sociales de préservation du capital santé²⁵ (par exemple avec les consommations de cannabis ou d'alcool, les pratiques alimentaires déviantes, la sexualité non protégée ou les tentatives de suicide).

Le vocabulaire de la souffrance est ainsi utilisé dans le langage technique et dans les pratiques quotidiennes des professionnels pour formuler leurs préoccupations. Au gré de l'actualité, ce vocabulaire apparaît aussi dans des revues spécialisées, des sites internet ou des blogs, qui font le récit des souffrances que les professionnels vivent eux-mêmes et de celles qu'ils écoutent dans leurs interventions auprès des usagers²⁶.

La mobilisation de ce répertoire lexical dans les discours professionnels s'inscrit vraisemblablement non seulement dans la référence aux textes de l'action publique qui encadrent l'activité, mais aussi dans des influences croisées, entre l'héritage catholique²⁷ des professions ou des organisations éducatives, sanitaires et sociales et le développement des références psychanalytiques²⁸ dans les interventions auprès des jeunes et des familles.

Le registre de la souffrance est également investi par de multiples collectivités territoriales, qui veulent participer à sa prise en charge dans leurs interventions en direction des adolescents et des jeunes adultes en difficulté. Cette démarche volontaire se manifeste dans la participation de nombreuses collectivités à l'action publique de santé, le plus souvent entre des acteurs locaux engagés dans une action partenariale pour prendre en charge le mal-être des jeunes.

Cependant, il n'est pas rare que les configurations locales inscrivent les projets de santé en direction des jeunes dans des interactions concurrentielles, des projets différents pouvant être portés par plusieurs collectivités sur les mêmes territoires, avec des objectifs proches, chacune voulant valoriser son intervention et ses efforts en direction de la jeunesse [MONNERAUD, 2010].

25 La formule « préservation du capital santé » vise à souligner l'injonction sociale faite aux individus de se responsabiliser, pour prendre eux-mêmes soin de leur santé et gérer les risques éventuels qui pourraient la menacer, à moyen ou long terme [PERETTI-WATEL, 2010]

26 Voir par exemple les sommaires des revues *Empan* ou *Santé mentale* ; ou encore la rubrique « en souffrance » du blog du journaliste et travailleur social Jacques TRÉMENTIN : <http://trementin.com/joomla/livres/en-souffrance>

27 Dans la religion chrétienne, les hommes sont condamnés à une vie de souffrance sur terre

28 Dans *Le malaise dans la civilisation* (ouvrage dont le titre est parfois traduit de façon littérale comme *Le malaise dans la culture*), Sigmund FREUD décrit la souffrance comme une composante normale de la vie humaine, confrontée à « la surpuissance de la nature, la caducité de notre corps et la déficience des principes qui règlent les rapports des hommes entre eux dans la famille, l'État et la société » [FREUD, 1995, cité dans RENAULT, 2008]

Ainsi, sur le territoire de la recherche, à quelques années voire quelques mois d'intervalle, la métropole a organisé ses « *assises métropolitaines de la politique de la ville* » sur le thème de la jeunesse (l'un des objectifs du contrat de ville visant à favoriser l'accès aux soins pour les jeunes dits « *en souffrance psychique* »), le conseil départemental a défini un « *plan départemental par et pour les jeunes* » (l'une des quatre priorités visant à « *promouvoir et agir pour le bien-être* ») et le conseil régional a élaboré une « *stratégie régionale des jeunes* » (l'un des thèmes visant la prévention des risques en matière de santé).

Pour les collectivités concurrentes, les enjeux de l'usage du vocabulaire de la souffrance sont alors susceptibles d'être davantage d'ordre politique et symbolique que motivés par l'efficacité et la plus-value des actions menées.

Dans les contextes locaux, la prise en charge des jeunes s'inscrit donc dans des systèmes de prise en charge complexes.

Les organisations de la jeunesse en interaction sont souvent nombreuses, hiérarchisées entre elles (toutes n'ayant pas les mêmes capacités à définir leurs missions et leurs publics), interdépendantes (les changements dans l'activité des unes modifiant celle des autres, mêmes si elles ne travaillent pas directement ensemble) et influencées par l'histoire et les traditions de l'intervention publique locale [DASSIEU, 2015 ; SICOT, 2009, (dir.) 2019].

Néanmoins, au début des années 2000, de nombreuses expérimentations s'organisent sur les territoires pour créer des dispositifs de prise en charge de la souffrance des jeunes.

Des acteurs volontaires se réunissent et s'engagent dans des processus d'association et de coopération, à partir de diagnostics communs relatifs à l'inadaptation des prises en charge existantes et à la nécessité de construire collectivement des réponses transversales et de proximité [RAVON, LAVAL, 2015].

La multiplication de ces expérimentations montre que le vocabulaire de la souffrance n'est pas utilisé dans les seules arènes publiques relatives à la santé des jeunes, mais qu'il s'est aussi diffusé en même temps dans l'espace public à l'échelle locale, à partir des intérêts convergents de bon nombre d'acteurs, qui se sont fédérés « sur le terrain » en son nom.

Le thème de la souffrance constitue un point de départ rassembleur, permettant de partager des constats disparates et de confronter les analyses des problèmes et des besoins locaux des adolescents et des jeunes adultes.

Progressivement et dans différents territoires, les acteurs parviennent à des compromis et construisent des projets communs pour prendre en charge cette souffrance, dans une dynamique qui se joue à peu près chaque fois de la même manière.

« Des consensus se font autour de diagnostics (déficit de prise en charge adaptée à la spécificité des adolescents et des jeunes adultes), des objectifs (nécessité de pallier ces manques) et des référentiels d'action (la souffrance psychique, psychologique ou psychosociale), pour favoriser l'émergence de configurations partenariales et de coalitions dans les actions locales » [MAILLARD, 2011]

Les intervenants locaux en charge de la jeunesse font systématiquement le constat de leurs difficultés à proposer des prises en charge pour les jeunes qu'ils considèrent en souffrance :

- soit des dispositifs spécialisés existent mais leurs délais d'attente représentent un frein pour accéder à la prise en charge, ou bien les modalités de leur prise en charge sont considérées comme inadaptées pour le public adolescent ;
- soit aucun service n'est spécifiquement concerné et les professionnels des organisations qui accueillent des jeunes en souffrance se sentent démunis et ne parviennent pas à proposer une prise en charge ;
- soit les jeunes en souffrance sont considérés comme errants entre les différents dispositifs existants, aucun ne réussissant à les retenir.

Ensuite, les acteurs impliqués initient des dispositifs à la croisée du travail socio-éducatif et du soin psychique, construisant au cas par cas des agencements pluridisciplinaires et partenariaux.

Dans toutes ces expérimentations locales, les établissements hospitaliers sont mobilisés voire initiateurs. Ainsi, alors que les politiques publiques visant à organiser la psychiatrie infanto-juvénile encouragent depuis plusieurs décennies le développement du partenariat avec les établissements scolaires et les secteurs sociaux et médico-sociaux sur les territoires²⁹, il semble que c'est avec l'essor de la notion de

²⁹ Voir notamment : circulaire n° 72-443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents ; circulaire DGS/892/Ms 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile ; circulaire DGS/DH n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents ; plan santé mentale. *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*, présenté par le ministre délégué à la Santé, novembre 2001 ; circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté

souffrance dans les années 2000 que cette attente publique trouve un écho auprès des professionnels.

Quelques exemples de ces expérimentations locales peuvent être citées, toutes menées à la fin des années 1990 – début des années 2000 :

- Au Havre, la première maison des adolescents de France est créée par le centre hospitalier, associé notamment à la mission locale, au club de prévention spécialisée et au foyer de jeunes travailleurs. Le projet fait suite à plusieurs années d'échanges et de réflexion collective, les acteurs impliqués étant confrontés à l'arrivée dans leur public respectif de jeunes en souffrance psychique, peu enclins à se rendre dans les lieux de soins habituels, adressant leur demande d'aide et d'écoute à plusieurs dispositifs, sans s'investir dans aucune prise en charge³⁰ ;
- À Poitiers³¹, les acteurs locaux constituent un dispositif de prise en charge à partir de deux réseaux « *un premier cercle constitué autour de la santé de l'adolescent, un second dans lequel viennent prendre place tous les partenaires concernés, Éducation nationale, justice, protection judiciaire de la jeunesse, services d'investigations et de médiations judiciaires, brigade des mineurs, aide sociale à l'enfance, action sanitaire et sociale, pédiatrie du CHU, sécurité routière, etc.* ». Il s'agit de regrouper l'ensemble des moyens d'accueil et de soins spécifiques aux adolescents autour du service de psychiatrie infanto-juvénile local (lits d'hospitalisation, hôpital de jour, places en établissements spécialisés, permanences d'infirmiers spécialisés, supervision des professionnels) en convention avec ses partenaires ;
- À Dreux, un dispositif associatif regroupe notamment la psychiatrie infanto-juvénile ambulatoire, les points accueil écoute jeunes, des clubs de théâtre et de musique, des clubs sportifs, un accueil familial et thérapeutique, un centre spécialisé pour les enfants autistes. Il s'agit ici de favoriser l'accès des adolescents « *à la prise en charge de leurs difficultés de multiples manières* » et de coordonner l'ensemble des organisations concernées par la jeunesse (médico-social, justice, protection de l'enfance, etc.) ;

³⁰ FUSEAU, 2015, *op. cit.*

³¹ Cet exemple à Poitiers, comme les deux suivants à Dreux et à Nice, sont décrits par la défenseure des enfants dans son rapport annuel. Les citations en italique et entre guillemets pour ces trois expérimentations sont ainsi toutes issues de : BRISSET Claire, *Au-devant des plaintes muettes*, Rapport annuel du défenseur des enfants au président de la République et au Parlement, année 2002, pp.171-174

- À Nice, une unité intersectorielle hospitalière pour les adolescents dits difficiles est créée au centre hospitalier, en collaboration avec la ville, l'Éducation nationale, la police et les services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- Enfin, plusieurs maisons des adolescents se créent à la suite du Havre, cinq sont en activité ou en projet en 2004 : à Bordeaux, Marseille, Tahiti, Bobigny et Paris ³².

Dans les pratiques auprès des jeunes et quels que soient les secteurs de l'intervention publique concernés, les modalités supposées adaptées pour la prise en charge de la souffrance font l'objet d'un large consensus [MAILLARD, 2011].

En écho avec les attentes de prise en charge déclinées dans le débat public à l'échelle nationale, il s'agit ainsi d'apporter :

- des réponses globales et souples (accès possible à tout moment, sans nécessité d'exprimer une demande ni de s'engager dans un protocole de soins, adaptation dans les horaires, réactivité de la réponse) ;
- dans des lieux dédiés aux jeunes et non stigmatisés (si possible hors de l'hôpital) ;
- dans une logique à la fois pluridisciplinaire, inter-organisations et réticulaire ;
- en développant d'autres modalités que la relation duelle avec un professionnel (petit groupe, médiation thérapeutique, etc.).

Malgré ces dynamiques communes sur l'ensemble du territoire national, la prise en charge de la souffrance des jeunes, devenu un thème sensible considéré comme relevant de l'intérêt général, s'inscrit progressivement dans un espace concurrentiel.

L'action publique de santé soutient en effet un seul de ces dispositifs, les maisons des adolescents, qui sont rapidement définies comme le modèle à dupliquer, obtenant label et financement dès 2005.

1.3.2 Les maisons des adolescents comme modèle à reproduire

Comment expliquer l'engouement pour cet agencement particulier ? Quelles stratégies ont permis de convaincre le ministère en charge de la Santé de soutenir et financer le développement des maisons des adolescents ?

Certes, elles proposent une offre de prise en charge selon les modalités qui font consensus pour l'ensemble des acteurs, mais elles ne sont pas les seules, cet argument n'est donc pas suffisant. Il faut aussi souligner que, d'une part, les professionnels des

³² RUFO Marcel, JOYEUX Henri, *Santé, adolescence et familles*, Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004 pour le ministre délégué à la famille, 2004

maisons des adolescents s'organisent pour les valoriser et que, d'autre part, le soutien de personnalités influentes et l'engagement de médecins psychiatres médiatisés leur donnent une grande visibilité dans les arènes publiques.

Même si elle n'existe pas encore en ce début des années 2000, l'association nationale des maisons des adolescents a joué un rôle important pour représenter ces dispositifs dans l'espace public.

Quatre responsables de maisons des adolescents en activité au début des années 2000 (Le Havre, Marseille, Caen, Nantes) établissent les prémices d'une stratégie de communication sur l'activité de ces dispositifs auprès des pouvoirs publics. Dès 2006, ils organisent des journées nationales annuelles, qui continuent encore aujourd'hui de réunir de nombreux professionnels et auxquelles des représentants de l'État sont invités (divers ministres sont régulièrement présents). Dans un article relatant la création de l'association nationale (effective en 2008), ils expliquent leur volonté de développer et pérenniser les maisons des adolescents, tout en s'inquiétant de leur « fragilité (...) statutaire, financière, organisationnelle »³³.

Ainsi, à l'instar d'autres dispositifs de prise en charge de la souffrance existant avant elles, les maisons des adolescents s'organisent collectivement³⁴ et affichent leur volonté de faire connaître leurs interventions, de participer au débat public et de peser dans l'élaboration des politiques de jeunesse. L'un des présidents de l'association nationale énonce clairement ce choix de se constituer en « *lobbying d'intérêt général* » pour éviter de voir « *les questions d'enfance et d'adolescence se diluer dans les politiques publiques de solidarité* »³⁵.

D'emblée, l'association nationale des maisons des adolescents se donne alors pour mission, outre le soutien aux dispositifs existants ou en création, de « *rendre visibles, pour l'ensemble de leurs partenaires, leurs missions, leurs organisations et les textes qui les fondent* » et d'« *être l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics autour de l'adolescence* »³⁶.

³³ Voir l'article du site internet de l'association nationale : « Petite histoire romancée de la naissance de l'ANMDA ou "Caen, qu'est-ce que tu prends? Un AN08" », 15 mai 2013, [En ligne] <https://anmda.fr/actualites/historique>

³⁴ Les points accueil écoute jeunes s'organisent en association nationale en 1997, les espaces santé jeunes en fédération nationale en 2004, les maisons des adolescents en association nationale en 2008

³⁵ ROSIER Florence, « Patrick COTTIN, ambassadeur de la cause adolescente », *Le Monde*, 27 mars 2018

³⁶ Voir le site internet de l'association nationale des maisons des adolescents qui présente ses missions : <https://anmda.fr/presentation-lassociation-nationale-maisons-adolescents>

Elle propose également de « *produire et/ou diffuser des savoirs et recommandations de bonnes pratiques* », ce qui sera plus tard effectivement mobilisé par la direction générale de la santé.

Durant la période des débats relatifs à l'offre de prise en charge à apporter aux jeunes en souffrance, les maisons des adolescents commencent donc à organiser leur représentation, disposant ainsi de porte-paroles pour les valoriser, qui s'invitent dans les missions et groupes de travail parlementaires et qui, quand ils ne sont pas invités, parviennent à se faire entendre dans des espaces plus discrets, par exemple dans les cabinets des ministères, dans les conseils nationaux concernés par l'adolescence ou auprès de la défenseuse des enfants.

Le soutien apporté par cette dernière apparaît comme particulièrement influent. Claire BRISSET cite ainsi l'expérience de la maison de l'adolescent du Havre dès 2001, puis de façon répétée dans ses écrits suivants, proposant de créer une maison des adolescents d'abord dans chaque région, puis à partir de 2002 dans chaque département, proposition qui sera immédiatement reprise par le président de la République.

Particulièrement séduite par sa visite du dispositif havrais, elle profite de plusieurs espaces politiques de débat où elle est invitée pour le citer et le présenter comme un modèle, sans lésiner sur les formules pour valoriser « *l'équipe enthousiaste qui y travaille* » ou encore la dimension à la fois psychique et somatique de la prise en charge, qui « *dédramatise l'abord* » et « *se présente par nature comme "aidant" et non stigmatisant* »³⁷.

Bernadette CHIRAC a elle aussi visité la maison des adolescents du Havre, dès son ouverture. Les propositions de prise en charge dans ce dispositif lui apparaissent comme plus ouvertes aux familles que ce qu'elle a elle-même connu, elle porte alors le projet d'ouvrir un tel dispositif à Paris³⁸ et valorise donc l'expérimentation du Havre dans ses diverses interviews au début des années 2000.

Avec ce projet parisien de la maison de Solenn qui ouvre ses portes fin 2004, la valorisation des maisons des adolescents dans les arènes publiques, notamment médiatiques, passe à une autre échelle.

³⁷ Les citations en italique et entre guillemets sont toutes issues du rapport : BRISSET, 2002, *op.cit.*

³⁸ Il en existe aujourd'hui deux à Paris : la maison de Solenn ou maison des adolescents de Cochin et la maison des adolescents Robert DEBRÉ, portées par l'assistance publique-hôpitaux de Paris, pour les adolescents et les jeunes adultes qui vivent au nord de la ville

L'épouse du Président CHIRAC mobilise son large réseau et la presse s'en fait l'écho. Elle s'appuie sur l'opération « pièces jaunes » de la fondation hôpitaux de Paris-hôpitaux de France³⁹ qu'elle préside, convainc l'assistance publique-hôpitaux de Paris de s'engager et développe des manifestations diverses pour lever des fonds, avec le soutien du couple POIVRE D'ARVOR.

Bien qu'inspiré de la maison de l'adolescent du Havre, le projet parisien présente ainsi une toute autre envergure. Dans un bâtiment sur trois étages, spécialement construit pour l'occasion, le dispositif initial d'accueil et de prise en charge des jeunes en souffrance est complété de vingt lits d'hospitalisation, d'équipements divers pour des ateliers culturels (une salle de musique, une salle de danse et une médiathèque) et d'une unité de l'institut national de recherche médicale (INSERM) consacrée à la psychiatrie de l'adolescent.

Pour l'inauguration de cette maison des adolescents, un grand nombre de personnalités des mondes de la chanson, de la mode et de la télévision, du monde de l'entreprise et de la finance, ainsi que du monde politique font le déplacement. Si la maison de l'adolescent du Havre a plusieurs fois été citée dans la presse⁴⁰, l'inauguration de la maison des adolescents parisienne est encore plus largement relayée et de façon très favorable⁴¹.

Par la suite, la maison de Solenn continue d'inviter les médias qui se déplacent à chaque événement, tels que l'organisation de colloques, de collaborations avec des artistes, de concerts organisés pour lever des fonds, ou la visite de personnalités publiques⁴².

De même, sur l'ensemble du territoire national, la presse et la radio s'intéressent spontanément aux maisons des adolescents et à leurs professionnels, qui semblent à leur tour construire de véritables stratégies de médiatisation.

³⁹ La fondation est restée mobilisée avec l'opération « pièces jaunes », non seulement sur le financement de cette maison des adolescents parisienne, mais aussi sur le soutien au financement de nombreux autres projets sur le territoire français (en 2019, l'opération « pièces jaunes » a participé à la création de 67 maisons des adolescents)

⁴⁰ Avec notamment des articles dans *Libération* et *Le Parisien* fin 2002, dans *L'Express* en janvier 2003

⁴¹ Avec notamment des articles dans *Le Monde*, *Le Nouvel Observateur*, *Le Parisien*, *Le Télégramme* et *Rfi* en novembre 2004, dans *Les Échos* et *La Croix* en décembre 2004

⁴² Avec notamment une vingtaine d'articles publiés entre 2005 et 2019 dans des quotidiens ou des revues nationales telles que *La Croix*, *Le Figaro*, *Le Journal des femmes*, *Le Monde*, *La Revue de l'infirmière*, ou *Marie-Claire*; diverses émissions de radio, notamment sur *France Inter*, *France Musique* ou *Rtl*; ou encore des films documentaires, notamment celui de Stéphane KRAUSZ en 2007 consacré à quatre adolescentes pendant leur prise en charge, intitulé *Quand l'adolescence fait mal*

À minima, la sollicitation de la presse locale apparaît comme une pratique habituelle et les portes de ces dispositifs sont facilement ouvertes aux projets de reportages relatifs à la jeunesse en souffrance et à ses prises en charge ⁴³.

Les maisons des adolescents séduisent les journalistes. Selon les descriptions dans la presse, elles répondent aux besoins, elles sont accessibles, leurs locaux donnent envie aux jeunes d'en pousser la porte.

En outre, dans un contexte où les médias sont friands des « psy » [MEHL, 2003], les médecins de ces dispositifs répondent facilement aux demandes d'interviews, au gré de l'actualité des projets de santé ou des faits divers, en tant qu'experts de l'adolescence.

D'ailleurs, l'intérêt des mondes médiatique et politique pour les maisons des adolescents est vraisemblablement aussi lié aux caractéristiques de deux médecins psychiatres qui ont dirigé le dispositif parisien : Marcel RUFO puis Marie-Rose MORO.

Ces médecins à la frontière entre plusieurs mondes, le monde de la psychiatrie infanto-juvénile et le monde des maisons des adolescents, mais aussi les mondes politique et médiatique, se sont engagés en faveur de ce dispositif au début des années 2000.

Ils réussissent à se positionner comme des intermédiaires entre ces mondes, en mobilisant leurs ressources et leurs réseaux diversifiés, qui échappent à d'autres acteurs en concurrence, pour présenter les maisons des adolescents comme une réponse pertinente au problème public posé par la souffrance juvénile.

- Après avoir dirigé un service hospitalier pour adolescents à Marseille, Marcel RUFO est en charge de la maison de Solenn dès son ouverture en 2004.

À cette période, il présente également une chronique hebdomadaire sur *Europe 1* et publie plusieurs ouvrages relatifs à l'adolescence, la plupart destinés aux parents. Il est mandaté par le ministre délégué à la Famille, qui s'adresse à son « *cher ami* » ⁴⁴, pour coordonner l'ensemble des groupes de travail préparatoires à la Conférence de la famille en 2004 – souvent citée par les professionnels comme l'arène publique à l'origine du programme de développement des maisons des adolescents.

⁴³ Avec notamment plusieurs dizaines d'articles publiés depuis les années 2000 dans des quotidiens tels que *20 mn*, *La Dépêche du Midi*, *La Nouvelle République du Centre-Ouest*, *Le Journal du Pays Basque*, *Le Parisien*, *Le Républicain Lorrain*, *Le Télégramme*, *Ouest France*, ou *Sud-Ouest*

⁴⁴ Lettre de mission, In RUFO, JOYEUX, 2004, *op. cit.*, p.6

- Marie-Rose MORO dirige un service pour enfants et adolescents au centre hospitalier de Bobigny puis la maison des adolescents Casita créée dans ce service en 2004, avant de succéder à Marcel RUFO pour diriger la maison de Solenn à Paris en 2008. Membre de plusieurs conseils scientifiques (d'associations médicales, de diplômes universitaires, de revues), elle préside celui de l'association nationale des maisons des adolescents depuis 2009.

Elle publie, elle aussi, de nombreux ouvrages et chapitres d'ouvrages collectifs relatifs notamment à l'adolescence et aux pratiques de prise en charge. Elle est très présente dans les médias, collaborant régulièrement à une émission télévisée sur *France 5* ou avec les stations de radio *France Culture*, *France Inter*, ou encore *Radio France Internationale*. Elle répond souvent à des interviews où elle est invitée comme experte des questions de l'adolescence.

Elle est également une habituée des espaces politiques de réflexion et de débats où elle est auditionnée et membre de commissions ⁴⁵, elle est aussi récemment nommée rapporteur de la mission nationale ⁴⁶ préparatoire au plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes [2016] – lancé de façon symbolique en même temps que la réactualisation du cahier des charges des maisons des adolescents par le Président HOLLANDE.

Tous deux profitent de ces différentes tribunes pour citer leurs pratiques de médecins hospitaliers d'adolescents et leurs expériences dans des maisons des adolescents.

Le discours porté par ces deux professeurs de psychiatrie – qui se montrent bienveillants à l'égard des adolescents et des familles, optimistes quand ils décrivent les prises en charge de la souffrance dans leurs services respectifs (décrivant plutôt les évolutions positives que les situations dramatiques), clairs et compréhensibles quand ils s'adressent aux journalistes ou aux parlementaires – est susceptible d'intéresser et de convaincre un auditoire non aguerri aux subtilités de la psyché et des pratiques psychiatriques.

⁴⁵ Marie-Rose MORO se voit notamment confier l'animation de l'audition sur le thème « santé mentale et sectorisation infanto-juvénile » dans le cadre de la commission installée par la ministre en charge de la Santé pour réfléchir aux missions et à l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie (les travaux menés par cette commission donnent lieu à un rapport : COUTY Édouard, CECCHI-TENERINI Roland, BROUDIC Patrick, NOIRE Dominique, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Rapport au ministre de la Santé et des Sports, 29 janvier 2009)

⁴⁶ MORO Marie-Rose, BRISON Jean-Louis, *Mission Bien-être et Santé des jeunes*, Rapport au ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, au ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et au ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, novembre 2016

Ils donnent leur avis sur la prise en charge de la souffrance des jeunes. Leur expérience des dispositifs de prises en charge hospitalières les amènent à positionner les maisons des adolescents comme complémentaires plutôt que concurrentes de la psychiatrie infanto-juvénile, qu'ils soutiennent et dont ils soulignent les difficultés. Ils mobilisent notamment l'argument de l'impossibilité pour les services hospitaliers de répondre à toutes les attentes, dans un contexte général d'augmentation des demandes de soins ⁴⁷ par les jeunes et leurs familles.

Ces arguments se déploient au début des années 2000, dans une période où la perspective de développement des maisons des adolescents, seul dispositif soutenu et validé par l'action publique de santé, focalise plusieurs critiques.

En particulier, plusieurs acteurs soulignent le caractère paradoxal de la création d'un nouveau dispositif, susceptible de complexifier encore davantage le paysage de l'offre de santé mentale en direction de la jeunesse, pourtant décrit comme peu lisible et mal coordonné, alors même que les organisations existantes ont besoin d'être soutenues et pérennisées.

Certains évoquent ainsi la multitude et la superposition des dispositifs sur les territoires, tous supposés prendre en charge la souffrance, entraînant des difficultés en matière d'orientation des jeunes et de coordination entre les professionnels.

D'autres considèrent que ces nouveaux dispositifs créent de nouveaux besoins, non prioritaires, fragilisant l'offre existante, alors décrite comme adaptée mais mal reconnue.

D'autres encore critiquent explicitement l'octroi de financements publics aux maisons des adolescents dans le contexte de manque de moyens financiers et humains de la psychiatrie infanto-juvénile.

Le lien avec la médiatisation de la maison de Solenn et l'importance des moyens qui lui sont alloués paraît ici évident.

La presse a ainsi relayé (et empêché) le projet de suppression des crédits d'un service hospitalier dédié aux adolescents par l'assistance publique-hôpitaux de Paris,

⁴⁷ Voir par exemple : BLONDON Mathilde, PÉRISSE Didier, UNNI Sadanandan K.E., WILSON Anna J., MAZET Philippe, COHEN David A.N., « L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol.55, n° 1, 2007 ; CHATAGNER Aurélien, OLLIAC Bertrand, CHOQUET Luc-Henry, BOTBOL Michel, RAYNAUD Jean-Philippe, « Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol.63, n° 2, 2015

pour pouvoir faire face aux obligations financières associées à la création de cette maison des adolescents.

Dans les médias ou dans les débats publics, plusieurs médecins de la psychiatrie infanto-juvénile décrivent alors le déséquilibre criant entre le dispositif parisien qualifié de « vitrine » et les délais d'accès aux soins dans leurs propres services, associés aux contraintes financières et au manque de personnels et de place pour accueillir les jeunes les plus en difficulté.

Les interventions de Marcel RUFO et Marie-Rose MORO en faveur d'une amélioration de l'offre psychiatrique participent vraisemblablement à l'apaisement de ces critiques.

Ces deux médecins se constituent ainsi en « entrepreneurs-frontière » [BERGERON, CASTEL *et al.*, 2013], mobilisant les ressources issues des différents mondes auxquels ils appartiennent, jouant de leurs multiples positions et identités pour passer d'un univers et d'une logique à l'autre, construire des alliances et convaincre de l'intérêt des maisons des adolescents dans la prise en charge de la souffrance des jeunes.

Le rôle de médecins ou d'autres experts dans la construction de problèmes publics et la reconfiguration de l'offre pour les prendre en charge a déjà été montré par la sociologie.

Plusieurs cas analysés – tels que l'élaboration des politiques de lutte contre la toxicomanie dans les années 1970 [BERGERON, 1999] ou de lutte contre l'illettrisme dans les années 1990 [LAHIRE, 2005] – décrivent des espaces sociaux qui se caractérisent par des prises de positions excluantes, des affrontements et des oppositions qui perdurent.

Différemment, si des oppositions et des luttes définitionnelles existent dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse pour caractériser la souffrance et pour désigner les dispositifs susceptibles de la prendre en charge, la teneur des échanges ne ressemble pas aux débats animés et souvent conflictuels parmi les intervenants en toxicomanie.

Certes, les questions posées par la prise en charge de la toxicomanie dans les années 1970 et de la souffrance des jeunes dans les années 2000 ont en commun de prendre place, initialement, dans le monde de la psychiatrie, tout en les présentant comme « *un territoire vierge, à défricher, à pétrir d'ambitions nouvelles* » [BERGERON, 1999, p.49].

Plusieurs médecins psychiatres d'enfants et d'adolescents s'impliquent ainsi dans les débats, présentant chacun avec enthousiasme les dispositifs auxquels ils participent ou qu'ils ont initié sur leurs territoires, vantant leur caractère original et innovant, les situant chaque fois par rapport aux limites de l'offre déjà existante, décrite comme inadaptée aux adolescents en difficulté, eux-mêmes considérés comme réticents par rapport aux propositions traditionnelles.

« De là vient mon intérêt à m'engager dans ce champ de l'adolescence et participer activement à la réflexion de la clinique et de la société sur les nouvelles modalités d'approche de la souffrance à l'adolescence, sous toutes ses formes.

[...] Ainsi, ce qui nous caractérise, c'est la nécessité d'inventer, d'innover, d'imaginer des manières de soigner suffisamment bien adaptées aux adolescents, à leur temporalité et à leur subjectivité »⁴⁸

Cependant, si les deux médecins promoteurs des maisons des adolescents militent pour la constitution de l'adolescence comme une spécialité médicale (comme le médecin Claude OLIVENSTEIN pour la toxicomanie), ils se présentent moins comme des adversaires de la psychiatrie que comme des acteurs intermédiaires entre des mondes en concurrence, qui s'attachent à neutraliser les conflits potentiels.

Ainsi, d'une certaine manière, Marcel RUFO et Marie-Rose MORO sont cosmopolites. Ils voyagent entre les mondes de la psychiatrie infanto-juvénile et des maisons des adolescents, en mobilisant leurs appuis dans les mondes politique et médiatique, pour répondre aux critiques des uns et des autres et limiter les dissensions.

Ni l'un ni l'autre ne quittent leurs fonctions de praticiens hospitaliers, ils s'attachent plutôt à convaincre leurs homologues de la nécessité de participer à la prise en charge de la souffrance des jeunes dans des dispositifs hors de l'hôpital. Ils ne dénigrent pas les pratiques de la psychiatrie infanto-juvénile, ils critiquent plutôt le manque de moyens qui lui sont alloués et les représentations qu'elle suscite, tout en plaidant pour la multiplication et la diversité de ses partenariats. Quand ils sont invités par les médias ou mandatés par les ministres en charge de la Santé, l'un comme l'autre profitent de ces espaces pour à la fois soutenir les demandes de moyens de la psychiatrie infanto-juvénile et valoriser les maisons des adolescents.

⁴⁸ MORO Marie-Rose, « Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? », *Adolescence*, n° 80, vol.2, 2012

La concurrence pour définir le (bon) dispositif et la (bonne) prise en charge de la souffrance des jeunes, entre différentes organisations qui engagent leur identité et leur légitimité, passe alors moins par des rapports de force et de pouvoir conflictuels et excluants que par des stratégies de séduction, d'alliance et la construction de consensus.

Avec l'appui des représentants de l'État, le soutien des médias, le lobbying de l'association nationale et l'engagement de médecins psychiatres, les maisons des adolescents sont non seulement entrées dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, mais leur position y a aussi été valorisée et pérennisée.

Le programme public *maisons des adolescents* lancé en 2005 s'appuie sur les représentations de la jeunesse véhiculées dans le débat public au début des années 2000, en reprenant les manières de formuler le problème posé par la souffrance des adolescents et des jeunes adultes et les arguments énoncés en faveur des différents agencements organisés localement entre les acteurs concernés par sa prise en charge.

L'analyse du discours public, du milieu des années 2000 au milieu des années 2010, met alors en lumière à la fois la stabilisation des attentes publiques et la reconfiguration du positionnement des organisations de la jeunesse pour prendre en charge la souffrance.

CHAPITRE 2

Définition de la (bonne) prise en charge de la souffrance des jeunes dans un espace concurrentiel

La définition de l'offre de prise en charge des jeunes en souffrance évolue au fur et à mesure des débats dans les arènes publiques et dans les espaces plus discrets de la négociation, c'est-à-dire non seulement dans les médias mais aussi dans le cadre d'échanges techniques, plus spécialisés, dans lesquels les acteurs n'ont pas à se justifier publiquement de leurs choix de soutenir tel ou tel dispositif.

Les luttes pour définir la (bonne) prise en charge de la souffrance, susceptible d'accéder aux financements publics, s'inscrivent ainsi dans des espaces d'influence et de pouvoir, avec une intensité très variable, entre des acteurs directement concernés qui tentent de s'approprier les problèmes ou la mise en œuvre de solutions [GILBERT, HENRY, 2012].

Dès le début des années 2000, l'offre proposée par les maisons des adolescents est valorisée par plusieurs représentants de l'État¹. Plus largement, au fur et à mesure des prises de parole, les voix qui les soutiennent précisent leurs attentes et formulent des recommandations pour que leur offre de prise en charge soit adaptée, non seulement aux jeunes en souffrance, mais aussi à leur famille et aux contextes locaux.

Tout au long des années 2000 et 2010, les enjeux pour les maisons des adolescents consistent désormais à maintenir l'attention des décideurs et des financeurs, ainsi qu'à construire des compromis et des alliances avec d'autres acteurs, afin de stabiliser les rôles attribués à chacun.

En effet, dans l'espace social de l'offre de prise en charge de la souffrance des jeunes, il existe un nombre limité de places. Même si les dispositifs sont nombreux et représentent une multitude de professionnels, ils ne sont pas en nombre infini.

Chacun tend à conserver son identité et à valoriser ses pratiques habituelles, pour garder ou gagner une partie du public des jeunes, peu nombreux à l'échelle de la population générale, qui font l'expérience de la souffrance.

¹ Pour simplifier la lecture dans ce chapitre, la formule « représentants de l'État » regroupe les ministres ou les représentants des administrations de l'État à l'échelle nationale, ainsi que les personnes mandatées par l'État, par exemple la défenseure des enfants ou les professionnels et hauts-fonctionnaires chargés de différentes missions nationales

- Les représentants de l'État fixent les règles de fonctionnement du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse (avec les textes législatifs et réglementaires) et définissent le public ciblé et les mécanismes d'attribution des ressources (en particulier les moyens financiers) pour prendre en charge cette souffrance ;
- La psychiatrie infanto-juvénile est en position dominante, dans la mesure où elle contrôle la fonction soignante et les techniques de la prise en charge (en étant presque la seule à proposer des consultations médicales à moyen ou long terme et des traitements) et où elle bénéficie d'une forte légitimité dans le champ, notamment en tant qu'interlocuteur historique de l'État ;
- Plusieurs dispositifs de prise en charge de la souffrance existent sur les territoires et proposent déjà des modalités souples ou « à bas seuil d'exigence » (notamment les points accueil écoute jeunes ou les espaces santé jeunes), considérées comme adaptées aux public des adolescents et des jeunes adultes (absence de condition dans les prises en charge à l'exception de l'âge, possibilité d'accueil immédiat, sans rendez-vous, sans formuler de demande, sans informer les parents) ;
- D'autres organisations traditionnelles de la jeunesse sont également susceptibles d'être concernées par le thème de la souffrance (notamment les missions locales, la prévention spécialisée et les services de la protection de l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, la santé scolaire ou universitaire, les services communaux ou intercommunaux en direction de la jeunesse) et d'autres acteurs de la santé s'impliquent auprès d'adolescents et de jeunes adultes (des médecins généralistes, des médecins de la psychiatrie générale ou d'autres spécialités somatiques, des professionnels du psychisme² dans le secteur libéral).

Même si elles sont sélectionnées et cooptées au plus haut niveau de l'État, les maisons des adolescents se constituent comme « nouvel entrant » dans cet espace, en concurrence avec les autres dispositifs. Leur positionnement au centre de l'offre de prise en charge des jeunes en souffrance (elles sont désignées comme les « *piliers* » du plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes [2016, p.11]) ne va pas de soi.

Elles se démarquent alors en proposant d'emblée des consultations médicales et l'accompagnement des familles. Ce faisant, elles empiètent non seulement sur le périmètre d'action du monde de la santé, somatique et psychique, mais aussi sur celui

² Tout au long de la thèse, la formule « professionnels du psychisme » est utilisée pour désigner (et regrouper) les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes

des dispositifs qui interviennent déjà auprès des jeunes et de leurs parents.

Pour comprendre comment les maisons des adolescents ont affirmé leur place dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, l'attention doit être portée sur les évolutions des attentes publiques concernant l'offre qu'elles proposent et sur la construction des alliances et des oppositions susceptibles de reconfigurer l'équilibre des forces en présence, dans un espace somme toute limité, structuré entre différentes organisations occupant des positions déterminées, certaines renforçant leur influence quand d'autres sont progressivement écartées.

Dans ces objectifs, le corpus des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse continue d'être mobilisé et nous nous appuyons de façon plus précise sur les analyses lexicométriques du programme public *maisons des adolescents*.

Tout au long de ce chapitre, les résultats de ces analyses permettent d'accéder aux représentations et aux positions des différents groupes d'acteurs.

Toutefois, pour situer l'argumentation, il convient de souligner dès à présent quelques grandes tendances qui structurent le discours public relatif à la prise en charge de la souffrance des jeunes.

Présentation de la structure du corpus « programme public *maisons des adolescents* »

Le corpus est composé de seize documents, consacrés intégralement ou majoritairement aux maisons des adolescents et publiés entre 2002 et 2016.

L'analyse statistique distingue 7 293 formes lexicales lemmatisées³ parmi 203 165 occurrences (c'est-à-dire le nombre total de mots) dont 2 465 hapax (c'est-à-dire les formes présentes une seule fois dans le corpus), qui représentent donc 1,21 % des occurrences et un peu plus d'un tiers des formes lexicales – signe de la diversité du vocabulaire employé dans le programme public.

- Sans surprise, les formes actives d'effectif maximum dans le programme public sont les formes « *adolescent* » (1 375 occurrences), « *jeune* » (1 255 occurrences) et « *santé* » (1 149 occurrences);

3 La lemmatisation consiste à regrouper les formes différentes d'un même mot sous une seule forme (par exemple les formes au féminin et au pluriel d'un même adjectif sont regroupées sous une seule forme au masculin singulier), qui devient une adresse dans le lexique du corpus construit par le logiciel IRaMuTeQ

- Puis vient la forme « *maison des adolescents* »⁴ (724 occurrences) ;
- Viennent ensuite les formes « *enfant* » (577 occurrences) et « *scolaire* » (573 occurrences) ;
- Parmi les formes lemmatisées qui représentent au moins 300 occurrences dans le programme public, sont représentées les formes « *parent* » (478 occurrences), « *professionnel* » (478 occurrences), « *famille* » (427 occurrences), « *soin* » (402 occurrences), « *social* » (391 occurrences), « *difficulté* » (306 occurrences) et « *prévention* » (305 occurrences) ;
- Enfin, la forme « *souffrance* » (236 occurrences) et la forme « *mal-être* »⁵ (137 occurrences) sont souvent utilisées de manière indistincte (et représentent 373 occurrences au total).

Avec ce simple comptage des mots, il apparaît déjà que le discours est le plus fréquemment formulé en référence à la spécificité du public des maisons des adolescents : les adolescents et les jeunes adultes, ainsi que leurs familles.

En outre, le dispositif se positionne d'emblée dans l'action publique de santé pour prendre en charge la souffrance et les difficultés vécues à cet âge de la vie, en croisant les dimensions du soin, du social et de la prévention.

De façon plus précise, l'analyse lexicométrique montre clairement que le programme *maisons des adolescents* est structuré autour de cinq thématiques, dont certaines peuvent être associées les unes avec les autres et qui permettent de commencer à repérer les attentes de l'action publique de santé à l'égard de ce dispositif.

La classification descendante hiérarchique menée sur 98 % des segments de texte classés (5 445 segments sont classés sur 5 556), regroupant l'ensemble des formes lexicales présentes dans le programme public (soit 6 559 formes actives et 734 formes supplémentaires sur le total des 7 293 formes), définit ainsi un dendrogramme à cinq branches, illustré par la figure suivante.

⁴ Les formes au singulier, au pluriel et le sigle « MDA » présentes dans le corpus ont toutes été regroupées sous la forme d'un mot lié : « maison_des_adolescents »

⁵ Notons que le mot lié « mal_être » créé pour les analyses du corpus ne remplace que la forme « *mal-être* » et n'inclue pas les multiples formulations similaires présentes dans le discours (telles que « *aller mal* », « *être mal* » ou « *ne pas aller bien* »)

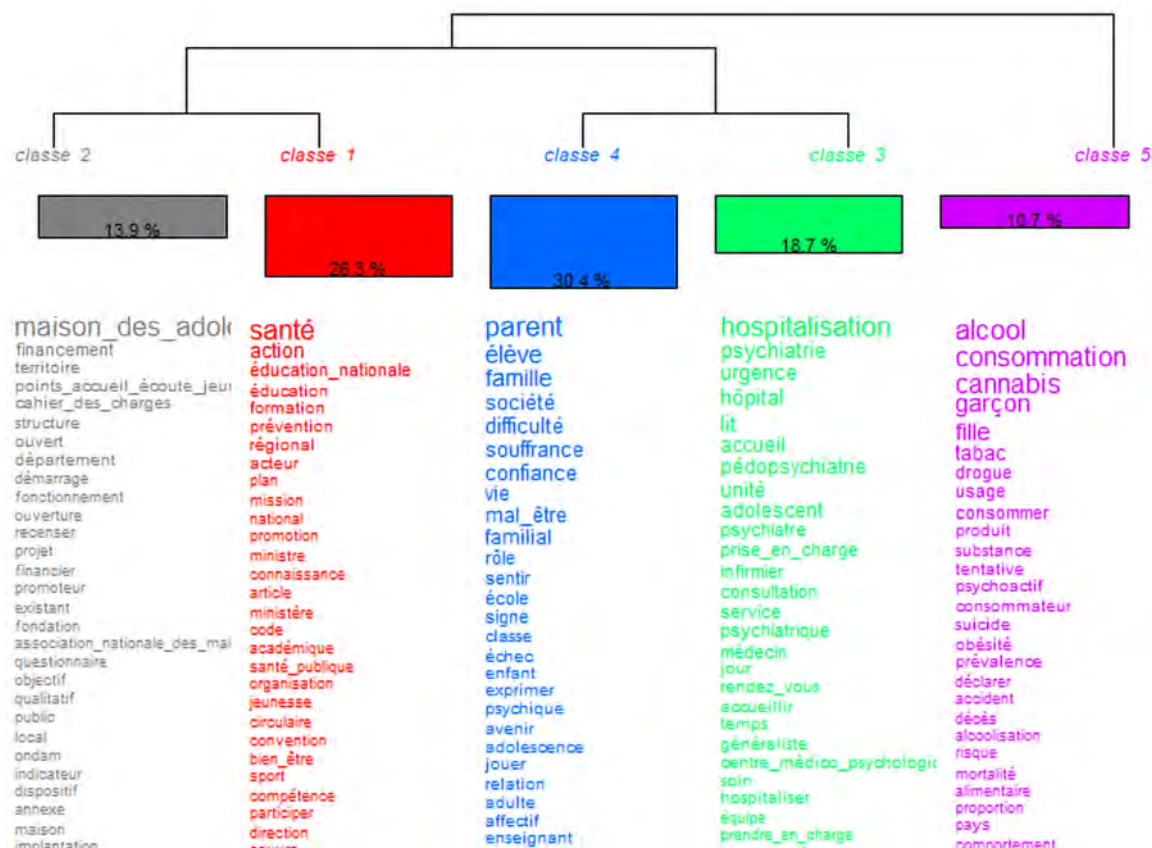


FIGURE 2 – Structure du discours public relatif aux maisons des adolescents en cinq thématiques

Champ : Corpus des seize documents qui composent le programme public maisons des adolescents

Source : IRaMuTeQ, dendrogramme de la classification descendante hiérarchique

Notes : Les titres donnés à chaque classe représentent les thématiques qui structurent le discours public et sont formulés à partir des divers traitements statistiques proposés par le logiciel :

- Classe 1 (en rouge) : politiques publiques de santé déjà menées en direction de la jeunesse
- Classe 2 (en gris) : stratégies de différenciation entre les dispositifs souples de prise en charge de la souffrance
- Classe 3 (en vert) : missions de la psychiatrie infanto-juvénile
- Classe 4 (en bleu) : repérage de la souffrance dans les mondes familial et scolaire
- Classe 5 (en violet) : pratiques juvéniles considérées « à risque »

Cette analyse statistique menée sur les énoncés du discours distingue d'emblée la thématique des pratiques juvéniles considérés « à risque » pour la santé (premier nœud du dendrogramme, classe 5, en violet dans la figure).

Ces pratiques (plus souvent nommées « conduites à risque » ou « comportements à risque » dans le programme public) s'écartent ainsi des autres thématiques qui structurent le discours public (et regroupent 10,7 % de l'ensemble des formes lexicales du corpus).

En effet, à l'instar des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse, la plupart des documents du programme *maisons des adolescents* proposent des listes, éventuellement assorties de données épidémiologiques, de ces risques qui menacent les adolescents et les jeunes adultes (ces risques étant alors présentés comme susceptibles de générer la souffrance) et/ou qui rendent la jeunesse menaçante (il est notable que la seule « conduite à risque » présente dans les deux cahiers des charges des maisons des adolescents, en 2005 et en 2016, relève des comportements violents dont les jeunes sont auteurs⁶).

Ensuite, la classification sépare le corpus en deux branches, qui regroupent chacune deux thématiques.

La première branche montre que le programme public cherche à définir la position des maisons des adolescents dans le contexte complexe de l'offre de prise en charge de la souffrance des jeunes, avec deux thématiques qui procèdent de la même logique (et regroupent au total 40,2 % des formes lexicales présentes dans l'ensemble du corpus) :

- Les politiques publiques de santé déjà menées en direction de la jeunesse, dans lesquelles les maisons des adolescents sont appelées à s'inscrire (classe 1, en rouge dans la figure, qui regroupe à elle seule 26,3 % des formes lexicales du corpus) ;
- La distinction des maisons des adolescents avec les autres dispositifs qui proposent des modalités souples de prise en charge de la souffrance des jeunes (classe 2, en gris dans la figure, qui regroupe 13,9 % de l'ensemble des formes lexicales présentes dans le corpus).

La deuxième branche fait apparaître les deux dernières thématiques qui structurent le discours dans le programme public :

- Les missions de la psychiatrie infanto-juvénile, qui développe divers services dédiés aux jeunes et que les maisons des adolescents sont appelées à compléter (classe 3, en vert dans la figure, qui regroupe 18,7 % de l'ensemble des formes lexicales du corpus) ;
- Le repérage et le soutien à l'organisation de la prise en charge de la souffrance, qui s'appuie pour le discours public de façon prioritaire sur le monde de la famille et sur le monde de l'école (classe 4, en bleu dans la figure, qui regroupe 30,4 % des formes lexicales présentes dans le corpus).

⁶ Nommés « passages à l'acte [extériorisés] mettant en question l'équilibre social » en 2005 et « violences » comme un exemple des « situations à risque » en 2016

À partir des deux thématiques statistiquement majoritaires dans le discours (extraites de la classe 1 et de la classe 4), il apparaît que le programme public *maisons des adolescents* appelle à prendre en compte deux préoccupations centrales pour l'action publique de santé : la cohérence de l'offre de prise en charge qu'elle propose et le repérage précoce de la souffrance des jeunes, lequel nécessite de s'appuyer sur la famille et sur le monde scolaire.

2.1 Stabilisation des attentes publiques quant au contenu de l'offre dans les maisons des adolescents

Le caractère indéterminé de la notion de souffrance ne représente pas un obstacle à la formulation de diverses attentes quant aux modalités et aux objectifs de sa prise en charge.

Rappelons que les analyses portent alors sur des textes de cadrage ou les retranscriptions de discours prononcés en situation de débat. Les attentes énoncées sont donc parfois des injonctions, parfois des incitations, parfois encore de simples requêtes ou formulations de vœux.

Néanmoins, les discours de la santé publique influencent la manière dont sont pensés les problèmes. *A fortiori*, la mise en programme et ses énoncés participent à délimiter et caractériser ces problèmes, à diffuser les connaissances et les représentations qui les concernent pour orienter l'action [FASSIN, 2008] – ici la prise en charge de la souffrance des jeunes.

En ce qui concerne les maisons des adolescents, certes, elles sont d'abord des expérimentations locales, impulsées par des professionnels directement appelés à s'organiser pour mieux prendre en charge les jeunes en souffrance parmi leur public. Cependant, leurs représentants se sont mobilisés pour proposer ces dispositifs comme une réponse à l'échelle nationale au problème public posé par cette souffrance.

Dans la logique du gouvernement par les labels [BERGERON, CASTEL *et al.*, 2014], le programme public se construit donc à la fois « par le bas » et « par le haut », c'est-à-dire dans des allers-retours réguliers entre les professionnels impliqués dans des agencements particuliers sur les territoires et les injonctions et attentes des représentants de l'action publique de santé.

À l'écart des analyses d'un volontarisme public tout puissant et de l'idée que les acteurs publics prendraient des décisions rationnelles en parfaite connaissance

de cause, le programme *maisons des adolescents* illustre le caractère éminemment complexe de l'action publique, confrontant la réalité des interventions menées avec les réactions des acteurs concernés, qui s'approprient, rejettent, résistent, c'est-à-dire modifient d'une manière ou d'une autre les projets initiaux [LASCOUMES, LE GALÈS, (dir.) 2005, 2012].

À la manière d'un cercle d'influences réciproques, les maisons des adolescents ont ainsi participé activement aux négociations pour définir les modalités de leur offre de prise en charge, mais elles ont aussi dû s'inscrire dans le cadre de la réflexion proposé par les représentants de l'État, eux-mêmes influencés par les prises de position des autres acteurs.

En lançant le programme *maisons des adolescents*, le ministère en charge de la Santé se dote d'un dispositif souple et peu protocolaire, qu'il propose de faire entrer dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, alors que son action y était jusqu'à présent presque exclusivement construite à partir de ses établissements et services de la psychiatrie infanto-juvénile et de subventions attribuées à diverses organisations locales portées par d'autres.

Tout semble alors se passer comme si ce programme permettait au ministère et plus largement à l'action publique de santé de disposer d'un « outil » susceptible de répondre à ses attentes – insatisfaites ou seulement partiellement réalisées – en matière d'offre en direction de la jeunesse.

Le vocabulaire de la souffrance est ainsi mobilisé pour envisager la prise en charge, dans le même dispositif, à la fois des conséquences émotionnelles ou comportementales des expériences négatives vécues par les jeunes dans leur famille ou dans le cadre scolaire, des pratiques dites « à risque » pour la santé, mais aussi des symptômes ou des signes susceptibles d'être précurseurs de maladies mentales.

Dix ans après le lancement du label, la proposition faite par les maisons des adolescents de prendre en charge la souffrance des jeunes est toujours entendue et soutenue au plus haut niveau de l'État⁷, les financements du dispositif ont même été récemment stabilisés pour plusieurs années voire augmentés dans divers territoires⁸.

⁷ La lettre circulaire n° 5899/Sg du 28 novembre 2016 relative à l'actualisation du cahier des charge des maisons des adolescents est signée par le Premier ministre et annoncée par le président de la République le 29 novembre 2016

⁸ C'est le cas notamment pour l'ensemble des maisons des adolescents de la région où se situe notre recherche, l'agence régionale de santé locale ayant défini un cahier des charges régional et des financements associés, augmentés et programmés pour quatre ans

Les maisons des adolescents ont en effet répondu, au moins dans l'esprit, aux attentes principales des représentants de l'État qui se sont progressivement stabilisées et peuvent être formulées comme suit :

- l'offre proposée doit être dédiée aux jeunes, accessible à tous et non stigmatisante ;
- les familles des jeunes, en particulier les parents, doivent être soutenues ;
- l'offre proposée dans les maisons des adolescents doit être complémentaire des prises en charge existantes et améliorer la coordination entre les intervenants locaux concernés par la souffrance des jeunes ;
- le repérage de la souffrance doit être organisé, le plus précocement possible ;
- les conduites juvéniles considérées « à risque » doivent être encadrées, afin de préserver la santé.

2.1.1 Prendre en charge les jeunes et les familles et coordonner les intervenants

Le programme définit de façon très large le public des maisons des adolescents, qui doivent être accessibles à tous les jeunes en souffrance.

Dès les premiers paragraphes de leur cahier des charges initial [2005], ces dispositifs sont ainsi appelés à prendre en charge « *ceux qui souffrent, ceux qui vont mal* », que leur souffrance soit manifeste quand les jeunes « *s'extériorisent par des passages à l'acte* » ou qu'elle « *s'exprime à bas bruit ou dans le registre psychosomatique* ».

Outre les critères d'âge (de 11 ans à 21 ans, éventuellement 25 ans selon les territoires), le programme ne cible pas de catégories particulières pour leur public, ou lorsqu'il le fait, il s'agit de listes non exhaustives et les catégories sont souvent peu caractérisées.

Ainsi, le cahier des charges de 2005 évoque notamment les jeunes qui alertent les professionnels, les jeunes sans projet de vie, les jeunes vulnérables, les jeunes fragiles ou les jeunes en difficulté ; celui de 2016 évoque les situations à risque, les jeunes en rupture, les jeunes les plus en difficulté ou les adolescents rencontrant de graves difficultés de vie.

Seuls le handicap et la maladie chronique sont progressivement exclus du périmètre d'intervention des maisons des adolescents.

La situation de handicap est peu évoquée, seulement pour citer d'autres dispositifs spécialisés (notamment dans les mondes médico-social et scolaire) ou indiquer que les maisons des adolescents sont peu mobilisées par les acteurs concernés. Les jeunes

présentant des maladies chroniques sont ciblés dans le premier cahier des charges et n'apparaissent plus dans les textes suivants.

Ces deux thèmes sont traités ailleurs et par d'autres organisations de la jeunesse. Ainsi, quelques mois après le lancement du programme public, une mission nationale relative à la santé de l'enfant et de l'adolescent est confiée à un médecin cancérologue et doit porter son attention sur les maladies graves et/ou chroniques et sur les handicaps, ce qui annonce, en creux, qu'ils ne relèvent pas des maisons des adolescents.

Dans la perspective de la prise en charge sans condition de tous les jeunes qui le demandent, les représentants de l'État insistent sur l'attractivité des maisons des adolescents⁹.

- Le discours public appelle alors le dispositif à construire son offre en opposition avec celle de la psychiatrie infanto-juvénile, présentée comme un repoussoir pour les jeunes.

Comme un leitmotiv, il s'agit de proposer un accueil « *non stigmatisant* », ces dispositifs ne doivent être « *ni "étiquetés" ni connotés négativement du fait qu'ils relèvent de la psychiatrie ou de la psychologie, voire tout simplement du milieu médical* », une maison des adolescents ne devrait « *pas être [un lieu] trop marqué par la psychiatrie ou l'hôpital* », il s'agit « *d'éviter une perception de ghetto réservé à telle ou telle problématique médicale ou d'addiction* ».

- Pour s'adapter aux spécificités supposées des besoins des adolescents et des jeunes adultes, le dispositif doit donc être « *neutre* », « *ouvert* », il doit inspirer « *confiance* » et « *aller vers ces adolescents afin de pouvoir intervenir le plus en amont possible, sans pour autant qu'il y ait une "demande de soins"* ».

Sans surprise, le consensus relatif aux modalités de la prise en charge des jeunes en souffrance se retrouve dans le programme public, notamment en matière de souplesse concernant les horaires d'ouverture et de diversité des pratiques (en consultations individuelles ou familiales, mais aussi à partir de médiations artistiques, en petits groupes, sur place ou de façon mobile).

La rapidité de la réponse est également considérée comme un élément majeur pour s'adapter à la temporalité des adolescents, ainsi « *un jeune qui souffre et qui fait une démarche pour demander de l'aide ne doit pas attendre* ».

⁹ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues de nos corpus des documents de l'action publique de santé en direction de la jeunesse ou des documents du programme public *maisons des adolescents*

Par ailleurs, en lien avec les attentes répétées dans le débat public en amont du lancement du programme et avec les constats de médecins psychiatres hospitaliers qui relaient leurs propres difficultés à répondre aux demandes de parents rencontrés dans leurs consultations, l'offre que les maisons des adolescents sont appelées à proposer doit s'adresser non seulement aux jeunes en souffrance eux-mêmes, mais aussi à leur famille¹⁰.

Le discours dominant affirme désormais que soutenir les familles permet de soutenir les adolescents.

Ainsi, malgré un contexte social où les questions du désengagement familial et du supposé « laisser-faire » parental sont d'actualité, l'action publique appelle les maisons des adolescents à être « *au service de toutes les familles* ». Certes, quelques textes du programme soulignent que les familles peuvent être à l'origine de la souffrance pour certains jeunes, notamment dans les situations de « *dysfonctionnement* », de « *maltraitance* » ou de « *rupture* » des liens familiaux. Cependant, la majorité des énoncés montrent surtout qu'un changement de regard sur les familles est attendu. Plusieurs voix soulignent d'ailleurs que les parents ont été trop souvent considérés comme responsables de la souffrance de leurs enfants, « *culpabilisés* », « *disqualifiés* » et écartés des prises en charge.

Dans le programme public, quand leur adolescent fait l'expérience de la souffrance, les familles – et en particulier les parents – sont ainsi décrites comme « *angoissées* », « *débordées* », « *démunies* », « *désemparées* », « *désorientées* », « *déstabilisées* », « *en crise* », « *en désarroi* », « *en détresse profonde* », « *en difficulté* », « *en manque de repères* », « *fragiles* », « *impuissantes* », « *inquiètes* », « *seules* », elles « *ont besoin de souffler* », elles vivent elles-mêmes des « *souffrances* », elles sont en difficulté pour « *identifier l'interlocuteur pour les soins* » et doivent mener des « *combats* ».

Les maisons des adolescents doivent donc accueillir tous les parents d'adolescents qui le demandent, leur proposer des « *conseils* », les « *aider* » et les « *accompagner* ».

Au-delà du soutien aux parents, le programme appelle à considérer les familles comme des « *alliées* » dans la prise en charge proposée aux jeunes en souffrance, l'environnement familial étant alors décrit comme « *primordial* », « *déterminant* » voire « *indispensable* ».

¹⁰ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants, illustrant le discours public relatif à la famille, sont toutes issues de notre corpus « programme public *maisons des adolescents* », elles peuvent être répétées dans des documents différents

Ainsi, les familles ne doivent plus être considérées d'emblée par les professionnels comme des facteurs de la souffrance, mais comme des partenaires de sa prise en charge.

« Les parents sont souvent les grands oubliés dans le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique de leurs enfants, ce qui les laisse encore plus démunis. [...] Leur position est difficile : on leur reproche leur manque de distance à l'égard de leurs enfants tout en les éloignant du processus de prise en charge » [Adolescents en souffrance, Rapport défenseure des enfants, 2007]

« C'est pourquoi il apparaît essentiel aujourd'hui de jeter les bases d'alliances éducatives inédites impliquant la famille, la communauté éducative et les acteurs du soin, permettant de reconnaître et de prendre en charge le mal-être des adolescents les plus fragiles, pour accroître le bien-être de tous » [Plan bien-être et santé des jeunes, 2016]

Le rôle des familles dans la prévention de la souffrance, son repérage, ainsi que dans l'acceptation de sa prise en charge est alors précisé. Les professionnels sont appelés à :

- inciter les familles à transmettre les messages de santé – notamment en leur permettant de « *donner une information globale à leurs enfants sur des sujets divers : sexualité, relations avec les autres, alcool, tabac* » – et à encourager chez leurs adolescents les pratiques favorables à la santé ;
- « *sensibiliser* », « *informer* » les familles, « *leur donner les moyens de détecter des évolutions chez leurs adolescents* », pour qu'elles puissent repérer la souffrance le plus précocement possible, en étant « *attentives et réceptives aux besoins de leurs adolescents* » ;
- s'appuyer sur les familles pour organiser les prises en charge nécessaires quand les jeunes sont en souffrance : elles doivent être « *impliquées* », « *associées* », « *mieux intégrées* » et « *de façon effective* », mais aussi être « *responsabilisées* » pour « *ne pas banaliser* » et « *montrer le chemin [des démarches] vers le soin* ».

Ensuite, outre leurs missions à l'égard des jeunes et des familles, les maisons des adolescents sont appelées à jouer un rôle dans les contextes locaux de prise en charge de la souffrance. L'analyse lexicométrique du programme public montre la volonté de l'action publique de développer une offre cohérente avec l'ensemble de ses dispositifs adressés à la jeunesse.

D'une part, les maisons des adolescents sont appelées à s'inscrire dans le large panel des programmes publics déjà existants. L'édition des segments de texte caractéristiques de la thématique des « politiques publiques de santé déjà menées en direction de la jeunesse » (classe 2, en gris dans la figure 2) fait ainsi apparaître de façon significative¹¹ divers programmes (cités dans notre corpus des textes de l'action publique de santé), tels que : les différentes campagnes de prévention des risques, les orientations générales des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, les plans de lutte contre les drogues et les conduites addictives et les décrets relatifs aux missions des dispositifs de prise en charge des jeunes consommateurs, les plans et les programmes de prévention et d'éducation à la santé, les programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle, les programmes de formation et les guides à l'attention des professionnels des établissements scolaires ou des professionnels de santé, les programmes de lutte contre l'homophobie, ou encore les stratégies nationales de lutte contre le suicide.

D'autre part, le programme public vise à positionner les maisons des adolescents parmi les organisations de la jeunesse concernées par la souffrance des jeunes.

- Les partenaires attendus sont listés.

Le monde de la santé (en particulier la santé scolaire et la psychiatrie infanto-juvénile) et le monde de l'action sociale sont nommés de façon systématique, apparaissent aussi de façon récurrente les services de la justice, de la culture et les collectivités territoriales ;

- Les modalités des collaborations sont encadrées¹².

Les « *partenariats* » doivent être « *formalisés* », des « *conventions* » doivent être « *signées* », les objectifs de chacun doivent être « *définis* » et « *communs* » ;

- La participation au gouvernement local de la santé et aux déclinaisons territoriales de l'ensemble des programmes publics est attendue.

Les maisons des adolescents sont encouragées à s'inscrire dans les programmes régionaux de santé, les conférences de la santé, ou encore les conseils locaux de santé mentale.

¹¹ Les programmes cités comportent tous dans leur titre des formes lexicales significativement corrélées avec la classe relative aux politiques publiques de santé déjà menées en direction de la jeunesse au seuil de 0,01 % (soit *p-value* < 0,0001), les segments de texte caractéristiques – non reproduits ici – étant alors significativement corrélés à leur tour avec la classe lexicale (par la somme des χ^2 des formes lexicales)

¹² Les formes lexicales en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont significativement corrélées à la classe lexicale relative aux politiques publiques de santé en direction de la jeunesse au seuil de 0,1 % (soit *p-value* < 0,001)

Au-delà, le discours public définit les maisons des adolescents comme des interlocuteurs privilégiés des professionnels de la jeunesse dans les départements, susceptibles d'améliorer leur articulation.

Ce dispositif étant conçu comme un agencement local pluridisciplinaire et multipartenarial, les pratiques de collaboration quotidiennes sont perçues comme pouvant faciliter plus largement le travail en commun et la construction de partenariats sur les territoires. Les maisons des adolescents sont ainsi appelées¹³ à « *favoriser le décloisonnement* » et l'acquisition d'une « *culture commune* », à « *utiliser toutes les compétences des institutions pour les mettre en réseau et les rendre complémentaires* », à « *mieux informer et former les différents acteurs* », ou encore elles « *ont vocation à être des lieux ressources sur la santé des adolescents* ».

Dans cette perspective, le programme public prend en compte les critiques formulées dans le débat public quant au risque de superposition des dispositifs et de complexification de l'offre proposée aux jeunes en souffrance. Les maisons des adolescents doivent donc compléter l'offre déjà existante sur les territoires, en veillant à ne pas « *dénaturer les missions et le rôle de chacune des structures* », à « *combler les insuffisances repérées* » et à s'adapter « *à la réalité du terrain* ».

Cependant, si la première maison des adolescents au Havre s'est construite à partir d'un groupe de travail réunissant pendant plusieurs années l'ensemble des organisations locales de la jeunesse, dans de nombreux autres départements, les maisons des adolescents ont été créées « malgré » l'existence d'autres dispositifs.

Nous insistons sur l'adverbe « malgré » pour souligner que dans certains territoires, les maisons des adolescents ont pris la place d'autres organisations déjà présentes, notamment en monopolisant des financements ou en s'appropriant certains publics. Ici et là, elles fonctionnent « à côté » des autres dispositifs en charge des jeunes en souffrance, sans réussir – et parfois sans même chercher – à se coordonner.

La maison des adolescents qui sert de terrain à cette recherche illustre d'ailleurs ces difficultés d'articulation entre les acteurs engagés, quand les configurations locales sont plus éparpillées et structurées par des opportunités qu'intégrées et inscrites dans des collaborations partenariales historiques sur les questions de jeunesse [DAVID, LE GRAND *et al.*, 2012].

¹³ Les citations en italique et entre guillemets dans ce paragraphe et les suivants sont toutes issues des documents de notre corpus « programme public *maisons des adolescents* », elles peuvent être répétées dans des documents différents

Les ambitions formulées dans le programme *maisons des adolescents* relèvent alors précisément des difficultés de l'action publique à organiser la régulation du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse.

Non seulement les acteurs sont multiples, relevant de différentes échelles de territoire et de décision, mais ils sont aussi susceptibles de ne pas répondre aux attentes des représentants de l'État. La psychiatrie infanto-juvénile apparaît ainsi comme un acteur influent et relativement autonome dans ses pratiques, ayant déjà montré à diverses occasions ses capacités d'opposition aux injonctions ¹⁴.

Ainsi dans les années 2000 et encore aujourd'hui, l'offre de santé mentale en direction de la jeunesse continue d'être décrite par ses professionnels et par les représentants de l'État ¹⁵ comme un « *mille-feuilles* », « *inégalement réparti sur le territoire* », présentant une « *absence de lisibilité* », « *une insuffisante coordination entre les professionnels* » et manquant souvent de « *cohérence* » et de « *cohésion* ».

Les maisons des adolescents deviennent donc le support de ces attentes de régulation et se voient confier explicitement la mission de « *coordination* » des acteurs de la santé mentale concernés par la jeunesse sur les territoires départementaux voire régionaux.

De façon incantatoire, l'ensemble des documents du programme public ¹⁶ annoncent ainsi que le dispositif anime, organise et coordonne « *les actions* », « *les compétences* », « *les décisions* », « *les équipes* », « *les énergies* », « *les interventions* », « *les moyens* », « *les parcours* », « *les pratiques* », « *les prises en charge* », « *les professionnels* », « *les réponses* » ou encore « *les réseaux de partenaires* ».

Pour comprendre plus précisément cette attente de l'action publique, il faut revenir au contexte d'usage de cette notion relativement floue de « *coordination* », largement mobilisée dans le programme public.

¹⁴ Pour n'en citer qu'un exemple, l'initiative « *pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans* » a été lancée par des professionnels de la petite enfance, dont plusieurs médecins de la psychiatrie infanto-juvénile, suite à la publication d'un rapport public [INSERM, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Éditions INSERM, Expertise collective, 2005] et aux suspicions de velléités sécuritaires du gouvernement de l'époque dans le repérage précoce des troubles des conduites. Une pétition a rassemblé environ 200 000 signatures et a été largement médiatisée, entraînant le retrait d'un article dédié dans la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

¹⁵ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont toutes issues des documents de notre corpus « programme public *maisons des adolescents* », elles peuvent être répétées dans des documents différents

¹⁶ Les formes lexicales en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont répétées dans l'ensemble des documents de notre corpus

Elle apparaît ainsi dans des énoncés relatifs à :

- la lutte contre les pratiques de non-recours par les jeunes en souffrance et les ruptures dans les parcours de prise en charge ;
- la rationalisation des dépenses pour l'action publique ;
- la juxtaposition de pratiques hétérogènes, insuffisamment régulées et susceptibles d'entraîner non seulement des redondances, mais aussi une délégitimation de l'action [DEMAILLY, 2005].

Dans les textes du programme *maisons des adolescents*, mais aussi dans ceux de l'action publique en direction de la jeunesse qui continuent de traiter du problème posé par la souffrance des jeunes, la question du manque de coordination est ainsi associée à la complexité de l'offre, aux surcoûts et au faible encadrement de ces multiples dispositifs de prise en charge.

« Les professionnels de santé ont du mal à partager une analyse et à coordonner leurs actions. Si les structures intervenant en faveur des jeunes sont nombreuses, on peut regretter une absence de lisibilité pour le public, mais aussi pour les professionnels, de l'organisation des différents services » [Cahier des charges des maisons des adolescents, 2005]

« Il existe une multitude de structures, d'associations et d'organismes ayant des objectifs communs dans le domaine de la santé et de la prévention. Une évaluation globale de ces entités apparaît plus que jamais nécessaire. Il s'agit à la fois d'en mesurer avec exactitude le coût et d'en apprécier l'utilité au cas par cas, au regard des objectifs et des spécificités de chacune. [...] Dans tous les cas, ainsi que le soulignent les acteurs eux-mêmes, il paraît nécessaire [...] de développer des synergies entre elles en favorisant le travail en réseau [...] » [Atout jeunes, Rapport au Sénat, 2009, p.182 ¹⁷]

« Il ne s'agit pas de mettre en place un dispositif substitutif aux institutions existantes mais de rechercher par l'association plus étroite des compétences existantes et mieux coordonnées, une réelle plus-value au bénéfice de ce jeune public » [Les maisons des adolescents, Rapport à la DHOS, 2009, p.13]

¹⁷ DEMUYNCK Christian, *France, ton atout « jeunes » : un avenir à tout jeune*, Rapport d'information n° 436 (2008-2009) fait au nom de la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes pour le Sénat, 26 mai 2009

Dans ce contexte, le premier objectif opérationnel des maisons des adolescents vise ainsi à « *favoriser la synergie des acteurs* » [Cahier des charges, 2005] et leur représentants les définissent d'emblée comme « *une interface entre les lieux existants de prise en compte des adolescent* », permettant de « *proposer aux adolescents la richesse de regards croisés, allant du médical au social et du juridique à l'éducatif* » [Charte des maisons des adolescents, 2009].

Les années suivantes, les représentants du dispositif réaffirment plusieurs fois leur capacité à répondre aux attentes publiques de coordination et les maisons des adolescents se voient désignées, dans le récent plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes [2016], comme des dispositifs ayant « *vocation à animer et coordonner les acteurs de l'adolescence d'un territoire* », considérant que « *le positionnement des maisons des adolescents comme "têtes de réseau" des acteurs de l'adolescence est donc logique et attendu* ».

Outre les attentes relatives à l'adaptation des maisons des adolescents au public des jeunes, aux demandes de soutien des familles et à la coordination des professionnels, l'attention de l'action publique est portée sur la prise en charge de la souffrance des jeunes.

2.1.2 Repérer la souffrance et encadrer les pratiques juvéniles

L'importance donnée au repérage de la souffrance des adolescents et des jeunes adultes dans le discours public montre qu'elle est considérée par les représentants de l'État comme un symptôme susceptible d'évoluer vers des maladies mentales.

En accord avec les recommandations de l'organisation mondiale de la santé¹⁸, la nécessité affirmée d'un repérage le plus précoce possible de la souffrance dans le discours de l'action publique de santé rappelle alors que :

- plus les maladies mentales émergentes sont prises en charge rapidement, moins leurs évolutions vers des formes graves sont à craindre ;
- certaines maladies sont susceptibles de ne pas se déclarer si les jeunes sont pris en charge dès les premières expressions de leur souffrance.

Avec ce dernier argument, la souffrance est donc explicitement considérée comme un facteur de risque pour la santé mentale.

¹⁸ Voir notamment : Organisation mondiale de la santé, « Santé mentale des adolescents », *Principaux repères*, Genève, septembre 2020, [En ligne]

Quelques extraits du programme *maisons des adolescents* issus du concordancier¹⁹ des formes lexicales « repérage » et « repérer » permettent d'illustrer cette représentation de la souffrance, à la fois comme une étape possible vers la maladie mentale, mais aussi comme un levier pour éviter son émergence :

« Le risque est de banaliser la dépression à l'adolescence, de la confondre avec la crise d'adolescence, de ne pas repérer ce qui est normal et ce qui est pathologique. L'étude réalisée en Haute-Marne [FLAMANT et al., 2001] montre que les petits signes de souffrance doivent être recherchés. 80 % des jeunes identifiés comme ayant des troubles avaient vu un généraliste mais n'avaient pas été dépistés dans leur dépression » [Rapport préparatoire à la Conférence de la famille, 2004, p.73]

« D'une manière générale, plus de 50 % des pathologies psychiques débute avant 14 ans. Leur devenir dépend du repérage et de la prise en charge précoce selon l'OMS. Trop tardive, elle hypothèque leur avenir. Le suicide constitue la seconde cause de décès dans cette population après les accidents, bien souvent liés eux-mêmes à des prises de risque. [...] Un étudiant sur dix présente des symptômes anxieux » [Rapport de mission bien-être et santé des jeunes, 2016, p.17]

Comme d'autres intervenants déjà mobilisés par les précédentes politiques et programmes publics de santé en direction de la jeunesse (en particulier les professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile et du monde scolaire)²⁰, les professionnels des maisons des adolescents se voient donc confier une mission de repérage de la souffrance, dans leurs interventions directes auprès des jeunes et en sensibilisant et formant les acteurs locaux à ce repérage.

Parmi les thématiques qui structurent le discours dans le programme *maisons des adolescents*, celle du repérage de la souffrance dans les mondes familial et scolaire

¹⁹ Les extraits de concordancier (c'est-à-dire l'ensemble des contextes d'une forme lexicale dans le corpus) sont chaque fois présentés dans l'ordre chronologique de la publication des documents et éventuellement complétés par le début ou la fin du paragraphe dans le document d'origine pour les rendre plus lisibles

²⁰ Voir notamment les plans ou programmes d'éducation à la santé organisés dans les établissements scolaires, renouvelés depuis 2001, et les stratégies nationales de lutte contre le suicide, ou encore les recommandations de l'INSERM relatives au dépistage et à la prévention des troubles mentaux [INSERM, *Trouble mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Éditions INSERM, Expertise collective, 2002] et le guide publié en 2014 par la direction générale de l'enseignement scolaire relatif au repérage et à la prise en charge des élèves en souffrance [Ministère de l'Éducation nationale, *Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves, Guide à l'attention des collèves et des lycées*, Paris, DGESCO, mars 2014]

est la plus représentée (elle regroupe à elle seule près d'un tiers des formes lexicales présentes dans le corpus).

MÉTHODOLOGIE – ANALYSE DE SIMILITUDE

Le graphe de la thématique (ci-contre) proposé par le logiciel IRaMuTeQ illustre l'analyse de similitude (soit la matrice des cooccurrences) entre les formes lexicales actives de la classe concernée.

- Le graphe se présente sous la forme d'un arbre qui relie les formes lexicales entre elles à partir de leurs cooccurrences dans les segments de texte ;
- Chaque nœud de l'arbre est une forme lexicale, le lien entre deux nœuds représente la cooccurrence dans la classe lexicale entre deux formes ;
- La taille des formes lexicales dans le graphe est proportionnelle à la fréquence de leur effectif dans la classe lexicale, la largeur des liens entre elles est proportionnelle à l'indice de cooccurrence entre les formes lexicales ;
- Le graphe fait apparaître une structure de « communautés lexicales » (représentées sous la forme de halos de différentes couleurs) ;
- Les communautés lexicales représentent chacune une partie (communauté) de la « partition » (structure de communautés), telle que pour chaque communauté, les nœuds sont plus connectés entre eux (au sens de la cooccurrence) qu'avec le reste des formes lexicales présentes dans le graphe (autrement dit, les communautés lexicales sont des ensembles de formes qui sont particulièrement associées entre elles dans les segments du discours public retenu pour construire la classe) ;
- Les communautés lexicales sont détectées à partir du calcul de centralité intermédiaire (ou *betweenness centrality*), c'est-à-dire que les formes lexicales les plus centrales servent d'intermédiaire pour relier (au sens de la cooccurrence) plusieurs autres formes entre elles.

Dans l'objectif d'améliorer la lisibilité de la figure, l'analyse est menée sur les seuls noms communs de la classe, répétés au moins quinze fois.

Sont donc exclus : les verbes, adjectifs et mots-outils, les formes lexicales présentant les mêmes racines (par exemple la forme « *adolescent* » est exclue au profit de la forme « *adolescence* »), ainsi que les formes utilisées moins pour caractériser le repérage de la souffrance que pour mettre en forme ou contextualiser le discours (par exemple les formes « *importance* », « *occasion* », « *contexte* » ou encore « *période* » sont exclues).

La figure présentée est donc un graphe de classe tronqué, mais cette représentation simplifiée est relativement fidèle à l'analyse de similitude réalisée sur l'ensemble des formes actives de la classe répétées au moins quinze fois.

La figure suivante illustre l'analyse de similitude²¹ menée sur la thématique du repérage de la souffrance, pour comprendre plus finement les attentes publiques associées à cette mission particulière.

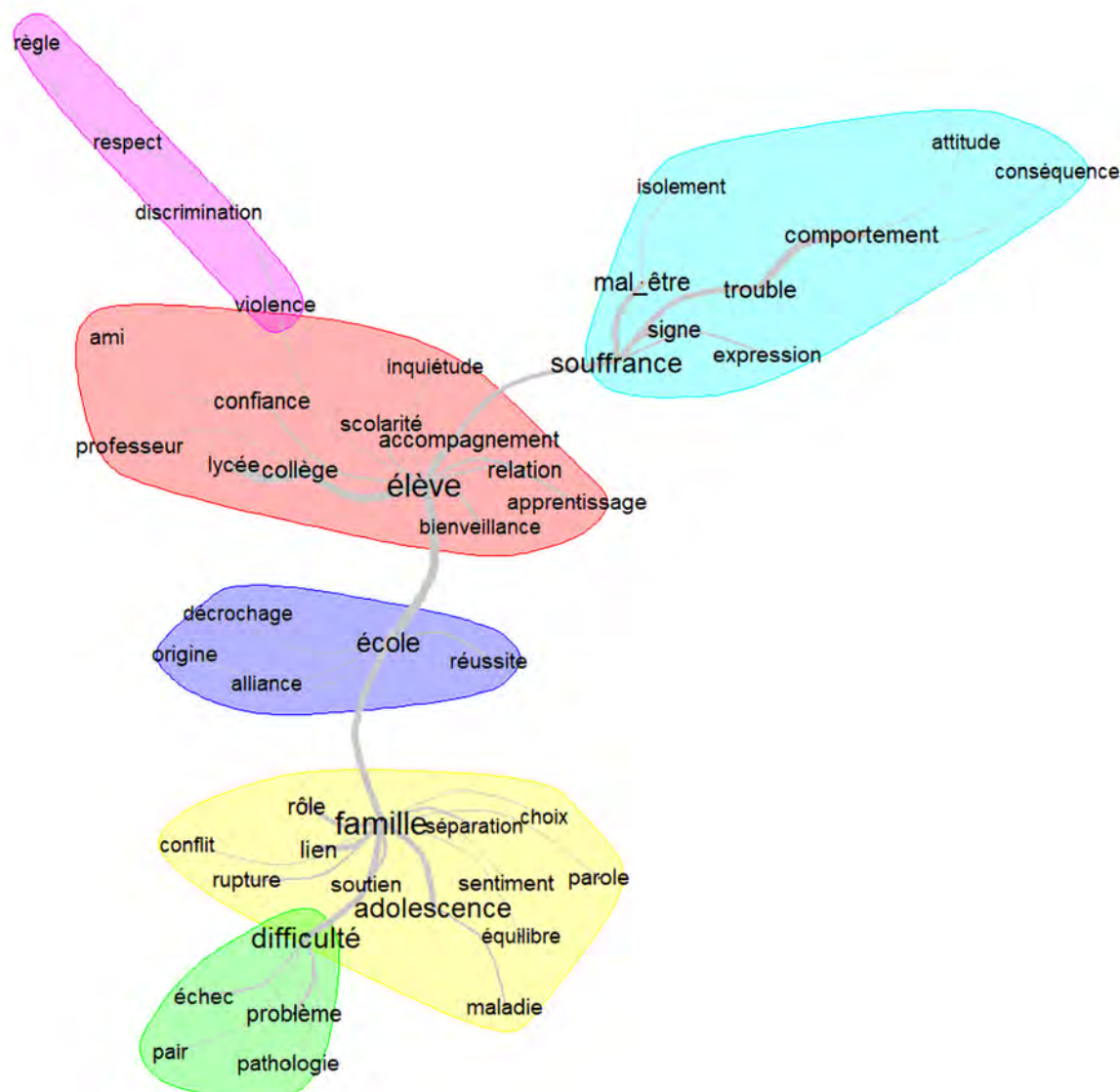


FIGURE 3 – Structuration du discours relatif au repérage de la souffrance des jeunes dans le programme public maisons des adolescents

Champ : Classe lexicale relative au repérage de la souffrance dans les mondes familial et scolaire ($N = 48$ noms communs présentant au moins quinze occurrences)

Source : IRaMuTeQ, graphe de la classe

Notes : La classe lexicale analysée est issue de la classification descendante hiérarchique menée sur le programme public maisons des adolescents (classe 4, dans la figure 2)

²¹ La présentation méthodologique s'est appuyée sur : BARIL Élodie, GARNIER Bénédicte, *Utilisation d'un outil de statistiques textuelles. IRaMuTeQ 0.7 alpha 2, Interface de R pour les Analyses Multi-dimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, Paris, INED, avril 2015, [En ligne]; CONNES Victor, DUGUÉ Nicolas, « Apprentissage de plongements lexicaux par une approche réseaux complexes », 26^e conférence sur le traitement automatique des langues naturelles, Toulouse, juillet 2019

L'arbre obtenu montre que le discours public se structure de façon presque linéaire autour de cinq communautés lexicales – centrées respectivement sur les mots « *difficulté* », « *famille* », « *école* », « *élève* », « *souffrance* » et « *violence* ».

L'expérience scolaire (quand les jeunes sont des « *élèves* ») et l'expérience familiale (quand le discours s'intéresse à la « *famille* ») se distinguent dans la thématique du repérage de la souffrance, dans la mesure où elles centralisent autour d'elles les autres communautés lexicales.

Pour mieux comprendre la structuration du discours, quand le programme public traite spécifiquement du repérage de la souffrance, cette illustration peut être croisée avec la liste des formes lexicales les plus significatives dans cette thématique. Les concordanciers permettant de revenir au contexte d'usage des formes lexicales dans les seuls segments de texte de la classe sont également mobilisés.

Ces analyses croisées permettent d'affirmer que, dans le programme public²² :

- les membres de la « *famille* » (en particulier les « *parents* ») et les professionnels du monde « *scolaire* » (en particulier les « *enseignants* » ou les « *professeurs* ») sont au premier plan pour repérer la souffrance des jeunes ;
- les jeunes « *expriment* » leur souffrance soit avec des « *mots* », soit au travers de manifestations « *corporelles* », soit avec des « *émotions* » (sont notamment citées l'« *inquiétude* », l'« *angoisse* », la « *peur* » ou encore la « *détresse* ») ;
- la souffrance doit pouvoir se dire, son « *expression* » par la « *parole* » doit être encouragée, facilitée par l'instauration du « *dialogue* », de la « *confiance* » et de la « *bienveillance* » avec les jeunes ;
- quand la souffrance ne peut pas se dire, elle est supposée repérable à partir de diverses « *difficultés* » vécues par les jeunes, qui doivent alors attirer l'attention de leur « *entourage* », telles que les « *échecs* », le non « *respect* » des règles ou le « *décrochage* » dans le cadre scolaire, les confrontations à la violence ou aux « *discriminations* », la « *dévalorisation* » de soi, l'« *isolement* », la « *solitude* » voire la « *rupture* » des interactions sociales, ou encore les « *conflits* » et les « *tensions* » dans lesquels certains jeunes s'inscrivent au quotidien, notamment dans leurs « *relations* » avec leur famille ou leurs « *pairs* » ;

²² Les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont significativement corrélées à la classe lexicale relative au repérage de la souffrance dans les mondes familial et scolaire au seuil de 0,1 % (soit *p-value* < 0,001)

- les « *adultes* » sont ainsi appelés à « *repérer* » et à comprendre les « *signes* » ou les « *symptômes* » de cette souffrance pour « *aider* » et « *accompagner* » les jeunes, au risque d'une déstabilisation de leur « *équilibre* », notamment « *psychique* », voire de l'apparition de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques.

Ces signes susceptibles de favoriser le repérage de la souffrance des jeunes reprennent la plupart des expériences émotionnelles, corporelles ou sociales et des pratiques juvéniles catégorisées comme des « conduites à risque » dans le débat public en amont du lancement du programme public.

Ils permettent alors de mobiliser les maisons des adolescents auprès des jeunes qui vont mal mais qui ne demandent rien.

Au-delà de la prise en charge des jeunes qui viennent dire ou montrer leur souffrance, le programme vise en effet à repérer la souffrance quand elle n'est pas exprimée et, ce faisant, il participe aux objectifs de lutte contre le non-recours aux prises en charge proposées par l'action publique de santé en direction de la jeunesse.

Ainsi, dans un répertoire lexical qui rappelle celui mobilisé dans l'après-guerre avec l'émergence de la prévention spécialisée – laquelle vise alors à « *aller vers* » les jeunes considérés comme « *laissés à l'abandon* » dans les banlieues de grandes villes²³ – le premier cahier des charges des maisons des adolescents [2005] appelle le dispositif à « *aller au-devant de certains adolescents* », leurs actions pouvant être proposées « *sur les différents lieux de présence des adolescents* », « *la mobilité [de leurs] équipes [étant] fortement recommandée* ».

Cette tendance est confirmée et valorisée dix ans plus tard. Le Premier ministre attend que les maisons des adolescents « *se déplacent au-devant des jeunes* »²⁴ et le cahier des charges réactualisé [2016] affirme que les maisons des adolescents vont « *à la rencontre du public adolescent* », sont susceptibles de « *mettre en place une équipe mobile* » et s'adressent « *notamment à ceux qui sont en rupture et/ou ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels* ».

Ces éléments de discours mettent en exergue l'inquiétude de l'action publique quant à la souffrance indicible et invisible, en lien avec les représentations d'une

²³ Ces deux formules en italique et entre guillemets sont issues de : JACQUAT Denis, BOUZIANE-LAROUCI Kheira, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'avenir de la prévention spécialisée*, Rapport d'information n° 4429 de la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, 1^{er} février 2017, pp.11-13

²⁴ Lettre circulaire n° 5899/SG, 2016, *op. cit.*

jeunesse en danger, qu'il s'agit alors de protéger malgré elle. L'absence de formulation de leurs difficultés personnelles dans le langage de la souffrance ne signifierait pas que les jeunes vont bien, elle est supposée relever bien davantage des pratiques de non-recours à l'offre de prise en charge en santé mentale.

La thématique du repérage de la souffrance, dans la mesure où elle est associée aux « conduites à risque » pour la santé et aux pratiques juvéniles de non-recours, regroupe ainsi la plupart des préoccupations publiques pour la jeunesse, relatives non seulement à l'émergence de troubles somatiques et psychiques ou à la mortalité, mais aussi aux comportements déviants et dangereux.

Un détour rapide par la thématique des pratiques juvéniles considérées « à risque » dans le programme *maisons des adolescents* montre en effet comment la volonté de prendre en charge la souffrance est associée à un objectif d'encadrement de la jeunesse.

Parmi les multiples pratiques concernées, les formes lexicales les plus significativement représentées dans le discours du programme public relatif au risque²⁵ relèvent :

- des pratiques entre pairs : avec les consommations de divers produits (« *alcool* », « *cannabis* », « *drogue* », « *médicament* », « *cocaïne* », « *ecstasy* », « *MDMA* ») et les pratiques ludiques (sont notamment cités les « *jeux vidéo* » et les jeux dits « *dangereux* », tels que les jeux de non oxygénation et de recherche de « *sensations* »);
- des pratiques associées aux corps déviants : avec les habitudes alimentaires et corporelles (« *obésité* », « *surpoids* », « *boulimie* », « *sommeil* »), les comportements « *violents* », les pratiques « *sexuelles* » non protégées (associées notamment aux « *grossesses* » adolescentes, aux « *interruptions volontaires de grossesse* » et aux maladies sexuellement transmissibles, en particulier le « *SIDA* »), le visionnage de « *films pornographiques* » et les attaques de son propre corps (avec l'automutilation, plus souvent nommées « *scarifications* » ou actes auto « *agressifs* » et les « *tentatives* » de « *suicide* »);
- des pratiques de retrait de la scène scolaire (notamment avec l'« *absentéisme* » scolaire).

²⁵ Les formes lexicales en italique et entre guillemets dans ce paragraphe et les suivants sont significativement corrélées à la classe lexicale relative aux pratiques juvéniles considérées « à risque » au seuil de 0,01 % (soit *p-value* < 0,0001)

Les énoncés du programme public tendent alors à justifier les attentes d'encadrement par l'argument des corrélations entre ces pratiques et leurs effets sur la santé.

Dans la thématique des pratiques juvéniles considérées « à risque », le discours s'inscrit ainsi dans le registre lexical de l'épidémiologie, avec des « *prévalences* », des « *taux* », des « *augmentations* » et des « *proportions* ». Les corrélations avec le sexe ou l'âge des adolescents sont présentés. Les arguments de la gravité des risques encourus font référence aux statistiques internationales et aux évolutions dans le temps.

Surtout, le programme associe explicitement les « conduites à risque » au répertoire des maladies mentales (en particulier la « *dépression* » et l'« *anxiété* ») et à la mort (les formes lexicales « *décès* », « *mortalité* » et « *mortel* » sont toutes significativement représentées et leurs occurrences sont presque systématiquement retenues seulement dans cette classe, elles n'apparaissent presque jamais ailleurs).

En proposant une prise en charge aux jeunes en souffrance qui demandent de l'aide mais aussi à ceux qui ne la demandent pas, le discours public vise donc à repérer la souffrance le plus précocement possible et à encadrer des pratiques juvéniles considérées comme déviantes, avec l'argumentaire de la préservation du capital santé et de la lutte contre les maladies mentales et la mort.

C'est précisément dans cet espace intermédiaire entre les déviations aux normes sociales et la maladie mentale que les maisons des adolescents prennent position dans le champ de la santé mentale en direction de jeunesse.

En effet, la maladie mentale reste l'apanage de la psychiatrie infanto-juvénile et les comportements déviants sont déjà pris en charge par des dispositifs engagés dans la lutte contre la rupture du lien social et la marginalité, qui s'adressent eux aussi aux jeunes en souffrance.

2.2 Alliances et oppositions dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse

Pour affirmer leur place dans le champ concurrentiel de la santé mentale en direction de la jeunesse, les maisons des adolescents sont progressivement amenées à s'adapter aux attentes de la psychiatrie infanto-juvénile et à négocier leur position par rapport aux autres dispositifs relativement similaires, proposant déjà une prise en charge souple aux jeunes qui font l'expérience de la souffrance.

2.2.1 Positionnement dans les marges laissées vacantes par la psychiatrie infanto-juvénile

La thématique des missions de la psychiatrie infanto-juvénile²⁶ (classe 3, dans la figure 2) n'est pas négligeable dans le discours public (elle regroupe 18,7 % de l'ensemble des formes lexicales présentes dans le corpus).

Sa seule existence dans un programme public qui ne la concerne pas tout à fait montre à la fois la préoccupation de l'action publique de santé pour la cohérence des offres qu'elle propose en direction de la jeunesse et la position dominante des dispositifs psychiatriques dans le champ de la santé mentale.

Le programme *maisons des adolescents* se construit ainsi en positionnant son offre par rapport à celle de la psychiatrie infanto-juvénile.

En écho aux contraintes budgétaires et aux difficultés à organiser l'activité dans le meilleur intérêt des jeunes patients dénoncées par les professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile, le programme public *maisons des adolescents* souligne les difficultés d'accès aux soins et la saturation des services ambulatoires et hospitaliers.

Les contextes d'usage des formes lexicales « saturer » et « manquer » montrent que les acteurs de la psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les espaces discrets de la négociation relative à la prise en charge de la souffrance (notamment lors des auditions menées par la défenseure des enfants et ses correspondants territoriaux en 2007 et par la mission bien-être et santé des jeunes en 2016) pour faire entendre la nécessité de soutenir, développer et adapter leur offre en direction des jeunes, au risque de la rupture dans les parcours de prise en charge et de conséquences dramatiques pour leur santé.

« Nous avons analysé les manques structurels des institutions qui entraînent une discontinuité dans les prises en charge : centres médico-psychologiques saturés, lits d'hospitalisation à temps complet inexistant dans 16 départements, structures de post-hospitalisation complètement insuffisantes » [Adolescents en souffrance, Rapport défenseure des enfants, 2007, p.6]

« La capacité d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie a été drastiquement diminuée ces dernières années [...] et ce alors même que

²⁶ Dans l'ensemble de ce sous-chapitre, les formes lexicales en italique et entre guillemets sont significativement corrélées à la classe lexicale relative aux missions de la psychiatrie infanto-juvénile au seuil de 0,01 % (soit *p-value* < 0,0001)

le nombre de jeunes patients hospitalisés en 2000 est supérieur à celui de 1986. Désormais, les praticiens rencontrés déplorent le manque de lits pour répondre aux situations de crise et aux pathologies lourdes » [Ibid., p.84]

« Enfin, on constate que tous les lieux de soins étant saturés, les adolescents qui ont besoin de psychothérapies ou de consultations psychologiques ne peuvent pas toujours en bénéficier car ils ne sont pas prioritaires par rapport à ceux qui souffrent de pathologies psychiatriques avérées. Ainsi les jeunes qui présentent des signes de mal être ou qui auraient besoin de soins précoces n'étant pas prioritaires, ne bénéficient pas des soins qui éviteraient à leur santé de se dégrader » [Rapport de mission bien-être et santé des jeunes, 2016, p.25]

De façon paradoxale, les arguments du manque de moyens et de la saturation des dispositifs psychiatriques sont mobilisés pour affirmer la nécessité de créer des maisons des adolescents.

Ainsi, elles ne sont pas mandatées pour aider à répondre aux besoins de soins des adolescents et des jeunes adultes, susceptibles de présenter des troubles et/ou nécessitant des prises en charge de longue durée. Elles sont appelées à réduire les demandes de soins, en intervenant en amont pour trier les publics et prendre en charge les souffrances des jeunes qui relèvent davantage de la santé mentale que de la psychiatrie.

Il s'agit alors de représenter un interlocuteur accessible pour les professionnels de première ligne, tels que les médecins généralistes ou les professionnels intervenant dans les établissements scolaires, quand ils repèrent des jeunes en souffrance.

Le programme public reprend également les critiques spécifiques des professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile quant à des demandes d'hospitalisation pour des questions sociales, les services d'urgence pouvant être parfois considérés comme des lieux possibles d'hébergement par les professionnels du monde socioéducatif, quand ces derniers n'arrivent plus à prendre en charge les jeunes dits « difficiles » dans leurs établissements. Les attentes à l'égard des maisons des adolescents concernent alors l'amélioration de l'interconnaissance entre les intervenants et de leurs pratiques d'orientation.

Plus largement et de façon explicite, elles sont présentées comme un dispositif susceptible de participer au recentrage de la psychiatrie infanto-juvénile sur ses missions et à la réduction des délais d'attente pour accéder à ses prises en charge.

« *Les MDA servent régulièrement de recours à un moment charnière et leurs interventions permettent de pallier l'engorgement des CMP et contribuent à le limiter* » [Évaluation du dispositif maison des adolescents, Rapport IGAS, 2013, p.5]

« *La MDA intervient "en complémentarité" [des] services de soins : elle évite des prises en charge, pour des jeunes en souffrance psychique mais qui ne relèvent pas d'une prise en charge par un service de soins ; elle sert de "porte d'entrée" pour des jeunes (ou leurs parents) qui ont besoin d'une prise en charge et que le mot "psychiatrie" effraient, ou bien qui sont découragés par les délais d'attente (de l'ordre souvent de plusieurs mois)* » [Ibid.,p.21]

« *[Les maisons des adolescents] évitent que des services de santé (ou autres) ne soient sollicités pour des difficultés n'entrant pas dans leur champ de compétence* » [Cahier des charges des maisons des adolescents, 2016]

« *Les MDA pourront [...] adresser, accompagner vers les services de soins seulement quand ceux-ci s'avèrent nécessaires, permettant de faire baisser la pression sur les CMP notamment* » [Note de l'association nationale des maisons des adolescents, 2016²⁷]

En parallèle et pour soutenir le projet de développement des maisons des adolescents, la plupart des documents du programme public soulignent que l'offre de la psychiatrie infanto-juvénile n'est pas suffisamment « adaptée » pour la prise en charge des jeunes en souffrance (à quelques exceptions près alors citées en exemple).

Il est donc attendu, non seulement que la psychiatrie infanto-juvénile développe de nouvelles pratiques pour être plus accessible aux adolescents, mais surtout qu'elle privilégie ses missions prioritaires. Ainsi, dans le discours public, les professionnels sanitaires doivent concentrer leur action sur l'organisation de la prise en charge des maladies mentales émergentes à cet âge de la vie (souvent dites « graves ») et sur la prise en charge de l'« urgence » et des « crises » (en particulier suicidaires).

Notons ici que l'usage de la notion d'urgence (et son corollaire, la notion de crise), présentée comme une source d'incompréhension lexicale entre les professionnels

²⁷ Association nationale des maisons des adolescents, « Des conditions de réussite d'une MDA... », Note, avril 2016

concernés par la souffrance des jeunes, est une occasion de confirmer le contrôle des compétences de soins par la psychiatrie infanto-juvénile et sa légitimité. Ses acteurs imposent la définition de l'urgence dans le programme public comme une situation grave voire vitale qui relève d'une évaluation médicale et qui est différente de l'urgence ressentie par les intervenants socioéducatifs ou les familles.

Dans un contexte contraint à la fois par les moyens accordés par l'État et par les attentes d'évolution de l'offre de prise en charge, les acteurs du monde de la psychiatrie infanto-juvénile hospitalière et ceux du monde des maisons des adolescents négocient la définition du problème posé par la souffrance des jeunes et trouvent des compromis.

En premier lieu, les maisons des adolescents modifient leur périmètre d'intervention et leur public cible, pour limiter la concurrence avec la patientèle du monde de la santé somatique et psychique.

Les troubles mentaux et les crises suicidaires sont progressivement affirmées comme relevant strictement de la psychiatrie infanto-juvénile. Si le premier cahier des charges des maisons des adolescents [2005] citait les « *pathologies psychiatriques lourdes* », les « *troubles des conduites alimentaires* » et les tentatives de suicide, elles sont exclues de leur cahier des charges réactualisé dix ans plus tard [2016].

Le dispositif est désormais positionné en amont ou en aval de la psychiatrie infanto-juvénile, le monde de la santé psychique hospitalière étant le seul concerné par la prise en charge de la maladie mentale et des jeunes suicidants (en accord avec les recommandations de bonnes pratiques²⁸).

En outre, les maisons des adolescents s'adaptent pour répondre aux critiques, parfois incisives, portées par différents acteurs du monde de la santé hospitalière quant à leur hétérogénéité et au manque d'encadrement de leur activité.

Par exemple, deux courts paragraphes d'un rapport de mission relatif à la santé des enfants et des adolescents [2006]²⁹ composé de plus de cinq cents pages citent le

²⁸ Voir notamment : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Paris, ANAES Service Recommandations professionnelles, 1998 ; Haute autorité de santé, « Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge », *Note de cadrage*, Saint-Denis La Plaine, 1^{er} juillet 2020 (auto-saisine dans le cadre du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la Haute autorité de santé qui veut réactualiser ces recommandations)

²⁹ SOMMELET Danièle, *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent au ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 28 octobre 2006, p.146 et pp.181-182

dispositif, seulement pour s'inquiéter du coût qu'il représente et du caractère flou de la méthode choisie pour le piloter et l'évaluer. Cet appel au contrôle de son activité est renouvelé quelques années plus tard par la commission chargée de réfléchir aux missions et à l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie [2009]³⁰.

Si la perspective de développement des maisons des adolescents n'est pas remise en question par les représentants de l'État, la nécessité de préciser leur cadre d'intervention et leurs partenariats publics et privés, ainsi que la question du contrôle des pratiques de leurs professionnels et de leur fonctionnement sont entendues.

Les représentants des maisons des adolescents s'organisent alors pour développer la lisibilité de leur activité et participer à son contrôle.

- Alors que moins de la moitié des maisons des adolescents répondent au questionnaire de la première mission nationale d'évaluation [*Les maisons des adolescents, Rapport à la DHOS, 2009*], deux ans plus tard les dispositifs participent à la définition des critères de leur nouvelle évaluation et 92 % des maisons des adolescents ayant bénéficié de financements publics pour leur création répondent à l'enquête [*Maison des adolescents, Bilan, Rapport DGCS-DGOS, 2011*];
- Dans la même logique, l'association nationale des maisons des adolescents et les représentants des dispositifs existants facilitent l'enquête qualitative commandée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé [*Évaluation du dispositif maison des adolescents, Rapport IGAS, 2013*], notamment en invitant les représentants de l'Inspection générale des affaires sociales aux journées nationales des maisons des adolescents et à l'assemblée générale de l'association, en transmettant des rapports d'activité, ainsi qu'en organisant les rencontres souhaitées avec des professionnels, des jeunes et des parents pris en charge;
- En énonçant les principes qui doivent guider le fonctionnement et les pratiques dans ces dispositifs [*Charte des maisons des adolescents, 2009*], l'association nationale s'appuie sur les préconisations de l'État (sont cités les différents rapports de la défenseure des enfants, la Conférence de la famille et le premier cahier des charges des maisons des adolescents). Tout en insistant sur la nécessité de la diversité de l'offre de prise en charge susceptible d'être proposée par les maisons des adolescents en fonction des territoires et des configurations locales, leur charte tend à encadrer les pratiques.

³⁰ Les citations en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont toutes issues du rapport : COUTY, CECCHI-TENERINI *et al.*, 2009, *op. cit.*, p.11 et pp.50-51

Elle reprend ainsi la liste des organisations avec lesquelles les dispositifs doivent travailler et fixe l'offre minimale qu'ils doivent proposer, considérant notamment qu'il est « *indispensable de retrouver une plate-forme d'évaluation des manifestations adolescentes, la possibilité de dispenser, au moins à court terme, des soins somatiques et psychiques, et, si un suivi au long cours est impossible, la possibilité d'une orientation rapide et adaptée* » ;

- L'association nationale rédige des guides pratiques à destination des maisons des adolescents locales, pour encadrer leur création et rendre compte de leur activité, en énonçant clairement sa volonté de « *contribuer de manière efficace aux besoins des tutelles* » et de « *faciliter le travail d'évaluation des MDA* »³¹ ;
- Les journées nationales des maisons des adolescents et les différents séminaires organisés à l'échelle nationale deviennent des occasions d'inviter systématiquement les représentants des ministères et des administrations nationales de l'État, pour rendre compte de leur activité et de leurs perspectives d'évolution ;
- Le principe des enquêtes dites « flash » adressées à l'ensemble des dispositifs du territoire national est renouvelé régulièrement par l'association, pour recueillir des informations sur leur organisation, les compositions des équipes, les partenariats existants, le nombre de bénéficiaires ou encore les pratiques de prise en charge ;
- Enfin, les maisons des adolescents se constituent progressivement en alliés de l'action publique de santé, mobilisables sur toutes les questions relatives à la souffrance des jeunes. L'association nationale transmet des recommandations de bonnes pratiques à la direction générale de la santé. Elle signe des conventions avec le ministère de l'Éducation nationale et avec la direction nationale de la protection judiciaire de la jeunesse en 2016, ou encore elle présente sa contribution au secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance qui élabore une stratégie nationale en 2019.

En ce qui concerne les craintes exprimées par le monde médical hospitalier quant aux pratiques des professionnels des maisons des adolescents – relatives au manque de méthode, à la méconnaissance des troubles mentaux, ou encore au risque de se

³¹ Association nationale des maisons des adolescents, *Guide pratique administratif & juridique des maisons des adolescents*, 2014

Notons que l'association nationale a également publié : un guide pour « *améliorer la communication et la lisibilité des MDA sur le territoire français* » [Glossaire. Les termes clés de l'activité des maisons des adolescents, 2013], un autre « *pour bien rendre compte de leur activité et y donner de la valeur* » [Recueil des données d'activité des maisons des adolescents, 2015] et un autre encore pour « *prendre en compte l'avis des bénéficiaires* » dans l'évaluation de l'activité des dispositifs [Guide 2016. Recueillir les avis des publics et des partenaires. Méthodologie d'appréciation des activités des maisons des adolescents, 2016]

sentir autorisé « à faire tout et n'importe quoi » [Rapport préparatoire à la Conférence de la famille, 2004, p.97] –, l'association se dote d'un conseil scientifique dès 2010.

Il s'agit alors non seulement de « renforcer les échanges scientifiques entre ses membres »³², mais aussi de s'appuyer sur la recherche dans les pratiques quotidiennes auprès des jeunes en souffrance.

Notons que ce conseil scientifique permet également d'organiser la communication de l'association nationale et de rendre compte de l'activité des maisons des adolescents dans la presse ou lors de colloques. En particulier, il permet de renforcer les liens des maisons des adolescents avec le monde de la psychiatrie infanto-juvénile, par exemple en étant invité à des congrès locaux voire internationaux pour présenter le dispositif et convaincre de son intérêt.

Avec la prise en compte des nombreuses critiques portées par les professionnels du monde de la santé, somatique et psychique, relatives au programme de développement des maisons des adolescents, les rapports de force et de pouvoir entre les acteurs tendent progressivement à se redéfinir comme des rapports de complémentarité.

Ainsi, le programme public *maisons des adolescents* fait évoluer la définition de l'offre de prise en charge dans ces dispositifs en s'appuyant sur les attentes de la psychiatrie infanto-juvénile et en acceptant de répondre aux demandes que cette dernière n'arrive pas à traiter.

Les maisons des adolescents proposent de prendre en charge les familles en souffrance et de coordonner les intervenants sur les territoires. Elles acceptent également de ne pas empiéter sur la patientèle du monde de la santé, somatique ou psychique. Elles se positionnent en amont de la psychiatrie infanto-juvénile, pour trier les jeunes en souffrance et/ou en demande de soins. Elles s'organisent encore pour rendre compte de leurs pratiques et de leur activité.

En contrepartie, les maisons des adolescents deviennent un interlocuteur privilégié, même s'il est imposé, pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Les représentants des maisons des adolescents soulignent l'« accompagnement soutenant des établissements hospitaliers »³³, leur cahier des charges réactualisé [2016] valorise le fait que « ces professionnels [les personnels hospitaliers étant les premiers cités] apportent en effet leur compétence, leur culture professionnelle, mais

³² Source : <https://anmda.fr/actualites/conseil-scientifique>

³³ Association nationale des maisons des adolescents, *La lettre info*, mai 2014

aussi institutionnelle, afin de faciliter les articulations dans des accompagnements et prises en charge partagées entre différents acteurs » et l'une des recommandations de bonnes pratiques proposée par l'association nationale des maisons des adolescents – co-signée par un médecin praticien hospitalier et un psychologue responsable d'une maison des adolescents – insiste sur la nécessité pour ces dispositifs « *de pouvoir s'appuyer sur une équipe spécialisée de leur réseau (détection et intervention précoce) ou avec un service de psychiatrie* »³⁴.

Ainsi, alors même que la plupart des documents du programme public soulignent le manque de médecins sur le territoire national, en particulier en termes de démographie des psychiatres d'enfants et d'adolescents, il est attendu qu'ils interviennent dans les maisons des adolescents, notamment en y proposant des consultations.

La psychiatrie infanto-juvénile doit s'articuler avec le dispositif et elle est critiquée par les représentants de l'État quand elle ne le fait pas, les responsables des établissements hospitaliers étant alors décrits comme « *focalisés à l'excès sur le fonctionnement de leur services* » ou enfermés dans une « *vision "hospitalo centrée"* » [Évaluation du dispositif maison des adolescents, Rapport IGAS, 2013, pp.35 et 43].

Plus récemment, les textes relatifs aux évolutions attendues dans les politiques de santé mentale et plus précisément en termes de pratiques de la psychiatrie infanto-juvénile confirment ces attentes de partenariat formalisé avec les maisons des adolescents et de mise à disposition de ses personnels.

Le rapport de mission relatif à la santé mentale en 2016 appelle ainsi la psychiatrie infanto-juvénile à « *intégrer pleinement les maisons des adolescents dans le parcours des jeunes, conforter leur rôle de coordination des parcours et des partenaires, mais aussi de prévention, de repérage, de diagnostic, de soin ou d'orientation vers le soin, et les renforcer en matière de personnel (psychologues, infirmiers)* »³⁵.

Ces principes sont confortés par la feuille de route santé mentale et psychiatrie en 2018 qui indique que les services ambulatoires doivent proposer aux adolescents « *des prises en charge dans des lieux faciles d'accès et non stigmatisés* »³⁶, les maisons des adolescents étant alors citées.

³⁴ LEMEY Christophe, JOUSNI Loïk, « *Prise en compte précoce des premiers troubles psychotiques* », *Recommandations de bonnes pratiques de l'ANMDA adressées à la DGS*, 2018

³⁵ LAFORCADE Michel, *Rapport relatif à la santé mentale*, Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Santé, 10 octobre 2016, p.63

³⁶ Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*, juin 2018, p.14

Concrètement, presque toutes les maisons des adolescents sont désormais inscrites dans des partenariats conventionnés avec des centres hospitaliers, certains en sont même des services³⁷.

La période du début des années 2010 marque ainsi un net changement dans le discours public et les négociations relatives à la prise en charge de la souffrance. Les critiques à l'encontre des maisons des adolescents ne sont plus relayées et les attentes de collaboration de la psychiatrie infanto-juvénile avec ce dispositif se transforment en injonction à travailler ensemble.

Il est alors notable que ces injonctions au partenariat ne génèrent pas d'oppositions. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer.

- D'abord, le manque de moyens de la psychiatrie infanto-juvénile est en partie effectivement pallié par le tri des publics réalisé par les maisons des adolescents (ainsi que par la possibilité d'orienter des jeunes vers ces dispositifs en post hospitalisation quand ils ne relèvent pas des services ambulatoires de la psychiatrie infanto-juvénile);
- Ensuite, les injonctions à travailler ensemble sont soutenues par les décisions financières des interlocuteurs locaux des centres hospitaliers dans les agences régionales de santé (le levier financier participant à la régulation du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse);
- Enfin, l'engagement de professionnels hospitaliers dans la création de la plupart des maisons des adolescents – et en particulier l'implication de psychiatres dans presque tous les dispositifs existants – facilite l'interconnaissance et la construction d'un langage commun et de pratiques complémentaires, permettant progressivement de limiter les critiques de la psychiatrie infanto-juvénile à l'égard de ce nouvel arrivant et de pacifier les rapports de force et de pouvoir.

Avec l'évolution du label maison des adolescents et de la définition de la prise en charge de la souffrance des jeunes, nous assistons à une reconfiguration progressive du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse depuis la moitié des années 2000.

³⁷ L'enquête menée par l'association nationale des maisons des adolescents en 2018 (*op. cit.*) indique que 42 % d'entre elles sont adossées à un établissement public de santé, quelques-unes sont portées par des groupements de coopération sanitaire et médico-sociale. Lorsque leur gouvernance n'est pas associée à un centre hospitalier, 32 % des maisons des adolescents sont des associations qui bénéficient pour la plupart de mises à disposition de personnels hospitaliers. Les autres (moins d'une vingtaine) sont des conseils départementaux, des groupements d'intérêt public, etc.

La psychiatrie infanto-juvénile est appelée à se recentrer sur ses missions prioritaires et à développer ses pratiques de collaboration avec les intervenants locaux – et de façon privilégiée avec les maisons des adolescents, ces dernières acceptant de pallier les manques de la première. Les maisons des adolescents reçoivent ainsi les familles, rendent lisibles leur activité et se définissent comme un dispositif de tri et d'orientation des publics, afin de réduire les files d'attente dans les services psychiatriques.

Outre la construction d'une alliance avec cet acteur dominant, il apparaît que les maisons des adolescents ont réussi à se positionner dans l'offre de prise en charge de la souffrance des jeunes en écartant d'autres dispositifs susceptibles de répondre aux attentes des représentants de l'État, tels que les points accueil écoute jeunes et les espaces santé jeunes, rapidement exclus des financements de l'action publique de santé.

2.2.2 Stratégies de différenciation avec les dispositifs similaires : concurrence et alliance

L'arrivée des maisons des adolescents a modifié la position d'autres organisations de la jeunesse, notamment celles qui proposent une offre de prise en charge que nous qualifions de souple et qui sont donc d'emblée susceptibles d'être des dispositifs concurrents, dans la mesure où ils s'adressent aux mêmes publics et dans des modalités relativement similaires.

Les points accueil écoute jeunes et les espaces santé jeunes, qui existent depuis les années 1990 sont les plus cités³⁸ et ils apparaissent de façon significative³⁹ dans le programme public. Comme les maisons des adolescents, ils proposent un accueil dédié aux jeunes, aux familles et aux professionnels, sans condition à l'exception de l'âge, possible sans rendez-vous et sans nécessité de formuler une demande ni d'informer les parents.

Il existe d'autres organisations de la jeunesse proposant des modalités souples de

³⁸ Les formes au singulier, au pluriel et l'acronyme « PAEJ » présentes dans le corpus sont toutes regroupées sous la forme d'un mot lié « point_accueil_écoute_jeunes » (110 occurrences dans le programme public), de même avec le mot lié « espace_santé_jeunes » (28 occurrences – ce nombre peut paraître faible, mais les espaces santé jeunes sont souvent cités si l'on considère que ces dispositifs sont peu nombreux sur le territoire national)

³⁹ Les formes (mots liés) « point accueil écoute jeunes » et « espace santé jeunes » sont significativement corrélées à la classe lexicale relative aux stratégies de différenciation entre les dispositifs souples au seuil de 0,01 % (soit *p-value* < 0,0001)

prise en charge des jeunes en souffrance, tels que les clubs de prévention spécialisée ou les écoles des parents et des éducateurs, souvent cités par les professionnels du département dans lequel s'inscrit la recherche. Néanmoins, ces dispositifs sont peu mobilisés dans les textes de l'action publique de santé et dans le discours public relatif à la prise en charge de la souffrance des jeunes.

La prévention spécialisée (seulement 11 occurrences dans le programme public *maisons des adolescents*) est plutôt citée comme un dispositif de première ligne dans les politiques de la ville ou les politiques de prévention de la délinquance. Les écoles des parents et des éducateurs (seulement 7 occurrences) sont plutôt évoquées comme un dispositif relais pour la prise en charge des familles des jeunes en souffrance. De même, si le numéro vert fil santé jeunes (service de l'école des parents et des éducateurs d'Île-de-France) est plus souvent cité (42 occurrences dans le programme), il n'est pas intégré à l'analyse dans la mesure où il ne propose pas de rencontres ni de consultations.

Si les principes qui guident leurs propositions respectives de prise en charge des jeunes en souffrance sont relativement similaires, des différences existent entre ces trois dispositifs⁴⁰ concurrents en matière d'organisation de leur offre sur le territoire national.

En premier lieu, leur nombre et la composition de leurs équipes constituent les unes en organisations départementales de la jeunesse et les autres en équipes locales et dispersées sur les territoires au plus près de leur public.

- Il existe 115 maisons des adolescents en activité en 2020 (181 si les annexes sont comptabilisées) et 7 en projet, 327 points accueil écoute jeunes et 48 espaces santé jeunes (ces derniers étant regroupés autour d'une dizaine de villes, tandis que les deux autres recouvrent l'ensemble du territoire national, incluant les territoires ultramarins)⁴¹ ;

⁴⁰ Les informations présentées dans les paragraphes suivants sont pour la plupart issues de : l'enquête menée par l'association nationale des maisons des adolescents en 2018 [*op. cit.*] ; ALENIUM consultants, *Étude relative aux points d'accueil et d'écoute jeunes*, Rapport final au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction générale de la Cohésion sociale, Paris, 6 juillet 2015 ; Fédération des espaces santé jeunes, Rapport d'activité 2019, [En ligne] https://www.fesj.org/IMG/pdf/fesj_-_rapport_d_activite_2019.pdf

⁴¹ Sources : Carto santé jeunes (cartographie réalisée par la fédération des espaces santé jeunes et référencée par le ministère en charge de la Jeunesse) <https://www.cartosantejeunes.org/?CartoSante> Pour le nombre des maisons des adolescents sans leurs éventuelles annexes, voir : COTTIN, FUSEAU *et al.*, 2020, *op. cit.*

- Les équipes sont toujours décrites comme pluridisciplinaires, mais au regard du nombre de leurs professionnels, ce vocabulaire cache mal une grande disparité entre les trois dispositifs. Les équipes sont ainsi composées en moyenne de 7 équivalents temps plein pour les maisons des adolescents, 2 pour les points accueil écoute jeunes et 3,57 pour les espaces santé jeunes (avec une médiane à 2);
- Si tous ces dispositifs mettent en avant⁴² leur dimension « *territoriale* », supposée permettre à chacun de s'adapter aux besoins des jeunes et aux configurations « *locales* » des organisations « *existantes* » (administrations, associations, collectivités locales, établissements publics) concernées par leur souffrance (ou plus largement leur santé), les maisons des adolescents ont une vocation départementale, tandis que les points accueil écoute jeunes, comme les espaces santé jeunes, visent plutôt des territoires infra-départementaux, voire ils ciblent des villes ou des quartiers.

Ensuite, l'activité de ces dispositifs présente elle aussi des écarts importants.

Précisons cependant que les indicateurs de l'activité – en nombre de jeunes « *accompagnés* » pour les maisons des adolescents, « *accueillis* » pour les points accueils écoute jeunes, bénéficiant de « *consultations* » ou de « *contacts* » pour les espaces santé jeunes – sont à prendre avec précaution. Dans la région de la recherche et pour les seules maisons des adolescents, les manières de compter les jeunes et les familles accueillies sont aussi nombreuses que les dispositifs, traduisant la diversité des pratiques et des conceptions de la prise en charge : les unes ne disposent pas de dossiers quand d'autres organisent leurs archives, certaines ne comptent pas les jeunes qui se présentent à l'accueil et comptent les consultations, d'autres comptent les jeunes plusieurs fois dans l'année s'ils reviennent après la prise en charge, quand d'autres comptent chaque jeune une seule fois quel que soit le nombre de rencontres.

De même, le recueil des données par les associations et fédérations nationales des trois dispositifs posent de nouveaux problèmes pour la comparaison. Tous les dispositifs locaux ne transmettent pas leurs données et les associations et fédérations ne comptent pas les mêmes individus, certains ne comptant que les jeunes quand d'autres comptent les jeunes et les familles, certains ne comptant que les prises en charge individuelles quand d'autres incluent la participation aux actions collectives⁴³.

⁴² Les formes lexicales en italique et entre guillemets sont significativement corrélées à la classe lexicale des stratégies de différenciation entre les dispositifs souples de prise en charge de la souffrance au seuil de 0,01 % (soit *p-value* < 0,0001)

⁴³ Tous les dispositifs souples proposent des actions collectives, telles que des activités culturelles, des groupes de parole, des interventions de prévention en santé dans les établissements scolaires, etc.

Sans autre ambition que celle d'illustrer un ordre de grandeur, les données de l'activité accessibles dans les années récentes laissent envisager des différences entre les trois dispositifs, les maisons des adolescents accueillant le plus de jeunes, les points accueil écoute jeunes présentant l'activité la plus importante à l'échelle nationale, les espaces santé jeunes touchant un nombre plus limité de jeunes.

- Les maisons des adolescents annoncent 85 000 « *jeunes accompagnés* » en 2017, soit une moyenne de 750 jeunes par dispositif local (avec une variation de 115 à 3 123 jeunes) ;
- Les points accueil écoute jeunes comptent 100 000 « *personnes accueillies* » en 2015, soit une moyenne de 587 personnes par dispositif local (avec une variation de 5 à 11 000 personnes – en écartant les chiffres extrêmes, les points accueil écoute jeunes accueillent en moyenne 491 personnes) ;
- Les espaces santé jeunes indiquent 6 672 « *jeunes* » ayant bénéficié de « *consultations* » en 2018, soit une moyenne de 371 jeunes par dispositif local (avec une médiane de 407).

Au regard de ces statistiques générales et même si elles sont imparfaites pour la comparaison, il apparaît que les maisons des adolescents disposent de davantage de personnels et voient plus de jeunes que les points accueil écoute jeunes et les espaces santé jeunes, les premières se présentant comme des lieux de soins et de coordination des parcours de prise en charge, les deux autres se présentant comme des acteurs de la prévention et de l'accompagnement, misant sur la multiplicité des rencontres, des accueils ou des contacts.

Ces données de cadrage font d'ores et déjà apparaître des différences dans les représentations de la souffrance des jeunes et de la (bonne) prise en charge, qui relaient sur le terrain les écarts de perception de ce problème public, voire les concurrences, entre les ministères.

La distinction entre les représentations de la souffrance, davantage associée à la maladie mentale ou davantage associée au mal-être social, analysée dans le débat public en amont du lancement du programme *maisons des adolescents* se retrouve ainsi dans les configurations locales : d'un côté les organisations de la jeunesse chargées de prendre en charge les questions de pauvreté, de ruptures sociales, d'accès à l'emploi et aux soins (les espaces santé jeunes, les missions locales, les points accueil écoute jeunes), de l'autre celles chargées de prendre en charge la souffrance psychique et la maladie mentale (les maisons des adolescents, la psychiatrie infanto-juvénile).

L'exemple de deux textes règlementaires relatifs aux maisons des adolescents et aux points accueil écoute jeunes illustre la dichotomie entre ces deux représentations, qui inscrivent nettement la prise en charge de la souffrance des jeunes dans un espace concurrentiel – tant dans les soutiens de ces dispositifs à l'échelle nationale que dans leur articulation à l'échelle locale.

La même année en janvier 2005, à seulement deux jours d'intervalle, le ministère de la Santé lance son programme de création de maisons des adolescents dans chaque département (dont les financements sont alors prévus à hauteur de cinq millions d'euros par an pendant cinq ans) et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale lance un plan triennal de création de trois cents nouveaux points accueil écoute jeunes ⁴⁴ (les financements initiaux de ce dispositif sont alors complétés de trois millions d'euros).

Dans ces deux décisions ministérielles, la notion de souffrance vécue par les adolescents et les jeunes adultes est clairement centrale :

- les maisons des adolescents [Cahier des charges, 2005] ciblent les jeunes « *qui souffrent* » à partir des manifestations émotionnelles et corporelles de leur souffrance, de l'émergence de pathologies psychiatriques ou des tentatives de suicide, elles doivent accueillir, écouter, informer, évaluer, orienter, accompagner sur les plans éducatif, social et juridique et prendre en charge sur les plans médical et psychologique ;
- les points accueil écoute jeunes doivent ⁴⁵ cibler les jeunes « *rencontrant diverses difficultés : conflits familiaux, mal-être, échec scolaire, conduites à risque, violences, délinquance, fugue, errance...* », ils doivent accueillir, écouter, soutenir, sensibiliser, orienter et proposer des médiations, ils doivent exclure la thérapie et le soin médicalisé.

Ces deux dispositifs financés par des ministères en concurrence sont donc chargés de prendre en charge le mal-être et la souffrance psychique des jeunes, à partir de représentations différentes : les dimensions psychiques et somatiques de la

⁴⁴ Circulaire n° DGAS/LCE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 points d'accueil et d'écoute jeunes (2005 -2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale

⁴⁵ Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes. Notons que préexistaient :

- des points accueil jeunes depuis 1996 [circulaire n° 96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de dix à vingt-cinq ans];
- des points écoute jeunes depuis 1997 [circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou parents]

souffrance sont priorisées par les maisons des adolescents, visant prioritairement à prévenir l'émergence des maladies mentales et le suicide, les dimensions sociales de la souffrance apparaissent réservées aux points accueil écoute jeunes, visant alors la prévention de la délinquance et de la marginalisation.

Cette distinction apparaît clairement avec la possibilité pour les premières et l'interdiction pour les seconds de proposer des soins. À compter de 2005, les points accueil écoute jeunes – comme les espaces santé jeunes – ne sont d'ailleurs plus financés par l'action publique de santé et ils sont considérés, au mieux comme des extensions de l'offre proposée par les maisons des adolescents sur les territoires (notamment dans les zones rurales ou dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, quand l'un ou l'autre de ces dispositifs y sont déjà implantés), sinon comme des dispositifs qui doivent se limiter à une offre sociale.

La différenciation et la concurrence entre les deux dispositifs – qui s'opère à partir de la priorité donnée à la dimension psychique ou à la dimension sociale de la souffrance – se retrouvent dans les débats publics qui traitent des facteurs sociaux de la souffrance des jeunes les années suivantes.

- En mai 2006, aucune référence aux maisons des adolescents n'apparaît dans la charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, portée et promulguée par le ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, même si elle est aussi signée par le ministre de la Santé et des Solidarités.

Alors que cette charte vise « *une stratégie de mise en réseau entre tous les interlocuteurs visant à la fois à l'insertion et au bien-être* » des jeunes âgés de 16 à 25 ans et qu'elle pose « *la question des réponses au mal être des jeunes et à leur santé mentale* »⁴⁶, la charte cite différents professionnels et dispositifs du monde de la santé, notamment les médecins généralistes, les services de psychiatrie, ou la santé scolaire, ainsi que les espaces santé jeunes et les points accueil écoute jeunes, mais n'évoque à aucun moment les maisons des adolescents.

- Ou encore, pour contribuer à la concertation sur les politiques de jeunesse en direction des individus âgés de 16 à 25 ans lancée par le Haut-commissaire à la Jeunesse (portefeuille ministériel créé de janvier 2009 à mars 2010), le Sénat crée une mission commune d'information. Parmi le nombre important de personnalités

⁴⁶ Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, signée par le ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, le ministre de la Santé et des Solidarités, le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, la présidente du Conseil national des missions locales, 10 mai 2006

auditionnées, à nouveau, aucun professionnel des maisons des adolescents n'est impliqué.

Quand il est question de la santé des jeunes⁴⁷, le rapporteur met ainsi l'accent sur les points accueil écoute jeunes et sur les espaces santé jeunes, les maisons des adolescents n'apparaissant que sur quelques lignes dans un encadré qui reprend les principales mesures du plan santé des jeunes pour 2008-2010.

D'ailleurs, à l'issue de la concertation nationale, la souffrance des jeunes est principalement considérée comme une expérience sociale, « *avant tout [déterminée] par le degré de précarité et, plus particulièrement, la capacité à contrôler la volatilité et à diminuer le stress conséquent au manque de prévisibilité de leur situation (e.g difficulté d'insertion, sécurité de l'emploi, revenu insuffisant, logement vétuste)* »⁴⁸.

Dans le débat public, tout se passe donc comme si ce qui relève de la précarité, de l'insertion et de la souffrance sociale concerne les points accueil écoute jeunes et ce qui relève de la santé et de la souffrance psychique des jeunes concerne les maisons des adolescents, sans pour autant que les frontières entre ces dispositifs ne soient clairement définies.

En le reformulant en termes de concurrence dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, au milieu des années 2000, les points accueil écoute jeunes (et les espaces santé jeunes) sont exclus des compétences techniques de traitement et de soins, les maisons des adolescents sont quant à elles exclues des compétences relatives à la cohésion sociale.

Cette distinction entre les organisations de la jeunesse qui proposent des modalités souples de prise en charge apparaît également dans les registres de langage mobilisés par les uns et les autres, la forme du discours relevant d'une stratégie de différenciation⁴⁹.

Outre l'adaptation des maisons des adolescents aux attentes publiques de lisibilité et d'évaluation de leur activité, le programme (dont plusieurs documents sont écrits par des représentants du dispositif) mobilise le même registre lexical administratif

⁴⁷ DEMUYNCK, 2009, *op. cit.*, pp.173-180

⁴⁸ ARTINAGAVE Antoine, « Annexe 8. Divers indicateurs de mesure du bien-être des jeunes », *In* Haut-commissaire à la Jeunesse, *Commission sur la politique de la jeunesse, Livre vert*, Paris, 7 juillet 2009, p.LXXXVI

⁴⁹ Les formes lexicales en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont significativement corrélées à la classe lexicale relative aux stratégies de différenciation entre les dispositifs souples de prise en charge de la souffrance au seuil de 0,1 % (soit *p-value* < 0,001)

que celui de l'action publique de santé, favorisant ainsi la communication avec les représentants de l'État.

Les maisons des adolescents organisent leur « *gouvernance* », avec leurs « *comités de pilotage* », leurs « *promoteurs* », leurs « *financeurs* » et leurs « *partenariats* » qui sont alors « *conventionnés* ». Elles mettent en avant leur « *fonctionnement* » sur le mode du « *projet* », en « *conformité* » avec leur « *cahier des charges* », reposant sur des « *diagnostics* », des « *besoins* » clairement « *identifiés* », des « *prérequis* » et des « *objectifs* », qui font l'objet d'une « *évaluation* » à partir d'« *indicateurs* » à la fois « *qualitatifs* », « *quantitatifs* » et « *précis* », pour « *mesurer* » leurs « *résultats* » et l'« *efficience* » de leur activité.

Il apparaît alors que, tout en affirmant la nécessité de la « *diversité* » dans leur forme et dans les actions qu'elles proposent, les maisons des adolescents se distinguent de leurs concurrents en montrant leur capacité à être « *organisées* » et « *structurées* ».

Les points accueil écoute jeunes n'ont manifestement pas fait le même effort d'adaptation aux attentes publiques, privilégiant les discours sur le contenu et le sens de leur activité auprès des jeunes.

Ainsi, en 2015 soit plus de dix ans après la circulaire créant le dispositif, le rapport national d'évaluation des points accueil écoute jeunes⁵⁰ souligne la difficulté à les définir et à comprendre leur activité. Il s'agit d'un principe assumé, les points accueil écoute jeunes ayant vocation à être des dispositifs « *non spécialisés* », proposant des interventions « *légères* », la plupart étant « *le fruit d'un réseau associatif de terrain* ».

En outre, malgré les attentes du ministère en charge de la Cohésion sociale, presque la majorité des points accueil écoute jeunes n'ont pas mené le diagnostic prévu pour identifier leur public prioritaire et définir les orientations de chaque dispositif, la dimension « *générale* » et « *peu formalisée* » de la connaissance des besoins et le caractère « *informel* » des interactions avec les partenaires pouvant être valorisés par les professionnels et leurs représentants. Ainsi, le rapport commandé par le ministère souligne que « *différents points de la circulaire, pourtant structurants, n'ont pour la plupart des cas pas été mis en œuvre* ».

Peu d'informations sont disponibles pour inclure les espaces santé jeunes dans cette comparaison. Néanmoins, la consultation de rapports d'activité et des quelques

⁵⁰ Les citations et les formes lexicales en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont toutes issues du rapport : ALENUM consultants, 2015, *op. cit.*

articles accessibles sur le site internet de la fédération nationale, associée au repérage des formes lexicales utilisées dans sa charte, suggèrent que ces dispositifs communiquent, comme les maisons des adolescents, en mobilisant le langage des représentants de l'État.

Pour en donner quelques exemples, ils s'appuient sur « *des besoins identifiés* », ils proposent de « *mutualiser les pratiques professionnelles et optimiser les ressources* », ils valorisent la « *formalisation* » de leurs pratiques et « *renforcent les collaborations* ».

Au-delà des stratégies d'adaptation aux attentes et au langage des représentants de l'État, le lancement du programme public renforce la compétition entre les prises en charge souples proposées par ces organisations dédiées aux mêmes publics, en modifiant leurs financements.

Le ministère en charge de la Santé est le principal financeur des maisons des adolescents et, si les trois dispositifs sont susceptibles de bénéficier de subventions complémentaires des « *agences régionales de santé* » selon les territoires, à l'échelle nationale leurs fonds sont désormais majoritairement attribués aux maisons des adolescents.

Les maisons des adolescents, de même que les points accueil écoute jeunes (essentiellement financés par le ministère en charge de la Cohésion sociale) et les espaces santé jeunes (le plus souvent financés par la Fondation de France⁵¹), sont appelées à diversifier leurs sources de financements, notamment avec la contribution des « *collectivités locales* » ou des services « *déconcentrés* » de l'État – principalement les conseils départementaux pour les maisons des adolescents, principalement les directions départementales de la cohésion sociale pour les points accueil écoute jeunes, principalement les villes pour les espaces santé jeunes.

Cependant, si les maisons des adolescents ont régulièrement indiqué la nécessité de pérenniser leurs financements, les points accueil écoute jeunes et les espaces santé jeunes ont été effectivement confrontés à la baisse de leurs budgets au cours des dix dernières années, entraînant la fermeture de dispositifs locaux ou la nécessité de réduire leurs équipes (notons toutefois que de nouveaux financements, notamment dans le cadre du plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes

⁵¹ Les espaces santé jeunes se développent avec le programme « santé des jeunes » initié par la Fondation de France en 1993, qui veut créer des « *lieux d'information, d'écoute, d'évaluation et d'orientation destinés à faciliter l'accès des jeunes aux services de soins et à les sensibiliser à leur propre santé* » (source : <https://www.fesj.org/Notre-histoire>)

lancé en 2016 ou de la récente stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté lancée en 2018, modifient à nouveau le contexte financier pour ces trois organisations).

Le rapport national d'évaluation des points accueil écoute jeunes⁵² montre comment ces dispositifs ont été déstabilisés par la concurrence avec les maisons des adolescents, en particulier dans sa dimension financière.

Si cet argument n'est pas explicitement avancé, l'attention portée à la chronologie indique que la perte des financements accordés par le ministère en charge de la Santé (au bénéfice des maisons des adolescents) s'est progressivement accompagnée d'une baisse de leurs financements parmi les plus importants, accordés par le ministère en charge de la Cohésion sociale. Le rapport souligne ainsi que « *ces structures ont subi une baisse conséquente des crédits émanant du ministère en charge des Affaires sociales dès 2008 (- 50 %), qui a abouti à la fermeture d'une centaine de PAEJ* ».

Non seulement la baisse des financements de l'État pose des problèmes en matière de maintien de l'activité et de temps passé à la recherche d'autres financements, mais elle engendre aussi de nouvelles formes de rivalités, dans la mesure où « *le tarissement de certains financements a des effets pervers sur le partenariat – positionnement de plusieurs associations sur le même appel à projet (mise en concurrence)* ». Même si les auteurs indiquent que depuis 2012 « *les crédits de l'État sont stabilisés* », les budgets restent alors décrits comme contraints.

Dans ce contexte, les points accueil écoute jeunes – comme la psychiatrie infanto-juvénile avant eux – soulignent l'incohérence du développement d'une nouvelle offre de prise en charge au détriment du soutien à l'offre existante, décrite comme adaptée aux besoins des jeunes en souffrance (le rapport définissant d'emblée les points accueil écoute jeunes comme des dispositifs « *répondant à la problématique du mal-être des jeunes* »). Ainsi, le résumé analytique du rapport souligne que « *la diversité des acteurs en présence (MDA, missions locales, prévention spécialisée, structures de lutte contre les addictions, points d'informations généralistes...) soulève un enjeu de lisibilité* » avec un « *risque de doublons* ».

Les points accueil écoute jeunes apparaissent directement impliqués dans une concurrence locale entre les dispositifs souples, qui s'est imposée avec l'arrivée des maisons des adolescents.

⁵² Les citations en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du rapport : ALENIUM consultants, 2015, *op. cit.*

La lutte pour la légitimité de l'offre proposée par tel ou tel dispositif apparaît en effet encore plus nettement à l'échelle de leur coexistence dans les systèmes locaux.

- L'exemple de la Seine-Saint-Denis montre ainsi que même lorsque ces organisations de la jeunesse sont associées, les financements des unes peuvent être diminués (le point accueil écoute jeunes local) en s'appuyant sur la stabilité financière des autres (la maison des adolescents).

Un élu du département formule ainsi une question écrite au Sénat en décembre 2013⁵³, quant à « *la baisse, brutale et non prévue [...]* » des subventions d'un point accueil écoute jeunes sur son territoire, versées par la direction départementale de la cohésion sociale (passées de 76 000 euros à 49 000 euros en juillet 2013).

Si les subventions de l'État sont finalement revues à la hausse, la conclusion de la réponse formulée par le secrétaire d'État concerné en novembre 2014 souligne que l'association qui porte le point accueil écoute jeunes « *porte aussi une maison des adolescents, largement soutenue par l'agence régionale de santé [...]* (153 000 euros en 2014), et le conseil général (101 000 euros). Du fait de ces différents financements [sont également listés tous les financements directs du point accueil écoute jeunes], la santé financière de la structure n'apparaît pas en péril » ;

- L'exemple de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2010 illustre quant à lui la mise en concurrence des dispositifs souples dans les agencements locaux et leur stratégie d'alliance à l'échelle nationale.

Les vingt-cinq structures présentes sur le territoire régional (qui regroupe six départements) – maison des adolescents, points accueil écoute jeunes et espaces santé jeunes – publient, par communiqué de presse interposé soutenu par leurs associations et fédérations nationales respectives, une lettre commune adressée au président de la République. Ils affirment que « *les dispositifs de prévention santé jeunes [sont] en danger* »⁵⁴. Ils soulignent l'augmentation des demandes de prises en charge par les jeunes et les familles dans l'ensemble des dispositifs et s'alarment de l'absence de garantie quant à la pérennité du soutien financier accordé par l'État

⁵³ Les citations en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont toutes issues du site internet du Sénat : <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ131209736.html>

Question écrite n° 09736 de M. Claude DILAIN, journal officiel du Sénat du 12 décembre 2013 ; Réponse du secrétariat d'État auprès du ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, chargé du Commerce, de l'Artisanat, de la Consommation et de l'Économie sociale et solidaire, journal officiel du Sénat du 13 novembre 2014

⁵⁴ « *Les dispositifs de prévention santé jeunes en danger. Les points accueil écoute jeunes et les espaces santé jeunes sont en danger* », Communiqué de presse, 26 avril 2010, [En ligne] <http://www.mille-babords.org/spip.php?article14280>

aux points accueil écoute jeunes et aux espaces santé jeunes.

Seuls ces deux dispositifs sont inquiets pour leur survie, la maison des adolescents n'étant pas concernée par les mêmes sources de financement, mais l'association nationale des maisons des adolescents se mobilise elle aussi pour les défendre. En effet, dans les Bouches-du-Rhône, l'espace santé jeunes préexiste à la maison des adolescents qu'il a contribué à créer, ces deux dispositifs sont donc historiquement associés au sein de l'association locale qui gère encore aujourd'hui la maison des adolescents ⁵⁵.

Sur les territoires, les arbitrages financiers accordent ainsi des moyens aux uns et suppriment ceux des autres. En écho, les représentants de ces dispositifs à l'échelle nationale affirment progressivement la nécessité de s'associer pour assurer leur survie respective.

Les évolutions récentes de leurs interactions tendent à montrer que la concurrence se transforme ici aussi en collaboration. Avec la psychiatrie infanto-juvénile, il s'agissait de faire accepter la proposition de prise en charge de la souffrance psychique par les maisons des adolescents. Avec les autres dispositifs proposant des prises en charge souples et dédiées aux jeunes, à leurs familles et aux professionnels, il s'agit de peser collectivement pour convaincre de la nécessité d'une intervention pérenne de l'État auprès des adolescents et des jeunes adultes en souffrance.

Les représentants de ces trois dispositifs à l'échelle nationale (associations ou fédérations), ainsi que ceux des écoles des parents et des éducateurs, de fil santé jeunes et des consultations jeunes consommateurs (représentés par la fédération addiction) se sont ainsi réunis en 2017 pour former un « collectif national d'associations partenaires – bien-être et santé des jeunes », renommé aujourd'hui « conseil des partenaires » ⁵⁶. Ce collectif appuie son existence sur un double constat :

- l'augmentation des besoins de prise en charge, plus précisément « *l'augmentation des signes de mal-être : souffrances psychiques et sociales, difficultés d'insertion scolaire, sociale et/ou professionnelle, addictions, errance de certains jeunes, radicalisation...* » ;

⁵⁵ Source : <https://www.mda13nord.fr/Notre-projet-associatif>

⁵⁶ Les citations en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues du programme de la journée du conseil des partenaires organisée le 12 novembre 2018 à Paris, sur le thème « Du plan "bien-être et santé des jeunes" à une stratégie d'action territorialisée et partagée par tous les acteurs »

- la baisse des moyens financiers qui leur sont accordés, puisqu'ils affirment que « *la prévention (...) semble malheureusement rester la "laissée-pour-compte" des orientations budgétaires* ».

À l'occasion de la première journée organisée par ce conseil des partenaires en novembre 2018⁵⁷, des représentants ministériels sont invités (délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, déléguée ministérielle à la mission de prévention et de lutte contre les violences en milieu scolaire, président de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé) et le caractère indispensable de chaque dispositif est affirmé, de même que leur volonté de se rapprocher plutôt que s'affronter.

Le collectif veut ainsi passer de la logique « *concurrentielle* » initiale à une logique de « *complémentarité* ». Les représentants nationaux mobilisent à plusieurs reprises les termes « *articulation* », « *cohérence* », « *collectif* », « *convergence* », « *partagé* » ou « *transversalité* », en les opposant aux termes « *antagonisme* », « *organisation en silo* » ou « *rivalité* ».

Face au manque de cohérence entre les projets ministériels et à la concurrence impulsée « par le haut », les maisons des adolescents continuent donc de participer à l'évolution de leur label. Dans le temps long des processus de luttes définitionnelles relatives à la souffrance des jeunes et à sa (bonne) prise en charge, les maisons des adolescents se sont positionnées dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse en référence aux positions des autres organisations déjà présentes.

D'une part, elles se sont organisées pour adapter leur offre aux attentes des acteurs dominants (les représentants de l'État et les professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile), notamment en proposant de prendre en charge les familles et de coordonner les intervenants et en acceptant d'être utilisées comme des plateformes de tri et d'orientation des publics.

D'autre part, en proposant non seulement des soins, mais aussi une offre structurée, elles se sont distinguées des autres dispositifs existants proposant des modalités de prise en charge souples et en concurrence directe pour ce qui relève des publics cibles, avant de s'associer avec eux pour peser dans le contexte plus large de l'évolution des politiques publiques en direction de la jeunesse.

⁵⁷ Les formes lexicales en italique et entre guillemets dans le paragraphe suivant sont toutes issues de nos notes d'observation de ce conseil des partenaires

Conclusion de la première partie

Positionnement des acteurs au prisme de la lutte pour la définition de la souffrance et de sa (bonne) prise en charge

L'action publique de santé – malgré ses préoccupations pour l'équilibre entre les besoins de soins et l'efficacité de l'offre de prise en charge et dans un contexte de contraintes financières régulièrement rappelées – a progressivement considéré comme un objectif prioritaire de créer des lieux où tous les jeunes peuvent aller dire leur souffrance, demander de l'aide dans leurs difficultés quotidiennes, rencontrer des professionnels formés et où les équipes se préoccupent aussi des jeunes qui ne demandent rien, en allant vers eux, en recevant leur famille, en soutenant les autres professionnels susceptibles de les repérer ou de les prendre en charge.

Dès le milieu des années 2000 et sans certitude quant à la capacité d'un tel dispositif à répondre à ces attentes, le ministère en charge de la Santé impose ainsi l'entrée des maisons des adolescents dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, en finançant leur développement dans tous les départements du territoire national et les consultations des professionnels hospitaliers qui y travaillent.

Avec le programme *maisons des adolescents*, l'action publique de santé tente de diversifier son offre de prise en charge de la souffrance des jeunes, en labellisant des dispositifs souples qui leur sont dédiés – attendus comme une offre distincte et complémentaire des prises en charge protocolaires de la psychiatrie infanto-juvénile – et en impliquant les collectivités et les administrations locales chargées de les financer et donc de s'engager dans leur pérennisation.

Cette tentative d'imposer une régulation des organisations concernées par la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes s'est inscrite dans des alliances et des concurrences pour définir la souffrance des jeunes et sa (bonne) prise en charge, tant à l'échelle nationale (entre les ministères et entre les acteurs engagés) qu'à l'échelle locale.

Les données récentes relatives à l'activité des maisons des adolescents tendent à montrer que ces dispositifs ont gagné leur place dans le champ de la santé mentale.

En répondant aux attentes des représentants de l'État et en se positionnant dans les marges de la psychiatrie infanto-juvénile, leur offre de prise en charge de la souffrance

des jeunes est légitimée et leur permet d'accéder à une position dominante par rapport aux autres dispositifs qui proposent une offre souple et dédiée aux jeunes, auxquels elles s'associent aujourd'hui pour accroître leur influence sur les politiques publiques en direction de la jeunesse.

Même si les gouvernements locaux de la santé ont souvent peu de marge de manœuvre et de leviers pour susciter les volontés locales, les maisons des adolescents se sont développées partout. Certes, ici ou là, les expériences sont fragiles voire ont échoué, mais quinze ans après le lancement du programme public, de nombreuses maisons des adolescents sont devenues incontournables sur leur territoire pour toutes les questions relatives à la santé ou au bien-être des adolescents et des jeunes adultes. Ainsi, elles sont connues et utilisées par les professionnels et elles rencontrent des centaines voire des milliers de jeunes pour certaines d'entre elles ¹.

Dans de nombreux territoires, l'heure n'est plus aux craintes pour leur survie. Il s'agit, certes, d'en créer quand il n'en existe pas – la recommandation initiale étant progressivement devenue une injonction – ou de les soutenir quand elles ne parviennent pas à assurer leurs missions, mais le plus souvent il s'agit de développer leur activité et de les inscrire dans la programmation locale de la santé.

La présence des médecins des maisons des adolescents, dans les débats publics et à l'échelle des systèmes locaux de l'offre de prise en charge de la souffrance des jeunes, a représenté un atout majeur pour organiser des alliances avec les acteurs influents et se différencier des dispositifs concurrents, moins organisés et structurés et qui ne peuvent pas dispenser de soins.

La souffrance des jeunes est en effet définie de façon majoritaire comme un problème de santé mentale, susceptible à la fois d'aggraver des pratiques juvéniles considérées « à risque » pour la santé et d'évoluer vers la maladie mentale si elle n'est pas repérée ni prise en charge de façon précoce.

En se positionnant comme un lieu de consultations médicales, de tri et d'orientation des publics en amont de la psychiatrie infanto-juvénile, mais aussi comme un lieu de prise en charge des familles et comme un dispositif de coordination et de soutien aux intervenants locaux, les maisons des adolescents ont construit leur légitimité au sein de l'espace concurrentiel de la prise en charge de la souffrance des jeunes.

¹ L'enquête menée par l'association nationale des maisons des adolescents en 2018 [*op. cit.*] indique, en outre, que l'activité de ces dispositifs est en forte évolution puisqu'en 2017, 70 % des prises en charge sont de nouvelles situations

Pour conclure cette première partie, la figure ci-contre illustre les positions contemporaines des acteurs mobilisés dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse. Au préalable, quelques éléments de la méthode sont présentés.

MÉTHODOLOGIE – ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

Une analyse des correspondances multiples est menée sur un « *tableau carré des traits pertinents* » de chaque organisation ou groupe d'acteurs ayant participé aux processus de définition de la souffrance des jeunes et de sa prise en charge [BOURDIEU, WACQUANT, 1992, cité dans DUVAL, 2013].

Chaque organisation ou groupe d'acteurs est une ligne, chaque colonne est une variable construite pour représenter une propriété qui permet de les différencier.

Vingt organisations ou groupes d'acteurs sont retenus, à partir des prises de parole dans les arènes publiques ou les espaces plus discrets de la négociation. Il faut préciser que :

- les jeunes et les familles ne sont pas inclus, de même que le monde médico-social, leurs représentants éventuels étant trop peu présents dans les espaces médiatiques ou le débat public pour pouvoir recueillir les informations nécessaires à l'analyse ;
- les discours de Bernadette CHIRAC et Patrick POIVRE D'ARVOR pris en compte sont ceux relatifs à la maison de Solenn, ils sont différenciés de ceux des autres représentants des maisons des adolescents dans la mesure où leurs prises de parole les distinguent ;
- les groupes d'acteurs désignés sous la formule « ministère en charge de » regroupent les ministres et les représentants de leurs services déconcentrés ;
- le « monde de la santé somatique » regroupe à la fois les médecins traitants, les médecins spécialistes non psychiatres et les directeurs d'établissements hospitaliers.

Treize variables sont retenues pour discriminer les organisations ou groupes d'acteurs entre eux :

- accès au monde médiatique pour parler de la souffrance des jeunes ;
- accès aux représentants de l'État (ou l'acteur concerné est lui-même un représentant de l'État) ;
- accès direct aux financements de l'action publique de santé ;
- possibilité (ou attente) de prise en charge des jeunes sans autre condition que l'âge ;
- possibilité (ou attente) de prise en charge sans rendez-vous et sans demande ;
- possibilité (ou attente) de prise en charge des familles sans les jeunes ;
- déclarations publiques relatives au manque de moyens financiers pour prendre en charge la souffrance des jeunes ;
- déclarations publiques relatives au risque de suicide ou de maladie mentale ;
- déclarations publiques relatives aux « conduites à risque » juvéniles ;
- déclarations publiques relatives aux facteurs sociaux de la souffrance ;
- déclaration publique de soutien aux maisons des adolescents ;

...

...

- compétence technique médicale (reconnue ou attendue);
- priorité donnée à la dimension psychique ou à la dimension sociale de la souffrance.

L'analyse des correspondances multiples produit treize facteurs, les quatre premiers regroupent plus de 76 % des informations disponibles et distinguent les organisations ou les groupes d'acteurs :

- le premier facteur (qui traduit 36 % de l'inertie), selon leurs représentations de la souffrance – associées davantage à la maladie mentale ou associées davantage au mal-être social,
- le second facteur (18 %), selon l'accès plus ou moins facilité aux financements et aux espaces de la négociation dans le champ de la santé mentale;
- le troisième facteur (12 %), selon la place accordée aux familles dans les prises en charge,
- le quatrième facteur (10 %), selon la pérennité ou l'instabilité financière des dispositifs.

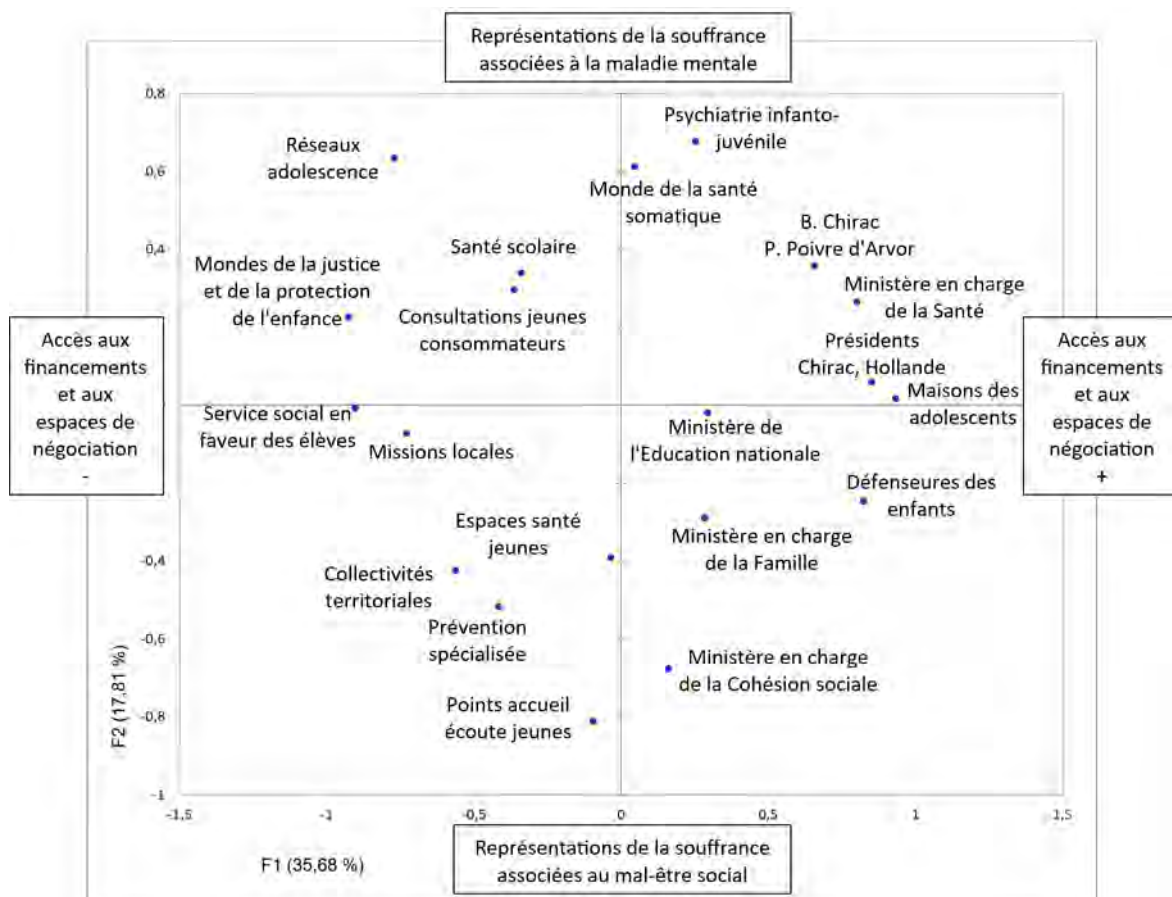


FIGURE 4 – Position des organisations ou groupes d'acteurs dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse au prisme de la lutte pour définir la (bonne) prise en charge de la souffrance

La figure illustre la répartition des organisations ou groupes d'acteurs dans l'espace social des prises de position relatives à la (bonne) prise en charge de la souffrance des jeunes, selon les deux premiers facteurs de l'analyse des correspondances multiples (le nuage de points représentant les coordonnées de chacun, sur un espace à deux dimensions correspondant à ces deux facteurs).

La répartition des organisations et groupes d'acteurs à partir de l'analyse des correspondances multiples menée sur leurs prises de position dans le débat public permet de mettre en exergue la distribution des forces et des dominations dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse.

Les organisations et acteurs influents dans la lutte pour la définition de la souffrance et de sa (bonne) prise en charge sont situés à droite du graphique.

- Sans surprise, les représentants de l'État qui fixent les règles de fonctionnement et d'attribution des ressources y sont représentés, ainsi que la psychiatrie infanto-juvénile, partenaire historique du ministère en charge de la Santé et reconnue pour ses compétences techniques.
- Ensuite, alors même que les médecins du monde de la santé somatique n'ont pas multiplié les discours spontanés quant à la prise en charge de la souffrance des jeunes, l'analyse montre qu'ils sont influents (plusieurs parlementaires ou élus sont d'ailleurs aussi des médecins). L'avis de ces professionnels a été plusieurs fois demandé, des missions leur ont été confiées et leurs représentants associatifs ont été auditionnés à plusieurs reprises.
- Enfin, la figure illustre que les maisons des adolescents (le plus souvent, l'analyse a mobilisé les discours des représentants de l'association nationale et des deux médecins que nous avons définis comme des entrepreneurs-frontière) ont développé leurs réseaux au sein des ministères et que leur stratégie de médiatisation a été efficace. Elles apparaissent ainsi comme le dispositif qui bénéficie du volume de capital (médiatique, technique et en matière d'accès aux financements dans le champ) le plus important.

La partie gauche de la figure regroupe les autres organisations ou groupes d'acteurs concernés directement par la prise en charge de la jeunesse, en souffrance, en risque, en danger, délinquante, scolarisée ou en recherche d'emploi.

Les prises de position dans le débat public se distinguent alors selon les représentations de la souffrance, associées de façon prioritaire à la maladie mentale (en haut de la figure) ou au mal-être social (en bas de la figure).

Il est toutefois notable que, pour plusieurs acteurs, ces deux représentations co-existent (au centre de la figure), soulignant que la plupart des professionnels qui interviennent auprès de jeunes en souffrance prennent en compte à la fois les dimensions psychiques et le contexte social. Les exemples du service social en faveur des élèves et des missions locales (au centre, à gauche de la figure), mais aussi celui des maisons des adolescents (au centre, à droite de la figure) sont ainsi représentatifs du caractère protéiforme de ces prises en charge.

PARTIE II

Construction du public de la MDA à partir de la définition locale de la souffrance et des pratiques d'orientation

Introduction

Nous demandons au lecteur de bien vouloir considérer cette partie de la thèse comme une partie liminaire, nécessaire pour faire la transition entre, d'une part, la présentation de la problématisation de la souffrance des jeunes dans le discours public et la construction du programme *maisons des adolescents* pour la prendre en charge et, d'autre part, l'analyse des expériences juvéniles de la souffrance effectivement prises en charge dans une maison des adolescents.

La mise en œuvre locale d'un programme défini à l'échelle nationale génère nécessairement des adaptations et des spécificités, influençant les types de demandes qui lui sont adressées.

Il s'agit donc de comprendre le contexte local dans lequel s'inscrivent les expériences de la souffrance que nous voulons analyser.

Nous posons que les caractéristiques de l'offre locale de prise en charge à la maison des adolescents et les attentes des jeunes en souffrance, de leur famille ou des professionnels qui interviennent auprès d'eux participent, ensemble, à la construction de son public.

L'offre proposée et les demandes qui lui sont adressées sont ainsi socialement situées et définissent nécessairement, ensemble, les types de souffrances que nous y avons trouvées. Toutes les souffrances ne sont pas représentées.

- La maison des adolescents qui sert de terrain à cette recherche est désignée par le sigle « MDA » pour la différencier du programme public ou des autres dispositifs labellisés sur le territoire national (alors écrits en toutes lettres) ;
- Le département concerné est désigné par la formule « du Sud », même si l'anonymat n'est pas tout à fait nécessaire ni tout à fait possible. En effet, d'une part, la thèse est financée par le conseil départemental et sera valorisée, à l'avenir, en le nommant précisément et, d'autre part, la présentation de diverses caractéristiques départementales permettent aisément de le reconnaître.

Néanmoins, cette formulation donne un peu plus de garanties quant à l'anonymat des données recueillies et, surtout, permet de souligner la spécificité de chaque maison des adolescents plutôt que d'insister sur celle de ce dispositif particulier.

Le premier chapitre présente le processus local de création de la MDA, pour comprendre les représentations de la souffrance des jeunes parmi les acteurs locaux, mais aussi les traditions de l'intervention publique, les rivalités et les collaborations, les éventuels rapports de force et de pouvoir qui agissent sur la construction de son public, en référence aux attentes du programme public et aux besoins supposés de prise en charge pour les jeunes en souffrance sur ce territoire.

Ce dispositif s'est ainsi construit dans une configuration locale d'acteurs (élus, représentants ou professionnels des collectivités territoriales, des services déconcentrés de l'État, des services hospitaliers, ou encore des associations), hiérarchisés et le plus souvent interdépendants, engagés collectivement ou individuellement pour intervenir auprès des jeunes, considérés (à l'échelle de ce département du Sud de la même manière qu'à l'échelle nationale) comme un public cible, « à risque » en termes de santé et qu'il est nécessaire de protéger.

Au terme d'un processus associant négociations et injonctions, l'offre proposée s'inscrit dans la stabilisation des oppositions et des partenariats entre les organisations locales de la jeunesse et influence, *in fine*, les expériences juvéniles de la souffrance que la MDA prend en charge.

Pour compléter la compréhension de ces expériences, le deuxième chapitre s'intéresse aux pratiques de recours à la MDA.

En portant l'attention sur les pratiques professionnelles d'orientation des jeunes en souffrance dans ce département du Sud, à partir des représentations relatives à ce dispositif, des opérations de catégorisation des besoins supposés des jeunes et des familles et des territoires de l'intervention, il s'agit d'appréhender les pratiques d'usage et d'adaptation à l'offre proposée, qui participent à leur tour à la définition de la souffrance effectivement prise en charge à la MDA.

Ainsi, dans le contexte local, qui propose des offres spécialisées multiples à l'intention des jeunes en souffrance, la MDA s'est positionnée comme un dispositif intermédiaire entre le monde de la santé, somatique et psychique, et les mondes socioéducatif et scolaire.

La distinction entre ces trois mondes professionnels, construite pour la recherche, est utilisée tout au long de la thèse, dans la mesure où elle différencie nettement tant les dispositifs existants que les pratiques de recours.

MÉTHODOLOGIE – CATÉGORIES D'ANALYSE LES MONDES PROFESSIONNELS

- Le « monde de la santé, somatique ou psychique » désigne les infirmiers, les médecins (le plus souvent généralistes ou psychiatres), les psychologues et d'autres métiers du soin (tels que les addictologues, psychomotriciens, thérapeutes familiaux), qu'ils exercent en libéral, dans le secteur associatif, ou dans des services ambulatoires et hospitaliers du secteur public (aucune orientation n'émanant des cliniques privées parmi les expériences de la souffrance analysées) ;
- Le « monde socioéducatif » désigne les assistants sociaux, éducateurs spécialisés, conseillers de missions locales et autres professionnels ou bénévoles des associations et services sociaux, éducatifs ou de l'insertion (associations caritatives, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, établissements ou services de la protection de l'enfance, missions locales, services de la protection judiciaire de la jeunesse, services sociaux de collectivités territoriales ou de services déconcentrés de l'État, etc.) ;
- Le « monde de la vie scolaire » désigne les professionnels des établissements scolaires, notamment des enseignants ou des membres de l'équipe de vie scolaire (à l'exception des assistants sociaux, inclus dans le monde socioéducatif et des infirmiers et médecins scolaires, inclus dans le monde de la santé).

Les dossiers de la MDA permettent ainsi au chercheur d'accéder à des souffrances qui ne relèvent pas strictement de la maladie mentale, ni de la protection de l'enfance ou de la jeunesse en danger, ni des dispositifs scolaires spécialisés.

Ces souffrances non prises en charge par les dispositifs traditionnels et le plus souvent multiformes sont toutefois suffisamment inquiétantes pour que des professionnels, des familles ou les jeunes eux-mêmes, considèrent qu'un accompagnement est nécessaire et demandent de l'aide à la MDA.

Les données recueillies – dans les archives, à l'occasion des réunions entre l'équipe de la MDA et d'autres professionnels locaux, départementaux ou régionaux, lors des entretiens avec des professionnels intervenant directement auprès de jeunes en souffrance, ou dans les dossiers et statistiques produites par le dispositif – sont mobilisées pour analyser le processus de création de la MDA et les influences réciproques entre l'offre proposée, l'offre perçue et l'offre attendue, par les jeunes, les familles et les professionnels concernés par la souffrance juvénile.

Méthodologie

Rappelons ici que notre position de chercheur, agent de la collectivité départementale qui porte la MDA, a considérablement facilité l'accès aux données.

Nous avons eu accès aux archives internes du dispositif. Nous étions invitée comme observatrice dans ses instances de gouvernance ou dans les réunions de son équipe avec les partenaires locaux. Une lettre de mission du conseil départemental invitait d'ailleurs ces acteurs à accepter de nous rencontrer. En outre et vraisemblablement parce que cette collectivité a un rôle important, éventuellement de financeur, pour tout ce qui concerne la jeunesse, nous n'avons presque jamais été confrontée à des refus d'observation ni à des refus d'entretien. Enfin, nous avons eu accès aux dossiers individuels des jeunes pris en charge à la MDA, sortes de photographies d'un moment de leur vie, raconté par les jeunes ou leur famille aux professionnels du dispositif.

Analyse des archives

Les archives relatives à l'histoire de la MDA sont des documents administratifs rassemblés, répertoriés et conservés ¹.

¹ Pour la distinction entre les multiples acceptions du terme « archives », voir : BARBIER Jonathan, MANDRET-DEGEILH Antoine, « 1. Les archives comme documents », in *Le travail sur archives. Guide pratique*, Paris, Armand Colin, « Hors collection », 2018, pp.15–29

La consultation intégrale des documents a été menée sur plusieurs sites.

- Les archives conservées dans les locaux de la MDA contiennent différents types de documents retraçant les échanges et les négociations entre les représentants des organisations locales de la jeunesse, directement impliqués dans le processus de construction de l'offre, notamment : des comptes rendus de réunions institutionnelles (« comités de pilotage », « comités techniques », « comités opérationnels », « réunions de coordination », « groupes de travail thématiques »), des documents dits « de travail » (diaporamas, projets spécifiques, cartographie de l'offre sanitaire et sociale, propositions diverses), ou encore des écrits administratifs (courriers, notes, rapports, projets de service, rapports d'activité, dossiers de financement) ;
- Les archives de l'ex-direction départementale des affaires sanitaires et sociales (le dispositif ayant été conçu avant leur disparition et la création des agences régionales de santé et de leurs délégations départementales) contiennent les mêmes types de documents que celles de la MDA, complétés par des notes personnelles et des échanges de mails ;
- Les archives du conseil départemental contiennent quasi exclusivement des avis juridiques en réponse aux demandes de la collectivité, ainsi que des décisions politiques ou administratives (délibérations de l'assemblée départementale, décisions modificatives, conventions de partenariat, ainsi que les rapports associés : rapports du président du conseil départemental à l'assemblée départementale par exemple).

Les prises de notes ont listé chronologiquement les décisions prises, les différents types de réunions et les courriers échangés, en relevant systématiquement les administrations, associations, collectivités locales, établissements publics ou services concernés, ainsi que les personnes effectivement mobilisées ou absentes (ces informations étant la plupart du temps disponibles) et l'ensemble des thèmes abordés, en indiquant les consensus trouvés ou les éventuels désaccords exprimés.

Les données recueillies lors de la consultation des archives sont croisées avec celles issues des entretiens avec les acteurs présents dans la phase de création de la MDA, pour comprendre les enjeux locaux, les dissensus et les compromis construits dans le processus collectif de définition des besoins des jeunes en souffrance dans ce département du Sud et de construction de l'offre de prise en charge dans le dispositif.

Avant d'aller plus loin dans les analyses, la figure ci-après illustre la chronologie générale de la création de la MDA, en précisant l'existence des partenariats locaux et des programmes départementaux et régionaux dans lesquels le dispositif est impliqué.

La frise est construite à l'aide d'un éditeur libre en ligne et vise à souligner l'existence de trois phases dans la mise en œuvre locale du programme public :

- 2005–2007 (en vert) : projet initial de MDA municipale, porté par la ville métropolitaine² et les services déconcentrés de l'État (préfecture, direction départementale des affaires sanitaires et sociales);
- depuis 2007 (en bleu) : reprise en main du projet par le conseil départemental;
- depuis 2016 (en jaune) : pilotage régional des maisons des adolescents, confié aux agences régionales de santé.

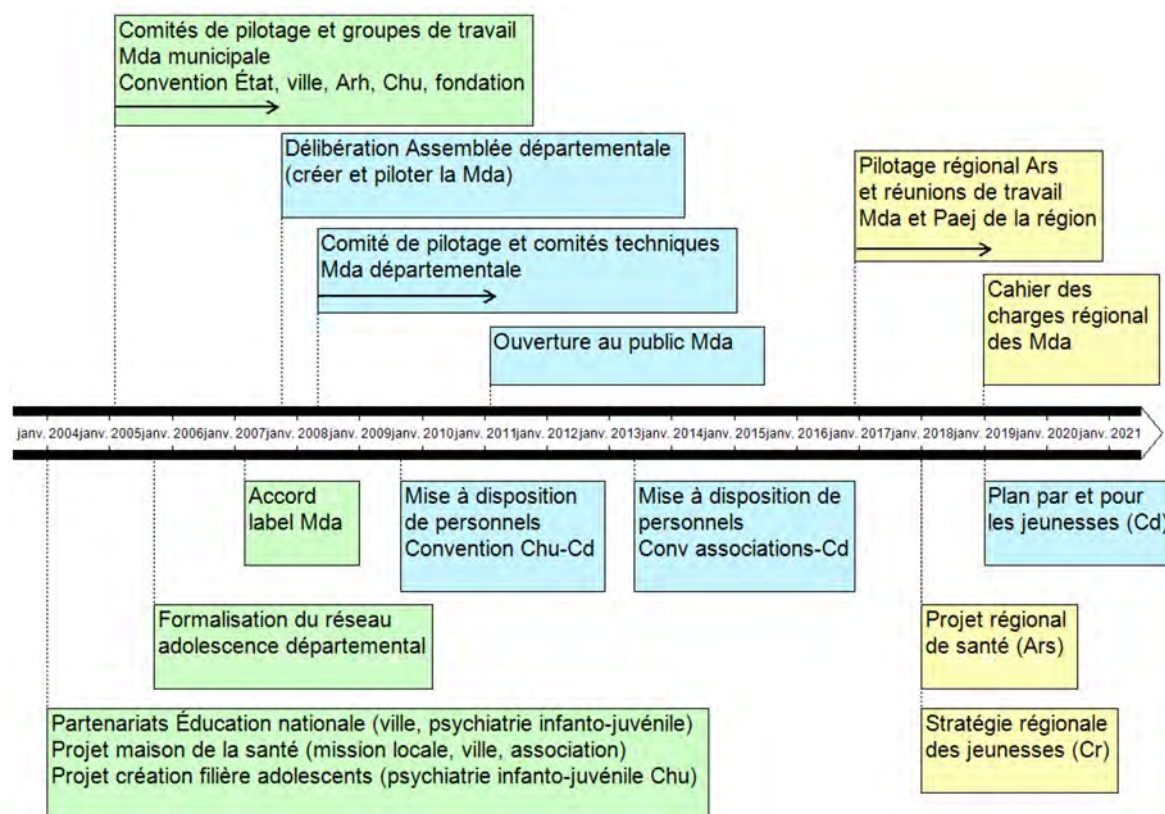


FIGURE 5 – Chronologie de l'histoire de la MDA en trois phases

Outil : Éditeur libre de frises chronologiques www.frisechronos.fr

Notes : • Les couleurs permettent de visualiser les trois phases : 2005–2007 (MDA municipale, en vert); depuis 2007 (MDA départementale, en bleu); depuis 2016 (régionalisation des maisons des adolescents, en jaune)

• Pour faciliter la lecture, des sigles sont utilisés : Arh = agence régionale d'hospitalisation; Ars = agence régionale de santé (ex-Arh); Cd = conseil départemental; Chu = centre hospitalier universitaire; Cr = conseil régional; MDA = maison des adolescents; Paej = point accueil écoute jeunes; ville = ville métropolitaine

² Cette formule désigne la ville centrale du département – dont la communauté urbaine a été transformée en métropole le 1^{er} janvier 2015 à la suite de la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles

Observation éventuellement participante

Les discours, en situation d'interaction, des professionnels (au contact direct des jeunes) et des acteurs impliqués dans la gouvernance du dispositif sont mobilisés pour comprendre les évolutions de la MDA et l'influence réciproque entre l'offre proposée et les pratiques de recours.

Le temps long de la thèse a en effet permis d'observer³ l'action publique en train de se faire, notamment les échanges relatifs aux pratiques de tri et d'orientation des jeunes en souffrance dans le contexte local ou les négociations relatives aux évolutions attendues du partenariat, à l'occasion :

- de réunions de travail entre l'équipe de la MDA et ses multiples partenaires (élaboration de projets d'intervention, groupes de travail thématiques, protocoles d'orientation, etc.);
- de réunions institutionnelles entre l'équipe de direction de la MDA et les organisations de la jeunesse, à l'échelle départementale ou régionale;
- de réunions internes avec des élus ou des responsables administratifs de la collectivité départementale (visites de la MDA, réunions de direction, comités de pilotage, etc.).

Au cours de ces observations, l'attention a été essentiellement portée sur :

- les organisations de la jeunesse représentées et les thèmes mobilisés par les acteurs dans les échanges;
- les interactions et les arguments formulés, en particulier relatifs à la définition des besoins de prise en charge, aux pratiques de tri du public et au travail à plusieurs (désaccords, consensus, négociations, projets communs);
- les éventuelles évolutions des rôles de chacun dans le contexte départemental (développement ou affaiblissement des pratiques relationnelles, changements dans l'activité).

³ Pour nos usages de la méthode de l'observation, voir notamment : ARBORIO Anne-Marie, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, vol.3, n° 90, 2007; MARTINEAU Stéphane, « L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites », Actes du Colloque « L'instrumentation dans la collecte des données : choix et pertinence » de l'Association pour la Recherche Qualitative, *Recherches qualitatives*, Hors-série n° 2, 2005; PERETZ Henri, *Les méthodes en sociologie, L'observation*, Paris, La découverte, 2007

Entretiens avec des professionnels locaux de la prise en charge de la souffrance des jeunes

Vingt-cinq entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnels des mondes de la santé, somatique ou psychique, scolaire et socioéducatif, intervenant sur l'ensemble du territoire départemental ou sur des zones géographiques infra-départementales.

Ces entretiens sont mobilisés à plusieurs titres dans la thèse⁴.

D'une part, il s'agit de mieux comprendre :

- l'organisation de l'offre de prise en charge dans le contexte départemental (missions, public cible, modalités) et les habitudes de partenariat, en particulier avec la MDA ;
- les modalités du repérage de la souffrance ou les demandes directement formulées par les jeunes et les familles ;
- les pratiques de tri et d'orientation des jeunes en souffrance dans le système local ;

D'autre part, les professionnels qui ont participé à l'une ou l'autre phase de la création de la MDA ont été interrogés sur leur engagement dans sa mise en œuvre locale (ou celui des organisations qu'ils représentent), sur leurs représentations initiales des besoins et de l'offre à proposer, sur les évolutions qu'ils ont perçues dans la définition du projet et sur les éventuels arbitrages dont ils ont été acteurs ou témoins.

Ces discours sur l'histoire de la MDA doivent cependant être entendus avec précaution, dans la mesure où ces professionnels font appel à leurs souvenirs de la période 2005–2011, soit il y a plus de dix ans. En outre, ils sont encore engagés dans la prise en charge de la souffrance des jeunes et certains d'entre eux bénéficient pour leurs propres missions de soutiens (notamment des subventions) du conseil départemental qui finance la recherche.

Des biais non négligeables existent donc en termes de négativité (c'est-à-dire la tendance cognitive à donner plus de poids aux expériences négatives qu'aux expériences positives et à s'en souvenir davantage), mais aussi en termes de contrôle du discours (les professionnels étant susceptibles de s'adresser à la collectivité départementale, plutôt qu'au chercheur).

Au vu du grand nombre d'organisations participant à la prise en charge des jeunes dans ce département du Sud, les choix pour cibler les professionnels à rencontrer se

⁴ Voir la grille d'entretien avec les professionnels, annexe 2

sont appuyés sur deux caractéristiques :

- Les organisations font partie de la liste des partenaires attendus pour les maisons des adolescents, selon leur dernier cahier des charges [2016]⁵.

Certains acteurs parmi cette liste n'ont pas pu être rencontrés : soit parce que les dispositifs n'existent pas dans le département du Sud (par exemple les espaces santé jeunes), soit en raison de changements de personnels dans les équipes sollicitées ou de leur charge de travail, les rendant indisponibles au moment de la recherche, soit, beaucoup plus rarement, en l'absence de réponse à nos sollicitations ;

- Les zones géographiques d'intervention sont diversifiées.

Il s'agit ici de répondre aux attentes de la collectivité qui veut développer l'offre de la MDA sur l'ensemble du département, la part des jeunes pris en charge vivant ou scolarisés hors de la ville métropolitaine étant aujourd'hui minoritaire et la répartition du public selon le lieu de résidence évoluant peu avec le temps.

Ensuite, même si certains partenaires sont explicitement désignés dans le cahier des charges des maisons des adolescents (par exemple les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, la protection judiciaire de la jeunesse, les dispositifs de prévention de la déscolarisation de l'Éducation nationale, ou encore les missions locales), ils peuvent représenter localement des centaines de professionnels ou bénévoles.

Par exemple, pour les seuls services de la psychiatrie, le département du Sud est doté de huit secteurs de psychiatrie générale (concernés par les adolescents et les jeunes adultes âgés de plus de 16 ans) et de trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Pour cette dernière, chacun des trois secteurs dispose de nombreuses équipes dans des centres médico-psychologiques (CMP ou CMPP), des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des hôpitaux de jour, des services dits « réactifs pour adolescents en crise » et d'autres dispositifs spécifiques à chaque territoire.

⁵ Sont ainsi listés, les acteurs : « de la prise en charge médico-psychologique et somatique des jeunes (notamment les secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie) ; de l'écoute des jeunes (points accueil écoute jeunes, espaces santé jeunes) ; de la protection de l'enfance (notamment l'aide sociale à l'enfance) ; de la prise en charge des jeunes en difficulté, au titre de la protection de la jeunesse (notamment la protection judiciaire de la jeunesse) ; de la prévention de la déscolarisation et de l'exclusion (notamment les dispositifs mis en place par l'Éducation nationale) ; du parcours éducatif de santé (comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté) ; de l'insertion socioprofessionnelle des jeunes (notamment les missions locales) ; de dispositifs médico-sociaux spécialisés, en particulier les consultations jeunes consommateurs ; de l'information, du diagnostic et du dépistage des infections sexuellement transmissibles (notamment les CEGIDD) ; de l'écoute et de l'accompagnement des parents et de l'entourage familial ; de l'information jeunesse ; de la coordination de parcours pour les mineurs non accompagnés ; de la prévention de la radicalisation » [Cahier des charges des maisons des adolescents, 2016, p. 3]

Pour cibler plus précisément les professionnels à rencontrer, différentes sources ont donc été mobilisées :

- le « répertoire des partenaires » produit par la MDA, éventuellement associé au recueil de noms de professionnels directement auprès de l'équipe ;
- nos rencontres avec les acteurs (professionnels intervenant directement auprès des jeunes ou représentants des organisations locales de la jeunesse), lors de diverses réunions ;
- le référencement des professionnels cités par d'autres ;
- la liste des organisations de la jeunesse bénéficiaires d'une convention avec la MDA ainsi que celles présentes au moment de sa création.

Les vingt-cinq professionnels rencontrés se répartissent donc par les types de prises en charge qu'ils proposent et par leur territoire d'intervention, départemental ou infra-départemental. Le tableau ci-contre illustre cette répartition.

Il convient de préciser que :

- les professionnels peuvent être comptés plusieurs fois
 - selon la diversité de leur activité (certains cumulent plusieurs postes, d'autres sont interrogés sur leurs interventions actuelles et leurs expériences précédentes récentes),
 - ou selon le cumul de plusieurs types de prise en charge dans leur activité (par exemple, au vu de leurs missions professionnelles, les professionnels du service social en faveur des élèves sont à la fois comptés dans les prises en charge de l'écoute des jeunes, de la protection de l'enfance et de la prévention de la déscolarisation) ;
- les catégories de territoire construites pour la recherche ont été dictées par leur intérêt statistique dans la différenciation des pratiques de recours à la MDA (plusieurs autres tentatives de découpage ne permettant pas de repérer des régularités).

Les métiers des vingt-cinq professionnels se répartissent ainsi : assistants de service social (7), conseillers en insertion (2), éducateurs spécialisés (3), enseignants (2), infirmiers (5), médecins (3), psychologues (3). Presque tous exercent au contact direct des jeunes ou des familles, quelques-uns dirigent des associations ou encadrent des services.

Précisons enfin que les situations d'entretien se sont inscrites dans un contexte particulier.

		Effectifs
Types de prise en charge (selon le cahier des charges des maisons des adolescents)	Médico-psychologique et somatique	8
	Écoute des jeunes	5
	Protection de l'enfance	5
	Protection de la jeunesse	2
	Prévention de la déscolarisation et de l'exclusion	7
	Parcours éducatif de santé	2
	Insertion socioprofessionnelle	3
	Dispositifs médico-sociaux spécialisés	1
	Écoute et accompagnement des parents	3
	Prévention de la radicalisation	2
Mondes professionnels (construits pour la recherche)	Monde de la santé somatique ou psychique	11
	Monde socioéducatif	12
	Monde scolaire	2
Territoires d'intervention (construits pour la recherche)	Ensemble du territoire départemental	8
	Ville métropolitaine	9
	Périphérie de la ville métropolitaine (<20 km)	3
	Reste du département (>20 km)	5

TABLE 1 – Répartition des professionnels interrogés selon les prises en charge proposées et leur territoire d'intervention

Champ : Corpus des vingt-cinq professionnels du département du Sud

D'abord, nos propres caractéristiques de chercheur ont une incidence sur la situation d'entretien. Outre notre présentation aux acteurs locaux comme doctorante ex-praticienne dans toutes les réunions observées, avec notre expérience professionnelle du monde de la protection de l'enfance dans le département du Sud et notre recherche de master, nous connaissons de multiples organisations locales, concernées par la prise en charge de la souffrance des jeunes.

Les professionnels interrogés étant informés de notre passé professionnel, leurs discours s'adressent alors à un chercheur supposé averti des spécificités locales de l'offre et des pratiques de prise en charge (même si nous intervenons pour limiter l'usage du jargon et des sous-entendus inhérents aux échanges entre acteurs d'un même champ d'intervention).

Néanmoins, cette situation d'entretien particulière présente aussi des avantages. Nous pensons ainsi que, face à un « ancien collègue », les professionnels ont limité les discours de façade et se sont autorisés à évoquer les limites du système local et les difficultés très spécifiques rencontrées dans leur quotidien professionnel. De même,

le partage d'informations sensibles relatives aux prises en charge de mineurs (quand nous les interrogeons précisément sur des situations de jeunes) a vraisemblablement été facilité par la confiance spontanée permise par notre expérience de la protection de l'enfance et du respect du secret.

Ensuite, le moment de la recherche correspond à une actualité dense quant aux questions de jeunesse et de santé pour l'action publique locale, les différentes échelles de territoire construisant des diagnostics, des programmes ou des politiques publiques (la ville métropolitaine, le département, la région, ainsi que l'agence régionale de santé⁶).

Cette dynamique a facilité l'accès au terrain, dans la mesure où nous avons rencontré des représentants des organisations locales de la jeunesse dans les différentes réunions de travail, qui nous ont ensuite mis en relation avec les professionnels de leurs équipes.

Cependant, elle a aussi représenté un biais pour les entretiens, susceptibles d'être une occasion pour les acteurs de se positionner dans la compétition locale et auprès de la collectivité départementale qui finance la recherche.

Données de l'activité de la MDA

Plusieurs types de données accessibles à la MDA sont mobilisés pour analyser les pratiques de recours et les pratiques d'orientation, en amont ou en aval du dispositif.

- les statistiques annuelles produites par la MDA ;
- les données relatives aux échanges collectifs mensuels proposés par la MDA aux professionnels (ou aux bénévoles) locaux qui interviennent auprès d'adolescents et de jeunes adultes (thématiques retenues, organisations représentées) ;
- les informations recueillies dans les dossiers individuels des jeunes pris en charge ($N = 302$);

En ce qui concerne les dossiers individuels (dont le contenu est présenté plus précisément dans la troisième partie, au moment de l'analyse des expériences juvéniles de la souffrance effectivement prises en charge à la MDA), l'attention est portée notamment sur les informations relatives :

⁶ Les programmes politiques locaux en direction de la jeunesse ont déjà été évoqués. L'agence régionale de santé a quant à elle renouvelé son « *Projet régional de santé (2018–2022)* » en définissant les jeunes comme l'un des publics prioritaires des parcours en santé mentale

- aux caractéristiques sociodémographiques des jeunes et des familles (âge, sexe, lieu de résidence, configuration familiale, métier des parents, niveau scolaire);
- aux personnes présentes lors de la première venue (et pour chaque rencontre suivante);
- aux prises en charge précédant la venue à la MDA;
- aux modalités de l'orientation vers la MDA (les jeunes ou les familles répondant par écrit à la question « comment avez-vous connu la maison des adolescents ? »)
- aux motifs énoncés de la venue et aux attentes de prise en charge par le dispositif;
- aux modalités de la prise en charge (durée, nombre et dates des consultations à la MDA, professionnels mobilisés, démarches administratives et orientations éventuelles);
- aux thèmes évoqués dans les interactions entre les jeunes, les familles et les professionnels.

CHAPITRE 3

Traduction du programme public dans un contexte concurrentiel, entre acteurs multiples et déjà engagés

De la première proposition de se lancer dans la mise en œuvre locale du programme public en 2005 à l'ouverture de la MDA au public en 2011, six ans s'écoulent, trois pilotes sont envisagés, au moins quarante-cinq réunions sont organisées, en présence à chaque fois de plusieurs directeurs et techniciens, éventuellement des élus, représentant des services municipaux ou départementaux des collectivités territoriales, des services départementaux ou régionaux de l'État (notamment la préfecture, les affaires sanitaires et sociales, la jeunesse et les sports, la justice, l'Éducation nationale), des services hospitaliers (notamment les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile), des organismes assurant des missions de service public (notamment la caisse d'allocations familiales, la caisse primaire d'assurance maladie, le centre régional information jeunesse, les missions locales), ou des associations intervenant en direction d'adolescents et de jeunes adultes (notamment le point accueil écoute jeunes, l'école des parents et des éducateurs, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Ce chapitre s'intéresse à ce processus de création de la MDA ¹.

Les acteurs en présence sont engagés dans un processus de traduction, habituel dans l'intervention publique [CALLON, 1986 ; HASSENTEUFEL, DE MAILLARD, 2013 ; LASCOUMES, 1996]. En mettant en œuvre le programme défini à l'échelle nationale dans un agencement local particulier, ils tendent à problématiser les enjeux contemporains et à les inscrire dans le contexte de l'offre de prise en charge dans le département du Sud.

Ainsi, la configuration locale des acteurs impliqués en amont de l'ouverture de la MDA au public, leur positionnement dans le processus local de formulation du problème (la souffrance des jeunes) et de l'organisation de la réponse à y apporter

¹ Pour l'ensemble de ce chapitre, les citations en italique et entre guillemets sont issues des archives, elles sont situées dans leur contexte temporel, sans préciser à chaque fois les sources précises, d'une part, parce qu'elles ne sont pas accessibles au lecteur, d'autre part, parce que cela ne présente pas d'intérêt particulier dans l'argumentation.

Quand les citations sont issues d'autres types de documents, les références sont précisées

(l'offre de la MDA) et les enjeux de la compétition locale pour stabiliser ces définitions et concrétiser la mise en œuvre du dispositif participant à la construction de son public et influencent encore aujourd'hui les pratiques de recours et d'orientation qui le concernent.

La seule définition d'un programme à l'échelle nationale ne garantit pas qu'il soit appliqué sur les territoires. Certes, le label *maison des adolescents* est financé et encadré par le ministère en charge de la Santé, mais ces dispositifs sont appelés à se construire chaque fois dans des configurations locales d'acteurs en interaction, souvent dans des espaces concurrentiels.

La traduction du programme national nécessite alors que, dans chaque département comme dans celui du Sud, des acteurs multiples et hiérarchisés (tous n'ayant pas les mêmes capacités à s'impliquer, à développer des alliances ou à produire des avis) se mobilisent collectivement pour :

- produire une expertise locale et reformuler le problème ;
- construire un consensus autour de la solution à mettre en œuvre ;
- organiser des agencements spécifiques susceptibles de favoriser la prise de décision et la gestion de « leur » maison des adolescents.

3.1 Se saisir d'une opportunité, convaincre de la pertinence de son projet

Plusieurs acteurs du département du Sud se saisissent du programme public dès son lancement dans la perspective de créer localement une maison des adolescents.

Même si la solution au problème posé par la souffrance des jeunes a déjà été formulée dans le débat public, l'obtention du label nécessite de produire un diagnostic local de l'offre existante et des besoins supposés des jeunes en souffrance. Ensuite, pour accéder aux financements de l'État ², la proposition de MDA doit s'appuyer « *sur un partenariat concret entre les acteurs de l'adolescence* », les préfets et les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation étant chargés de « *veiller à la réalité et à l'effectivité de ces partenariats* ».

Durant le long processus de création de la MDA, l'enjeu central consiste effectivement à identifier et mobiliser des organisations locales pour qu'elles participent au dispositif.

² Les citations en italique et entre guillemets à suivre dans ce paragraphe sont toutes issues de la lettre circulaire n° CAB/Fc/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents

Pendant les deux premières années de l'élaboration du projet, c'est-à-dire de 2005 (date du premier comité de pilotage) à 2007 (date de l'obtention du label et de l'accord de principe pour les financements), deux hauts-fonctionnaires des services déconcentrés de la santé (direction départementale des affaires sanitaires et sociales, agence régionale de l'hospitalisation) réunissent de multiples acteurs à l'occasion d'une dizaine de réunions (nommées « comités de pilotage », « réunions de projet » ou « groupes de travail »).

La plupart des organisations locales traditionnellement concernées par la jeunesse sont présentes, considérant rapidement ce projet comme une opportunité de transformer une recommandation nationale en possibilité de développer ou de consolider des partenariats et d'accéder à des financements dédiés, relativement conséquents³, d'autant plus qu'ils n'étaient pas sollicités.

Ainsi, la difficulté ne consiste pas tant à les inclure dans les débats locaux qu'à les mobiliser pour qu'elles participent effectivement à la MDA, en matière de moyens financiers ou humains.

À l'instar des expérimentations qui se développent sur le territoire national au début des années 2000, plusieurs projets de collaboration existent déjà dans le département du Sud pour prendre en charge les jeunes en souffrance, avec lesquels la MDA est susceptible d'être en concurrence.

La question du sens donné localement au problème public de la souffrance et à sa prise en charge dans la future MDA se pose alors en termes d'une « *entre-définition des acteurs* » [CALLON, 1986]. Il s'agit de s'accorder sur un minimum d'énoncés partagés, dans un espace où chaque acteur se positionne pour affirmer sa propre identité.

3.1.1 Des initiatives locales antérieures au projet de MDA

Au démarrage du projet de MDA, le système local se caractérise par un contexte concurrentiel, où des organisations locales (en particulier des services publics et des associations) solidement implantées et concernées par la souffrance des jeunes, avec des acteurs pour les représenter éventuellement mobilisés dans les débats publics

³ L'aide au démarrage pouvait aller jusqu'à 350 000 € (au titre de la direction générale de l'action sociale), l'aide au fonctionnement était généralement de 156 000 € annuels (au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie – ONDAM hospitalier), voir le rapport : BUISSON Marc, SALLES Francis, *Les maisons des adolescents*, Rapport à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour le ministre de la Santé et des Sports, février 2009

à l'échelle nationale, développent chacune des initiatives pour proposer des actions relatives à la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes.

Même si certaines sont partenariales, elles sont pour la plupart ciblées sur des publics particuliers et sans articulation globale.

Il est d'ailleurs notable que les prises de position repérées dans la construction du problème public de la souffrance des jeunes, en amont de la définition du programme public *maisons des adolescents*, se rejouent à peu près de la même manière à l'échelle départementale.

- Les médecins de la pédopsychiatrie acceptent rapidement de participer au dispositif, sous réserve que soient entendus leurs demandes de développer parallèlement l'offre de soins en direction des adolescents. Ils reformulent les consensus établis dans le débat public : la MDA peut participer à la réduction des recours aux urgences et des délais d'accès aux prises en charge ambulatoires, le dispositif est alors attendu dans un rôle de tri du public qui relève ou pas de la maladie mentale, laquelle est réaffirmée comme leur seule compétence ;
- Le responsable de l'association qui porte le point accueil écoute jeunes du département est directement impliqué à l'échelle nationale dans la concurrence entre les dispositifs souples et les associations qui les représentent. Malgré sa réticence, le point accueil écoute jeunes est appelé à se mobiliser dans le projet, il fait même l'objet d'une injonction à la participation ;
- Le territoire départemental illustre la concurrence entre les collectivités qui veulent s'impliquer dans des actions de santé en direction de la jeunesse. Le projet de MDA devient ainsi une nouvelle scène de la compétition politique locale entre la ville métropolitaine et la collectivité départementale.

Contrairement à d'autres maisons des adolescents labellisées, tels que la maison de l'adolescent du Havre ou la maison de Solenn à Paris, les acteurs locaux n'ont pas précédé le programme public, la MDA ne relève pas d'une initiative locale.

Le constat que les jeunes qu'ils prennent en charge vivent des expériences de la souffrance, le plus souvent décrite comme une « *souffrance psychique* », un « *malaise* », une « *absence de projet de vie* », est partagé. Toutefois, l'idée d'un dispositif pluripartenarial, accessible à tous les jeunes en souffrance, n'avait pas encore été formulée dans ce département.

Parmi les actions menées ou envisagées, quelques exemples illustrent ces constats communs et la faible coordination des solutions proposées :

- La collectivité départementale développe depuis la fin des années 1990 des interventions auprès de la jeunesse dite « *en difficulté* » ou « *en rupture* », une charte départementale de la prévention spécialisée est signée en 1999, des postes d'éducateurs spécialisés sont créés en 2001 pour développer des actions collectives sur les territoires, un guide de la politique départementale de la jeunesse est publié en 2006 pour faire connaître les priorités de la collectivité et organiser ses relations avec les partenaires locaux ;
- Les médecins des trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département, associés à quelques médecins scolaires, médecins généralistes ou psychiatres d'autres structures, commencent quant à eux à se réunir dans un réseau informel dès 1999 pour évoquer des situations de jeunes dits « à difficultés multiples » (ce réseau s'organise en association en 2005) ;
- Des établissements scolaires signent des conventions avec des associations, pour proposer une écoute ou des actions collectives à visée de prévention des consommations de drogues ou d'alcool, des agencements spécifiques se développent aussi avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour la mise à disposition de personnels dans un dispositif d'évaluation des difficultés en milieu scolaire pour les enfants et les adolescents ou encore pour la mise en place de consultations avec des psychologues au collège ;
- Le point accueil écoute jeunes obtient en 2002 des moyens supplémentaires dans le cadre du programme national de prévention et de lutte contre les exclusions⁴ pour travailler « *en réseau avec les autres services et intervenants ayant à connaître localement du mal-être de la jeunesse* » et développe ses interventions dans les territoires ruraux du département ;
- La ville métropolitaine se préoccupe quant à elle des risques de « *rupture scolaire, familiale, voire sociale* » pour les enfants et adolescents scolarisés, elle signe en 2004 une convention thématique avec l'Éducation nationale dans le cadre du contrat de ville pour améliorer « *l'articulation entre les dispositifs d'éducation, de prévention spécialisée et d'accès aux soins pour les publics jeunes* », elle lance en 2006 le programme de réussite éducative dans des quartiers ciblés par les politiques éducatives et de la ville.

⁴ Le département du Sud fait partie des vingt territoires départementaux qui obtiennent le plus de moyens supplémentaires, pour un budget qui était déjà parmi les plus conséquents à l'échelle nationale (*in* Annexe III, Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002, *op. cit.*)

L'enjeu, pour les services déconcentrés de la santé associés à la préfecture du département qui pilote les premières rencontres, consiste donc à réunir l'ensemble des organisations locales concernées par la jeunesse et, pour celles qui sont déjà engagées sur ces différentes initiatives, à les amener à se repositionner dans le projet de création de la MDA, attendue comme un dispositif collectif, pluriprofessionnel, partenarial et à visée globale (plutôt que catégorielle) [Cahier des charges, 2005].

Alors que dans d'autres départements, des dispositifs existants ont évolué et se sont transformés pour répondre au cahier des charges des maisons des adolescents (par exemple des points accueil écoute jeunes sont devenus des maisons des adolescents), la configuration dans le département du Sud est différente.

Les échanges en amont du projet questionnent effectivement la disparition du point accueil écoute jeunes local pour le transformer en MDA. Cependant, d'autres acteurs sociaux proposant spontanément de participer, la création d'un nouveau dispositif est rapidement envisagée.

3.1.2 Des propositions non coordonnées

Pour créer la MDA, les services déconcentrés de la santé s'appuient alors sur deux projets qui leur sont proposés : l'un par la ville métropolitaine (de sa propre initiative), l'autre par l'hôpital des enfants du centre hospitalier universitaire (en réponse à la demande des services régionaux de la santé).

Ces deux projets, qui ont peu de choses en commun (le premier veut être un lieu non médicalisé, le second propose d'associer un service d'hospitalisation aux consultations médicales à la MDA), illustrent non seulement les difficultés des acteurs locaux à communiquer entre eux et à se coordonner, mais aussi la concurrence locale.

Le projet initial proposé par la ville métropolitaine est porté par une élue municipale qui initie en février 2005 le premier comité de pilotage de la MDA avec la préfecture, sa signature étant présente aux côtés de celle du préfet sur les invitations.

Outre ses liens privilégiés avec le ministre de la Santé, ancien maire de la ville, elle a été chargée de mission auprès du ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville en 1994 puis secrétaire d'État aux quartiers en difficultés en 1995, elle est aussi la présidente du conseil national des missions locales depuis 2003. À ce titre elle est d'ailleurs signataire (l'année suivant le début du projet local de MDA) de la charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle [2006].

Particulièrement engagée sur les questions relatives à la santé mentale des jeunes en situation de précarité, elle se saisit d'un projet de maison de santé, présenté par la mission locale de la ville et une association (déjà chargée de plusieurs projets socioéducatifs municipaux), pour engager la concertation locale en vue de construire le projet de MDA.

Ce projet s'inscrit logiquement dans les engagements nationaux de cette élue :

- il vise à soutenir les grands adolescents et les jeunes adultes, freinés par leur expérience de la souffrance psychique dans leur accès à l'autonomie et à l'emploi ;
- il porte une attention particulière aux jeunes issus des quartiers populaires de la ville.

D'emblée, ce projet présente la MDA comme une plateforme d'accueil, d'information et d'orientation pour les jeunes de 10 à 25 ans, non médicalisée et comme un lieu collectif regroupant différents acteurs locaux de la prévention.

Le projet présenté par l'hôpital des enfants s'inscrit quant à lui dans la dynamique locale engagée depuis plusieurs années par les médecins de la psychiatrie infanto-juvénile avec les services régionaux de la santé, facilitée par des expériences de travail antérieures avec le représentant de l'agence régionale.

Une unité dite « de crise » avec quelques lits d'hospitalisation pour les adolescents et une équipe mobile de consultation de psychiatrie infanto-juvénile dite « de liaison » vient d'être créées (fin des années 1990 – début des années 2000), les trois secteurs étant alors concernés par l'augmentation des passages aux urgences et des demandes d'admission dans leurs services ambulatoires. Tous participent également au réseau de santé mentale des adolescents en train de se constituer, pour soutenir les professionnels des mondes judiciaire, médico-social et social, en difficulté avec des jeunes présentant à la fois une souffrance psychique et des problèmes de comportement.

Dès 2004, en amont du lancement du programme *maisons des adolescents*, les services déconcentrés de la santé demandent à ces acteurs sanitaires et à quelques partenaires (notamment le point accueil écoute jeunes, bénéficiant à cette époque de financements au titre de la santé) de proposer un projet pour la future MDA.

Le groupe de travail ainsi constitué s'appuie sur l'état des lieux de la santé des jeunes pris en charge par l'hôpital des enfants et s'inspire des maisons des adolescents déjà existantes. Comme pour Paris et Marseille, ce projet propose que la MDA soit associée à la création d'un service hospitalier dédié aux adolescents (avec un hôpital de jour, des lits d'hospitalisation de courte durée, une équipe mobile de médecine de l'adolescent).

Le projet présenté par l'hôpital des enfants considère ainsi la MDA à la fois comme une porte d'entrée vers le soin et comme un dispositif réunissant physiquement plusieurs organisations locales de la jeunesse, concernées à la fois par la prévention, les soins et la recherche.

L'arbitrage entre ces deux projets s'appuie alors sur les textes nationaux, en particulier les annexes financières associées au cahier des charges des maisons des adolescents [2005], qui se constituent en point de passage obligé [CALLON, 1986].

L'ensemble des acteurs impliqués dans le projet de la MDA s'accordent en effet sur des énoncés qui peuvent être formulés de la manière suivante :

- il existe un grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes sur le territoire⁵, ils sont susceptibles d'être confrontés à des problèmes de santé mentale ;
- les adolescents et les jeunes adultes en souffrance psychique doivent être mieux pris en charge, dans un nouveau dispositif dédié et de façon coordonnée avec l'ensemble des intervenants locaux ;
- ce dispositif ne peut exister sans les financements associés au label *maison des adolescents*, il s'agit donc de s'adapter aux attentes publiques.

3.1.3 La production de connaissances

Pour affirmer la pertinence du projet, les acteurs locaux impliqués dans les débats réunissent donc différentes données, relatives à :

- la démographie locale et la représentation massive des adolescents et des jeunes adultes de moins de 30 ans dans la population ;
- la santé des jeunes (prévalence des maladies chroniques, des troubles de l'humeur et des troubles de conduites alimentaires, passages aux urgences et motifs, en particulier quand il s'agit de tentatives de suicide) ;
- leur scolarité (estimation du nombre de jeunes collégiens considérés en difficultés, nombre de jeunes pris en charge dans les établissements de l'éducation spéciale, en particulier dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques).

⁵ Les données démographiques sont systématiquement mobilisées comme argument d'autorité pour confirmer la pertinence du projet local, la ville métropolitaine, chef-lieu du département et de la région, attirant un grand nombre de jeunes (les données récentes confirment la tendance déjà existante au début des années 2000 : deuxième aire urbaine de province en nombre d'étudiants accueillis chaque année, troisième département pour la population des diplômés de l'enseignement supérieur, département où l'âge médian de la population est parmi les plus bas en France et en Europe)

Sources : INSEE ; EUROSTAT ; divers diagnostics produits par les collectivités locales

Comme dans les débats publics à l'échelle nationale, les indicateurs de santé n'indiquent pourtant pas de problèmes majeurs pour les adolescents et les jeunes adultes du département par rapport à la population nationale.

Ainsi dans les années 2010 (à l'exception des pratiques de consommation d'alcool pour les garçons âgés de 17 ans), les jeunes du département du Sud (ou de la région) ont plutôt tendance à être au même niveau pour tous les indicateurs, voire privilégiés, dans les comparaisons avec l'ensemble des jeunes français⁶ :

- les consommations de psychotropes des jeunes âgés de 17 ans dans la région sont stables ou diminuent, tandis qu'elles augmentent de façon significative à l'échelle nationale;
- les pratiques de consommation de cannabis pour les jeunes âgés de 17 ans dans la région sont stables, les filles consommant moins que la moyenne nationale (la région est parmi celles qui présentent le plus de jeunes expérimentant le cannabis, mais parmi celles qui présentent une baisse des consommations régulière dans les années récentes);
- le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse pour les filles âgées de 15 à 29 ans dans le département du Sud est l'un des plus faibles de la région et légèrement inférieur au taux national;
- le taux de prévalence régional des affections psychiatriques de longue durée pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans est légèrement inférieur au taux national (il en va de même pour la plupart des affections de longue durée);
- la mortalité des jeunes âgés de 15 à 29 ans dans la région est en baisse (cette baisse étant légèrement plus forte que pour la moyenne nationale),
 - le taux de mortalité standardisé pour la mortalité par accidents de la circulation dans le département du Sud est le plus faible de la région et inférieur au taux national,
 - le taux standardisé de mortalité par suicide dans le département du Sud est le plus faible de la région (le taux régional étant inférieur au taux national);

⁶ Les données relatives aux consommations sont recueillies entre 2008 et 2011, pour les interruptions volontaires de grossesse en 2011, pour les troubles psychiatriques en 2010, pour la mortalité entre 2001 et 2008, pour les tentatives de suicide en 2004

Sources : Plateforme d'observation sociale régionale (de l'ancienne région, incluant le département du Sud), 2013; Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2018 (données ESCAPAD, 2017); Institut de veille sanitaire, 2014 (données PMSI-MCO, 2004–2011 et OSCOUR® 2007–2011)

- les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide dans la région pour l'ensemble des catégories d'âges sont largement inférieurs au taux estimé pour la France métropolitaine (pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les tentatives de suicide pris en charge chaque année dans les services d'urgence de la région étant estimés à plus de 1 200 en 2013).

Malgré ces indicateurs de santé relativement favorables aux jeunes du département, l'ensemble des acteurs impliqués dans la création de la MDA ne se satisfont pas de ces tendances statistiques.

Ils mettent alors l'accent sur tous les risques pour la santé associés à cet âge de la vie, ainsi que sur les difficultés de l'accompagnement des situations individuelles.

D'une part, les documents qu'ils produisent reprennent la liste des « conduites à risque » mobilisées dans le débat public et relaient les données nationales relatives à la santé des adolescents (proportions des troubles du sommeil, des consommations d'alcool et de cannabis, des comportements violents, des accidents de la circulation, des états dépressifs, etc.).

En les associant aux projections démographiques galopantes dans le département, les acteurs locaux affirment donc que le projet de MDA est nécessaire et susceptible de concerner un large public de jeunes en souffrance.

D'autre part, ils soulignent les fortes attentes de leurs équipes, notamment dans les secteurs de l'insertion, judiciaire, scolaire et social.

Ils évoquent notamment l'augmentation perçue de la souffrance exprimée par leurs publics respectifs, les freins à la scolarité ou à l'insertion professionnelle, ou encore la plus grande visibilité de jeunes en errance dans les rues de la ville métropolitaine.

De plus, les délais d'accès aux soins psychiques (notamment dans les centres médico-psychologiques, médico-psycho-pédagogiques ou d'accueil thérapeutique à temps partiel) sont systématiquement et unanimement présentés comme un problème (cette perception est cependant à relativiser puisqu'à cette date, les délais considérés comme trop longs sont de plusieurs semaines, aujourd'hui les acteurs parlent de plusieurs mois).

Malgré des ambitions divergentes pour le projet local de MDA et des indicateurs de santé favorables aux adolescents et aux jeunes adultes, de nombreux acteurs locaux engagés auprès des jeunes et sensibles aux thèmes de la souffrance et des « conduites

à risque » pour la santé se saisissent de l'opportunité de financements offerte par le programme public.

Pour répondre aux attentes publiques, ils réussissent ainsi à formuler collectivement le problème local et à produire un diagnostic partagé par tous, affirmant les besoins de prise en charge dans ce département du Sud.

3.2 Construire un consensus dans une configuration locale concurrentielle

Dès lors qu'il s'agit de préciser l'organisation concrète de la réponse à apporter au problème posé par la souffrance des jeunes dans le département, les consensus sont plus difficiles à faire émerger et les engagements en matière de participation concrète à l'offre de MDA se font attendre.

En effet, il ne suffit pas d'être d'accord sur le projet de créer une maison des adolescents pour prendre en charge les jeunes en souffrance, encore faut-il que les acteurs s'entendent sur la définition de la souffrance, sur les modalités de la prise en charge et sur les rôles de chacun dans ce nouveau dispositif. Or, pour parvenir à un compromis collectif, les uns et les autres ont à convaincre, affirmer, refuser, gagner ou perdre, en termes de buts, d'orientations de leur activité, de motivations ou d'intérêts, d'identité et de légitimité [CALLON, 1986].

Les hauts-fonctionnaires des services déconcentrés de la santé continuent donc de planifier des rencontres et d'animer les débats dans le département, en vue de définir le rôle de chaque partenaire et les modalités d'organisation de la future MDA.

Ces interactions locales entre les acteurs impliqués dans le projet n'ont pas été directement observées, dans la mesure où elles sont antérieures à la recherche. L'analyse dans l'après-coup des événements, à partir de documents écrits nécessairement incomplets et la plupart du temps lissés pour être consensuels, ne permet donc pas de décrire avec certitude la composition des alliances et des oppositions, ni les enjeux des luttes pour affirmer ou négocier l'identité de chacun dans le projet.

Toutefois, les écrits non officiels accessibles dans les archives, les articles de presse relayant les éventuels antagonismes locaux et les discours des acteurs présents à cette période permettent d'affirmer que cette étape est soumise à des désaccords et à des tensions, sous-tendus par la concurrence voire la compétition entre les organisations locales de la jeunesse impliquées.

Les services déconcentrés de l'État sont ainsi amenés à composer avec les positions prises par les acteurs et les éventuelles dissensions au fur et à mesure des échanges, prévoyant des groupes de travail avec les uns et sans les autres, selon les moments de la négociation et les thématiques concernées. Les archives entre 2005 et 2007 sont ainsi émaillées de formulations qui laissent apparaître les difficultés à trouver un accord minimum, telles que :

« Des crispations » ; « il faudra donc le discuter avec [...] » ; « problème qui sera difficile à traiter raisonnablement » ; « de bien mauvais augure pour la suite du dossier » ; « en attente du positionnement de [...] » ; « plus compliqué que prévu » ; « nécessaire de rappeler la commande ministérielle »

Néanmoins, la volonté d'accéder aux financements de l'État emporte l'adhésion de tous et permet de structurer les échanges.

3.2.1 Se référer aux textes nationaux pour adapter le projet

Pour répondre aux conditions d'éligibilité au label *maison des adolescents*, plusieurs thèmes du cahier des charges [2005] font l'objet de débats entre les acteurs locaux, notamment la dimension sanitaire et l'accessibilité de l'offre qui doit être proposée, le public à cibler et l'organisation du partenariat au sein de la MDA.

Les échanges mettent en exergue des prises de position divergentes, parfois concurrentes, qui illustrent les enjeux associés à l'affirmation de l'identité de chacun.

En premier lieu, la possibilité de consultations médicales à la MDA fait l'objet de débats, qui se règlent toutefois rapidement puisque cette dimension est présentée comme non négociable par les services déconcentrés de la santé.

La MDA est définie comme un dispositif proposant des soins sur une courte durée. Le choix se porte d'emblée sur des consultations pédiatriques et psychiatriques assurées par des praticiens hospitalier, la possibilité de consultations de santé sexuelle étant soumise à la décision de la collectivité départementale (avec le centre départemental de planification et d'éducation familiale), laquelle refuse encore à cette période de s'impliquer.

Cette question de la prise en charge sanitaire sur place est toutefois l'occasion pour les acteurs locaux d'indiquer leur réticence à la présence de psychiatre dans des dispositifs qui s'adressent à tous les jeunes. L'opposition initiale de la ville métropolitaine à

ces consultations et les prises de position d'autres représentants des organisations locales de la jeunesse illustrent les mêmes représentations que celles entendues dans les débats publics, d'une psychiatrie infanto-juvénile stigmatisée et repoussoir pour les jeunes, susceptible de limiter les recours spontanés des adolescents et des jeunes adultes en souffrance.

Les acteurs sont ainsi rapidement unanimes pour affirmer la nécessité d'installer la MDA à l'extérieur de l'hôpital et de proposer d'abord un accueil socioéducatif avant de proposer des consultations médicales.

La question du public à cibler, régulièrement évoquée et posée en termes de critères d'âges et de catégories de l'action publique, illustre les luttes des acteurs en présence pour affirmer leur identité, à partir de leurs propres compétences.

- Pour les uns, le seuil d'âge inférieur doit être fixé à 10 ou 11 ans (les collectivités municipales et départementales sont compétentes pour les enfants scolarisés dans le primaire ou en collège), pour les autres à 12 ans (compétence du plan départemental de santé mentale) ou encore à 16 ans (compétence de la mission locale).

De la même manière, le seuil supérieur devrait être fixé à 18 ans pour les uns, à 20 ans ou à 21 ans pour les autres, ou encore à 25 ans (selon les limites d'âge fixées par exemple pour la protection de l'enfance ou pour les jeunes demandeurs d'emploi);

- Quant aux profils de jeunes que les organisations locales veulent cibler, pour les unes, la MDA doit se préoccuper des jeunes en situation de pauvreté ou des jeunes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, pour les autres, des jeunes errants, des jeunes apprentis ou décrocheurs scolaires, pour d'autres encore, elle doit être ouverte à tous les jeunes.

Le projet présenté au ministère de la Santé en 2007 s'adresse finalement à tous les jeunes concernés par « *la souffrance psychique* » et le projet reformulé par la collectivité départementale l'année suivante s'adresse à tous les « *adolescents qui connaissent des difficultés de santé, psychologiques, psychiatriques, éducatives, sociales...* ».

Par ailleurs, le caractère nécessairement partenarial de la MDA génère d'emblée des difficultés et fait apparaître les forces ou les faiblesses des acteurs impliqués dans les négociations.

Pour être éligible aux financements de l'État, la MDA doit en effet faire « *l'objet de conventions qui précisent les apports et/ou engagements financiers respectifs des*

différents partenaires concernés par l'adolescence (établissements de santé, professionnels de santé libéraux, collectivités territoriales, divers services de l'État...) »⁷.

Plusieurs organisations doivent donc participer à son financement, de manière directe ou en mettant à disposition des personnels.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile s'engagent rapidement pour intervenir au sein de la MDA. Le principe du financement des mises à disposition de leurs professionnels est acquis d'emblée, dans la mesure où il s'agit de la participation financière de l'État, et les attentes de budgets supplémentaires pour développer l'offre de soins locale sont entendues.

L'hôpital des enfants profite en effet du caractère incontournable de sa participation à la MDA pour rappeler la nécessité de développer l'offre ambulatoire en amont et en aval du dispositif. Il est soutenu par l'ensemble des organisations présentes, les acteurs décrivant de façon unanime l'offre de psychiatrie infanto-juvénile locale comme « *insuffisante* », la collectivité départementale conditionnant même sa propre participation au « *renforcement de la pédopsychiatrie avec un financement pérenne et sans redéploiement* ».

Les représentants de la psychiatrie infanto-juvénile voient donc leur place confortée dans le système local. Non seulement la présence de leurs médecins dans l'équipe de la MDA est attendue, mais le projet est aussi considéré par les autres organisations locales de la jeunesse comme une opportunité de développer leurs partenariats avec ces acteurs influents. L'avis de ces médecins est écouté, ils conseillent sur les modalités de l'offre à proposer et les pratiques professionnelles à développer.

Le réseau local de santé mentale des adolescents, auxquels participent plusieurs acteurs en présence, voit aussi sa légitimité confortée. Le programme public prévoit en effet que « *les maisons des adolescents doivent obligatoirement s'inscrire dans le cadre d'un réseau de santé ville/hôpital* »⁸.

D'emblée, il est collectivement décidé que les locaux du réseau sont situés au sein de la MDA et l'association, qui en formalise l'existence, obtient les financements prévus au titre de la dotation régionale de développement des réseaux.

⁷ Courrier du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation relatif au financement des maisons des adolescents, 4 août 2005

⁸ *Ibid.*

Les collectivités et les organisations des mondes socioéducatif tardent quant à elles à s'impliquer concrètement.

La ville, à l'initiative des premières négociations, est progressivement dépossédée du projet et s'en désengage, proposant tardivement de mettre à disposition un seul agent. Ainsi, la MDA est un lieu de soin, contrairement aux propositions municipales. Elle s'adresse à tous les jeunes, alors que l'élue municipale voulait cibler les quartiers populaires et les jeunes demandeurs d'emploi. Quand cette dernière tente d'accélérer le dépôt du projet en négociant directement avec la préfecture ou en sollicitant le cabinet du ministre de la Santé, les services déconcentrés de la santé s'y opposent. En outre, la compétition politique historique avec la collectivité départementale⁹ sous-tend l'ensemble des négociations et une fois le projet repris en main par le département, la ville ne participe plus aux échanges.

La mission locale participe aux échanges dans les groupes de travail mais n'est pas invitée aux instances décisionnelles.

L'association qui porte le point accueil écoute jeunes départemental est quant à elle instrumentalisée par ses principaux financeurs, les services de l'État voulant imposer sa participation.

Un professionnel présent à cette période se rappelle que « les points écoute jeunes à l'époque on ne sait pas trop ce qu'on va en faire, [...] à l'époque on avait dit : mais c'est exactement des maisons des ados, on va te mettre tout ça à l'intérieur et ils disparaissent et on prend leur budget, on le met là. On va leur piquer leurs sous, on les met là, avec leur personnel et tout, et c'est terminé. [...] Donc ils n'étaient pas du tout en position de force les PAEJ à l'époque, ils se méfiaient qu'ils n'aient plus leur indépendance, leur capacité de souplesse, etc. »

En ce qui concerne la collectivité départementale, son président refuse d'abord toute participation directe ou indirecte au projet, considérant qu'il « s'agit uniquement d'un lieu d'écoute, d'information, qui vient s'ajouter à [la liste] des réponses locales adaptées ».

Pendant les deux ans précédant l'obtention du label en 2007 et malgré des relances

⁹ Politiquement, le territoire est clivé depuis les années 1970 entre une ville dirigée par la droite ou le centre droit (à une seule exception près avec un maire socialiste de 2008 à 2014) et un département considéré comme un bastion national du parti socialiste depuis l'après-guerre. Les élus départementaux et municipaux se sont régulièrement opposés dans les domaines économiques, de la mobilité ou encore de la politique de la ville

répétées, aucune mise à disposition de personnel départemental n'est envisagée. En refusant de s'impliquer dans la MDA, le président de la collectivité départementale affirme ainsi, paradoxalement, sa position influente dans les négociations pour définir le projet local, les services déconcentrés de l'État considérant que la participation du département « *conditionne la faisabilité financière du projet* ».

Logiquement, la question de la gouvernance du dispositif est souvent posée et la décision marque une inclinaison nette dans l'évolution du projet.

Plusieurs hypothèses sont envisagées et écartées, par exemple la mission locale soutenue par la ville métropolitaine est considérée par les autres acteurs comme insuffisamment légitime et trop spécialisée.

Plutôt que s'engager dans un pilotage collectif (la perspective d'un groupement d'intérêt public n'étant pas retenue), les partenaires s'accordent dans un premier temps pour confier la gestion de la MDA à une fondation privée qui cherche à s'implanter sur le territoire départemental.

Celle-ci rédige le projet transmis au ministère, mais elle est à son tour évincée peu après l'obtention du label en 2007, au profit de la collectivité départementale qui accepte à cette date de mettre des professionnels socioéducatifs à disposition de la MDA à condition de la piloter.

Cette décision du président du département est perçue comme unilatérale, brutale (elle est annoncée un mois après l'obtention du label et « *à la veille d'un comité de pilotage décisionnel* ») et susceptible de modifier des consensus difficilement établis.

Néanmoins, l'ensemble des acteurs impliqués se plient rapidement à cette proposition, la collectivité acceptant d'assurer une grande part des financements (elle prévoit de recruter un chef de service, des éducateurs spécialisés, un psychologue, des agents administratifs, tous agents de la collectivité en poste à temps plein à la MDA)¹⁰.

La place d'autorité de la collectivité dans le système local est confortée, personne apparemment ne souhaite ni ne peut s'opposer à sa mainmise sur le projet de MDA.

¹⁰ Depuis la création de la MDA, la participation financière de la collectivité départementale est majoritaire. Ainsi, en 2020, la collectivité départementale assume 70 % des financements du dispositif (incluant notamment les locaux, le personnel départemental, les mises à disposition de personnels par des associations partenaires, les interventions ponctuelles d'universitaires ou de professionnels pour des actions collectives), l'agence régionale de santé finance pour sa part la mise à disposition des personnels hospitaliers (soit 30 % du budget global)

Les autres organisations du monde socioéducatif local qui s'étaient engagées à mettre des personnels à disposition se retirent (par exemple l'Éducation nationale proposait une permanence de conseiller d'orientation psychologue, la mission locale un mi-temps de psychologue, le point accueil écoute jeunes un éducateur spécialisé). Les unes continuent de participer aux échanges, les autres ne viennent plus ou ne sont plus invitées.

Un professionnel présent à cette période résume ainsi :

« Il y avait une réflexion, et puis toute cette réflexion est tombée à l'eau puisque le conseil départemental a dit : c'est moi, je prends le dossier, c'est moi qui vais mettre en place [la MDA]. Et c'est vrai que quand ça a été acté, que les locaux ont été trouvés, que tout ça a été mis en place, [...] c'était quelque chose où il n'y avait rien, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de projet [...] on voyait bien qu'ils n'avaient aucune représentation de ce qu'allait être cette maison des adolescents, tout était à construire en fait [...] et puis tout ce qui s'était passé avant n'existait plus »

À partir des attentes du programme public, les acteurs construisent donc progressivement l'offre proposée par la MDA dans le département du Sud, non sans désaccords ni résistances, chacun tentant d'imposer sa définition des besoins et des modalités de la prise en charge, en fonction de ses intérêts et de ses propres missions.

Les processus de lutte définitionnelle analysés à l'échelle nationale se poursuivent ainsi à l'échelle départementale, dans une configuration d'organisations de la jeunesse multiples et hiérarchisées, pour certaines en concurrence.

La création de la MDA a alors moins modifié le système local que confirmé la position des acteurs déjà influents et renforcé les oppositions et les alliances.

3.2.2 Sceller les alliances

Mi-2007, la décision de la collectivité départementale de créer, piloter et gérer la MDA rebat les cartes de la participation des organisations de la jeunesse. Si la configuration locale est peu modifiée, l'équilibre des forces en présence au sein même du dispositif est transformé.

C'est désormais la collectivité qui initie les temps de rencontre et décide des partenaires invités et de ceux qui ne le sont pas.

Les services déconcentrés de la santé n'ont plus la main sur le projet, les financements étant déjà alloués et les techniciens en charge du dossier n'étant plus les

mêmes. Même s'ils veillent au respect des engagements pris, ils sont moins souvent présents aux réunions techniques qui définissent les modalités concrètes de l'offre de prise en charge à la MDA.

Un unique comité de pilotage est prévu en mai 2008, réunissant un nombre limité de partenaires « *pour des raisons d'efficience* »¹¹. Pour le préparer, un groupe de travail est constitué, animé par une psychologue de la collectivité départementale recrutée en tant que cheffe de service pour la MDA et auquel seules quelques organisations du monde de la santé sont conviées (services déconcentrés de la santé à l'échelle départementale et régionale, psychiatrie infanto-juvénile et réseau de santé mentale pour adolescents).

Le ton est donné. Les professionnels du psychisme sont surreprésentés, alors que les autres collectivités locales et les services de l'Éducation nationale, de l'insertion, de la justice ou de la protection de l'enfance et les associations locales sont dans un premier temps exclus de ces débats.

L'alliance avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile apparaît donc d'emblée comme une priorité pour la collectivité départementale.

Les échanges montrent que le projet est considéré par les représentants de ces deux organisations, influentes dans le système local, comme une opportunité de développer leur collaboration, peu effective et peu formalisée jusqu'à présent. Un professionnel présent au moment des échanges décrit ainsi les difficultés de coordination, antérieures au projet de MDA :

« Le besoin il était repéré, c'est qu'il n'y avait pas beaucoup, voire pas du tout, de structures transversales. [...] Et ça posait comme souci premièrement un déficit très grand de la transmission d'informations entre les services de l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie, c'était compliqué. [...] Le premier travail qu'on a fait [à la MDA], c'est qu'on a fait le tour de toutes les structures qui s'occupaient d'adolescents [...] pour dire : comment ça pourrait, comment on peut inventer un système de transversalité [...] »

Des partenaires moins influents dans le système, en particulier deux associations,

¹¹ Sont invités des services départementaux ou régionaux de l'État (affaires sanitaires et sociales, agence régionale de santé, Éducation nationale, jeunesse et sports, justice, préfecture), la caisse d'allocation familiale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les représentants du réseau de santé mentale pour adolescents et les élus des collectivités territoriales (maire de la ville métropolitaine, président du conseil régional)

sont sollicitées au gré des besoins définis par les autres, leur participation à la MDA étant envisagée sans qu'elles ne soient invitées aux instances de réflexion sur le projet.

Pour les choisir, les acteurs déjà impliqués mobilisent les associations avec lesquelles ils ont l'habitude de travailler et que parfois ils financent. Ainsi les deux associations sont membres du réseau de santé mentale pour adolescents, elles assurent des interventions ciblées dans les hôpitaux locaux, elles participent à la formation des professionnels de la collectivité départementale et sont des interlocuteurs habituels du service social polyvalent de secteur ou des équipes spécialisées de la protection de l'enfance dans les prises en charge des jeunes et des familles.

Elles acceptent sans difficulté cette forme d'instrumentalisation, vraisemblablement dans la mesure où la participation à la MDA représente une opportunité de rendre visible leurs compétences et de maintenir ou développer des partenariats porteurs pour l'avenir, voire d'obtenir de nouveaux financements, avec les deux organisations locales influentes que sont la collectivité départementale et la psychiatrie infanto-juvénile.

À l'heure où les associations sont régulièrement mises en difficulté pour asseoir leurs financements et maintenir leur autonomie [LAVILLE, SAINSAULIEU, 2013], ces alliances représentent un atout. Outre la contrepartie financière pour la mise à disposition de personnels, les deux associations bénéficient encore aujourd'hui d'un appui non négligeable dans le système local, participant à différents projets départementaux susceptibles de relever de leurs missions et de leurs compétences.

Une fois les partenaires participant effectivement à la MDA désignés (collectivité départementale, secteur de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier universitaire, associations), les négociations reprennent pour définir les objectifs et les modalités de l'offre de prise en charge. Les réunions de travail se multiplient, elles sont prévues quasiment tous les mois entre janvier 2008 et juin 2011.

De la même manière que dans la première phase de création du dispositif, en amont de l'obtention du label, les acteurs impliqués ne visent pas à tant à caractériser la souffrance des adolescents et des jeunes adultes qu'à justifier le développement de cette nouvelle offre.

Les mêmes arguments de la démographie, de l'augmentation des recours aux urgences et des délais d'attente pour accéder aux services ambulatoires de la psychiatrie infanto-juvénile sont mis en avant, sans plus de précision sur les expériences vécues par les jeunes supposés bénéficiaires de la future MDA. Ainsi, comme dans les débats

publics à l'échelle nationale, la souffrance des jeunes semble considérée par tous comme allant de soi.

Surtout, l'analyse des débats montre que la question de l'identité des participants à la MDA est posée de façon accrue. Les échanges sont nombreux à porter sur les missions et les attentes de chacun, ainsi que sur l'articulation du dispositif avec l'offre déjà existante sur le territoire.

Le projet vise ainsi davantage à satisfaire et à valoriser les acteurs impliqués qu'à analyser les demandes et les difficultés exprimées par les jeunes, leurs familles ou les professionnels des autres organisations locales de la jeunesse pour s'adapter aux expériences de la souffrance vécues dans le département du Sud.

Avec le pilotage de la collectivité départementale, plusieurs caractéristiques de l'offre proposée à la MDA sont mises en exergue.

▷ La dimension territoriale de la MDA devient centrale. La collectivité affirme d'emblée la « *vocation départementale* » du dispositif, son offre doit être accessible à tous les jeunes du département du Sud, la préoccupation pour les « *zones rurales* » est désormais prépondérante.

Les jeunes supposés les plus en difficulté pour accéder aux soins ne sont plus ceux des quartiers populaires de la ville, mais ceux qui vivent aux extrémités du département, éloignés et décrits comme les laissés pour compte de la métropole en développement.

▷ La MDA est également perçue, en relais des attentes exprimées par les équipes, comme une opportunité de développer de nouvelles pratiques et d'expérimenter des formes renouvelées de l'action sociale.

Le dispositif est désormais décrit de façon incantatoire comme « *un lieu d'expérimentation* », « *force de proposition pour créer des réponses innovantes* ».

Les acteurs impliqués s'inspirent des autres maisons des adolescents existantes, les professionnels rapidement recrutés – pour intervenir au sein de la MDA qui n'existe pas encore – visitent d'autres dispositifs et se rendent aux journées nationales organisées à Caen en octobre 2008 puis à Nantes en mars 2010.

Notons que ces allers-retours entre le local et le national perdurent après l'ouverture de la MDA, à la fois pour alimenter le renouvellement régulier des pratiques de l'équipe locale, mais aussi pour faire connaître l'implication de la collectivité départementale et rayonner à l'échelle nationale.

▷ La future MDA est collectivement considérée comme un dispositif susceptible d'apporter une aide et un soutien aux parents.

Il s'agit de pallier les difficultés de la psychiatrie infanto-juvénile locale à répondre aux demandes des familles, avec la mise à disposition de professionnels socioéducatifs de la collectivité départementale qui en ont l'habitude (les professionnels sont recrutés dans les équipes du service social polyvalent de secteur et de l'aide sociale à l'enfance). Il s'agit également de participer au repérage des difficultés familiales et à l'évaluation des situations de risque ou de danger, susceptibles de relever de la protection de l'enfance¹².

Restée seule pour piloter la MDA, la collectivité impose donc ses orientations et affirme la nécessité à la fois de soutenir les parents et de protéger les adolescents.

Les attentes des professionnels du monde de la santé psychique sont elles aussi entendues dans les négociations relatives à la construction de l'offre locale.

▷ La MDA est ainsi explicitement présentée comme un dispositif de tri des publics en amont des recours aux services de la psychiatrie infanto-juvénile.

- Il s'agit de repérer précocement les troubles mentaux. Comme dans les débats à l'échelle nationale, mais ici à l'initiative des professionnels du monde de la santé, la MDA est alors appelée à participer au recentrage de la psychiatrie infanto-juvénile locale sur sa mission prioritaire de prise en charge de ces troubles émergeant à l'adolescence ;
- De multiples comportements juvéniles – relevant des « conduites à risque » listées dans le débat public, tels que les accidents de la circulation, les pratiques alimentaires, les comportements violents, les consommations de produits psychoactifs, le sommeil, le suicide – sont à nouveau évoqués dans les échanges. L'évaluation à la MDA doit alors permettre de distinguer les comportements juvéniles qui relèvent de difficultés familiales et sociales de ceux qui relèvent de l'émergence de maladies mentales ;
- Les professionnels de la MDA sont aussi appelés à améliorer les pratiques locales d'orientation, en mobilisant les autres organisations de la jeunesse existantes, spécialisées dans la prise en charge de ces comportements particuliers.

¹² Article L221-1 du code de l'action sociale et des familles

▷ La MDA est également considérée comme un dispositif susceptible d'améliorer la continuité, la cohérence et la coordination des parcours de soins des adolescents et des jeunes adultes. La prise en charge doit ainsi être immédiate et globale, les professionnels doivent bien connaître la diversité de l'offre locale à l'intention de la jeunesse et limiter les parcours « *parallèles, parcellaires et discontinus* ».

Enfin, la collectivité départementale et la psychiatrie infanto-juvénile, incontournables et renforcés dans leur position d'autorité sur le territoire, veulent positionner la MDA comme un dispositif expert de l'adolescence et « *lieu ressource pour les professionnels* » dans le département du Sud.

Si cette position d'expertise ne se décrète pas *a priori*, elle leur apparaît d'emblée comme légitime et ils parviennent à imposer cette formulation aux autres organisations locales concernées par la prise en charge de la souffrance des jeunes, progressivement invitées à s'associer au projet.

Les alliances se scellent donc au début de la construction du projet départemental (entre la collectivité, les médecins de la psychiatrie infanto-juvénile éventuellement membres du réseau de santé mentale pour adolescents et les deux associations) et perdurent.

Les acteurs locaux de la jeunesse invités plus tardivement sont essentiellement mobilisés sur des objectifs utilitaires.

Les nouveaux participants aux débats sont ainsi conviés pour participer à l'orientation des jeunes vers la MDA, proposer une prestation (notamment des interventions collectives) ou transmettre leur expertise aux premiers acteurs impliqués.

▷ Les services départementaux de l'Éducation nationale sont associés aux échanges en décembre 2008, soit un an après et déjà sept réunions pour les premiers participants.

Pourtant, le public adolescent passe la plupart de son temps dans les établissements scolaires et l'Éducation nationale participait au projet initial, envisageant la mise à disposition d'un professionnel.

C'est par l'intermédiaire des acteurs sanitaires que des interactions peuvent se remettre en place, le monde scolaire étant ainsi représenté par un médecin du service de promotion de la santé en faveur des élèves, membre du réseau de santé mentale pour adolescents.

▷ Les services de la collectivité départementale concernés par l'adolescence sont eux aussi invités tardivement : le centre départemental de planification et d'éducation familiale à partir de janvier 2010, les équipes médico-sociales territorialisées et l'équipe des éducateurs en charge de développer des actions collectives et partenariales à l'intention de la jeunesse à partir de fin 2010. Ces services n'ont alors pas le choix et leurs représentants doivent, au moins dans les premiers temps, répondre présents.

Cependant, l'injonction à la participation pour un projet construit par d'autres a ses limites. Par exemple certaines équipes médico-sociales de la collectivité – pourtant volontaires pour constituer des relais de la MDA sur les territoires éloignés de la métropole – se désintéressent progressivement du projet, se mobilisant pour répondre elles-mêmes de façon coordonnée aux besoins repérés et construire leurs propres projets pour leur territoire, auxquels la MDA n'est finalement pas associée.

▷ Les équipes hospitalières de psychiatrie générale ne sont associées à la construction de l'offre de la MDA que peu avant son ouverture, fin 2010.

▷ Plusieurs organisations de la jeunesse ne sont pas invitées et, à ce jour, n'ont toujours pas inscrit la MDA dans leurs partenaires potentiels, malgré l'expression pour certains de fortes attentes quant à l'accès aux soins psychiques pour leur public (éducation populaire, handicap, insertion, justice, loisirs, protection de l'enfance, soutien à la scolarité).

Le choix de restreindre les invitations et d'inscrire résolument la MDA dans un partenariat privilégié avec le monde de la santé psychique limite donc la collaboration avec les autres acteurs locaux de la jeunesse, aujourd'hui encore peu nombreux à solliciter le dispositif.

Même s'il faut souligner que de plus en plus de professionnels (des autres services de la collectivité départementale, des communes, de l'Éducation nationale, du secteur associatif ou libéral) participent aux échanges collectifs mensuels organisés par la MDA, ils viennent écouter l'intervention de spécialistes sur la thématique choisie (universitaires, professionnels), sans interaction particulière avec les professionnels du dispositif. Certes, ces interventions contribuent à faire de la MDA un « lieu ressource », mais elles ne permettent pas de développer les collaborations. Au contraire, plusieurs professionnels des différents secteurs d'intervention peu ou pas mobilisés dans la création du dispositif se montrent critiques à son égard.

Au-delà, le choix des participants aux instances de réflexion influence la définition locale, non seulement des modalités de l'offre proposée à la MDA – sur lesquelles portent l'essentiel des débats – mais aussi de la souffrance des jeunes.

3.3 Définir la souffrance prise en charge à la MDA

Le projet final de la MDA, rédigé en 2008 en vue du comité de pilotage et nommé « *texte constitutif de la maison des adolescents* », propose une définition de la souffrance des jeunes, construite avec les partenaires choisis par la collectivité départementale et conçue pour s'adapter à leurs compétences et à leurs attentes.

Ainsi, la souffrance est d'abord psychique.

La composition des instances de réflexion pour la création du projet a en effet donné une inflexion nettement psychique à l'offre de la MDA. La priorité est donnée à la prise en charge de la souffrance individuelle, intime et subjective des adolescents et des jeunes adultes.

Le projet, nommé explicitement « *suicide, détresse psychologique, souffrance...* », la souffrance peut être détectée au travers des « *pleurs, tristesse, plaintes somatiques...* » et cette « *souffrance psychique qui reste souvent sans réponse adaptée* » est considérée comme la cause principale des recours aux urgences « *par défaut* ».

Toutefois, cette souffrance psychique est considérée comme inscrite dans le social, essentiellement dans le sens des compétences ou des choix politiques de la collectivité départementale.

Ainsi, en premier lieu, elle est décrite comme se cumulant avec « *des difficultés familiales et scolaires* » (outre ses compétences dans l'accompagnement des familles, le département est responsable des collèves depuis les lois de décentralisation¹³).

Ensuite, elle est associée à des pratiques juvéniles considérées « à risque », listées dans le projet local en fonction des spécificités du département :

- les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis (seuls indicateurs de santé en défaveur du département, en comparaison avec les données nationales);
- les grossesses précoces (la collectivité étant compétente au titre à la fois de la protection maternelle et infantile et de son centre départemental d'éducation et de planification familiale);

¹³ Article 14 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État

- l'obésité (la collectivité venant de s'engager dans une convention avec le réseau local de prise en charge de l'obésité, les médecins de la protection maternelle et infantile participant à son dépistage et au suivi des enfants obèses ¹⁴).

Surtout, dans la mesure où les acteurs en présence définissent la MDA comme un dispositif de droit commun, qui doit s'adresser à tous les jeunes sans se substituer aux prises en charge déjà existantes, il s'agit alors essentiellement de définir ce que cette souffrance n'est pas.

Les acteurs impliqués excluent ainsi de multiples souffrances, considérées comme relevant d'autres intervenants, même si ces derniers ne sont pas présents dans les échanges et même s'ils ont précédemment évoqué leurs difficultés dans l'accompagnement des jeunes.

Les débats écartent ainsi :

- les jeunes présentant des troubles du comportement – considérés comme relevant des établissements médico-sociaux, en particulier des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, même s'ils sont en suractivité ;
- les jeunes errants – considérés comme relevant des services de l'État et des services de la ville métropolitaine, historiquement engagée auprès de ce public, même si leurs représentants évoquent les difficultés d'acceptation et d'accès aux soins somatiques et psychiques pour ces jeunes ;
- les jeunes délinquants – relevant des compétences de la justice, en particulier des services de la protection judiciaire de la jeunesse, même si les indicateurs de santé mentale sont souvent défavorables pour ce public [CHOQUET, 2009] ;
- les jeunes issus des communautés de gens du voyage – accompagnés par des associations, souvent financées par la collectivité départementale ;
- des jeunes sans diplômes et sans emploi – considérés comme relevant des dispositifs spécialisés de l'Éducation nationale ou des missions locales ;
- les jeunes migrants – déjà pris en charge par des services spécialisés de l'aide sociale à l'enfance auprès des mineurs non accompagnés, par des centres d'hébergement et de ré-insertion sociale à la charge de l'État, par des associations ou des dispositifs de l'Éducation nationale ;

¹⁴ DERIOT Gérard, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Rapport n° 8 (2005–2006) fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé pour l'Assemblée nationale et le Sénat, 5 octobre 2005

- les jeunes dits « à difficultés multiples » – dans la mesure où ils relèvent déjà, souvent en même temps, des services de la protection de l'enfance, de la psychiatrie infanto-juvénile, des établissements médico-sociaux et plus spécifiquement du réseau de santé mentale pour adolescents qui soutient déjà les professionnels qui les accompagnent.

Concrètement, les acteurs engagés dans le projet décident que la MDA s'adresse à tous les jeunes âgés de 11 à 21 ans qui résident ou sont scolarisés dans le département.

Depuis son ouverture au public en février 2011, le dispositif propose une offre individuelle aux jeunes et/ou leur famille et quelques ateliers pour des catégories de souffrance ciblées.

Ses locaux sont situés à proximité du centre-ville de la métropole et d'une station de métro, se déployant sur quatre niveaux :

- au rez-de-chaussée un grand espace est consacré à l'accueil, disposant de boissons, de bandes dessinées et de romans, d'ouvrages relatifs à l'adolescence, de flyers informant sur l'offre locale à destination des jeunes et proposant diverses expositions, souvent réalisées par des jeunes qui fréquentent la MDA ;
- dans les trois étages se trouvent les bureaux individuels des professionnels, où sont reçus les jeunes et les familles, organisés et décorés pour ne pas reproduire un accueil de type administratif, social ou hospitalier (les bureaux sont spacieux, les couleurs sont présentes partout, les meubles sont de qualité, des fauteuils sont disposés autour de tables basses) ;
- deux salles de réunion et une grande salle disposant d'une cuisine ouverte complètent le dispositif.

Organisation de la prise en charge individuelle

▷ L'agent d'accueil renseigne les jeunes (ou les familles, ou les professionnels qui interviennent auprès d'eux) qui se présentent ou téléphonent et prévient le professionnel socioéducatif de permanence.

▷ Le « *premier accueil* », inconditionnel et immédiat, est organisé avec l'assistant social¹⁵ ou l'éducateur spécialisé de permanence (sauf si une dizaine de jeunes se présentent en même temps, ils sont reçus ou contactés le jour même).

¹⁵ Pour rappel, le masculin est utilisé pour tous les métiers et tous les extraits d'entretiens.

Ce choix est arbitraire, il vise à garantir l'anonymat et se base sur l'usage habituel, même s'il est contestable, du masculin générique

Ce premier entretien vise essentiellement à présenter la MDA¹⁶ et collecter des informations¹⁷, un éducateur le décrit comme « *une rencontre, on essaie de comprendre pourquoi les gens nous sollicitent, qu'est-ce qui se passe* ».

Nos observations montrent qu'il vise aussi à accrocher les jeunes¹⁸, pour qu'ils aient envie de revenir et acceptent la prise en charge proposée, un rendez-vous est d'ailleurs fixé pour la prochaine rencontre.

À la suite de ce premier accueil et avec l'accord des jeunes, le référent contacte les professionnels qui les connaissent, les personnes de la famille ou de l'entourage repérés comme significatifs dans les parcours et retranscrivent systématiquement les informations recueillies sur la fiche dite « individuelle » informatisée.

▷ La réunion pluridisciplinaire de régulation, organisée rapidement après la première rencontre, définit collectivement les axes de la prise en charge proposée, les orientations éventuelles vers les professionnels de l'équipe dite « de soins » (infirmier¹⁹, pédiatre, psychologue, psychiatre ou interne en psychiatrie) ou vers d'autres intervenants (assurant des permanences sur place²⁰ ou hors de la MDA) et l'échéance fixée pour la prise en charge au sein du dispositif. Les conclusions de cette réunion sont ensuite présentées aux jeunes et aux familles concernées.

Si les objectifs sont acceptés, l'accompagnement défini en régulation peut débiter, d'autres rendez-vous sont proposés. Dans le cas inverse, la priorité est donnée à la réponse à la demande initiale formulée par les jeunes ou les familles.

¹⁶ La procédure d'accueil prévoit que les professionnels donnent les mêmes informations :

- principes de libre adhésion et de confidentialité dans la limite du cadre légal de la protection de l'enfance ;
- présentation de l'équipe et de la fonction de référent à la MDA (incarnée par le professionnel qui reçoit la première fois et reste le référent unique tout au long de la prise en charge et des suivantes si un jeune revient) ;
- étapes qui suivent le premier accueil et échéance de la prise en charge dans un délai de six mois

¹⁷ Les échanges suivent les items de la fiche dite « individuelle » construite par l'équipe au démarrage de leur activité, interrogeant notamment sur les motifs de la venue, la configuration familiale, la scolarité, le réseau amical, les loisirs, la santé somatique et psychique, avant d'inviter à formuler une demande et à donner un avis sur les premières propositions d'accompagnement faites par le référent (cf. annexe 3)

¹⁸ Marie-Danièle BARRE et Patricia BENECH-LE-ROUX définissent « *le travail d'accroche des usagers* », comme l'une des catégories de l'activité d'accueil qui consiste à « *assurer présence et disponibilité, créer des liens et susciter en retour une demande* » [BARRE, BENECH-LE-ROUX, 2004, p. 88]

¹⁹ Depuis peu, l'infirmier de la MDA ne participe plus à ce premier accueil, il est repositionné dans l'équipe dite « de soins », aux côtés des professionnels du monde de la santé somatique et psychique de la MDA qui proposent des consultations de deuxième ligne

²⁰ Au moment de la recherche, des consultations sont proposées sur place par une sage-femme du centre départemental de planification et d'éducation familiale, un psychologue d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et un psychologue d'une association spécialisée sur les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre

Si une orientation est proposée, la plupart du temps le référent organise les présentations et il s'assure systématiquement de l'effectivité de la nouvelle prise en charge.

▷ Un rendez-vous dit « de clôture » est systématiquement proposé à l'échéance de la prise en charge à la MDA, la plupart du temps avec toutes les personnes ayant participé (les jeunes, les personnes de leur entourage, les professionnels).

Propositions d'ateliers

La MDA propose des « accueils » ou des « ateliers », organisés sur place, la plupart du temps pour les jeunes déjà pris en charge (sur indication de l'équipe lors de la réunion de régulation).

Cette offre est construite à partir de souffrances particulières ou de pratiques juvéniles considérées « à risque » pour la santé²¹ et elle est évolutive, des bilans étant réalisés chaque année pour les reconduire, les arrêter, ou construire de nouveaux ateliers.

Au moment de la recherche, la MDA propose :

- un accueil collectif ponctuel (une demi-journée collective) pour des jeunes ou pour des parents, « *confrontés à une séparation parentale conflictuelle* » ;
- un atelier collectif basé sur un engagement pour plusieurs séances (sessions collectives de six séances) pour des jeunes âgés de 15 à 17 ans, confrontés « *aux difficultés d'organisation dans les révisions, à une faible estime personnelle, à des difficultés d'interactions avec les pairs au sein d'un groupe, aux difficultés de relations avec les parents* » ou, dit autrement (en citant les propos d'un professionnel du psychisme de la MDA), aux jeunes confrontés au risque ou à l'émergence « *de troubles anxiodépressifs* » ;
- un atelier individuel avec un engagement pour plusieurs séances (trois sessions individuelles avec un sophrologue en convention avec la MDA) pour des jeunes confrontés « *aux difficultés dans la gestion de leurs émotions et du stress* » ;
- un atelier collectif avec un engagement pour plusieurs séances (sessions de cinq séances) pour des jeunes âgés de 15 à 21 ans, consommateurs de tabac ;
- des accueils collectifs pour des groupes constitués par d'autres professionnels (le plus souvent à partir des établissements scolaires, parfois des établissements

²¹ Les citations en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues des dossiers relatifs à la construction ou au renouvellement de chaque atelier proposé par la MDA

médico-sociaux, d'autres collectivités territoriales ou diverses associations) de jeunes âgés de 11 à 15 ans et de 16 à 21 ans, sous la forme de séances d'information et de débats sur des thèmes variés (par exemple les addictions, l'alimentation, l'image de soi, les nouvelles technologies, la vie amoureuse et la sexualité).

Notons que la MDA propose également diverses actions collectives construites à la demande des acteurs locaux de la jeunesse, à partir des difficultés repérées des adolescents ou des jeunes adultes parmi leur public (par exemple sur les thèmes des violences subies, du stress face aux évaluations scolaires, des consommations de produits psychoactifs, etc.).

Une offre située

Le processus de création de la MDA s'inscrit bien dans une traduction locale du programme public, produisant une définition de la souffrance des jeunes dans le département du Sud et des modalités pour la prendre en charge.

D'autres maisons des adolescents ont en effet construit des offres différentes à destination d'autres publics. Ce qui est commun, c'est la volonté de se situer hors de l'existant, auprès des souffrances juvéniles qui ne sont pas encore prises en charge sur leur territoire.

Pour ne citer que quelques exemples²² :

- la maison des adolescents du Gard propose un accueil des mineurs étrangers non accompagnés (notamment pour ce qui concerne les questions administratives, les recherches de stage, la prise en charge des traumatismes), un soutien aux familles de jeunes engagés dans des processus de radicalisation (notamment auprès de jeunes partis en Turquie et en Syrie), ou encore un dispositif de financement des séances chez des psychologues en libéral ;
- la maison des adolescents du Calvados propose un hébergement thérapeutique (pour organiser un temps de rupture entre les jeunes et leur famille ou leur prise en charge habituelle), une prise en charge de jour à temps partiel (éducative, pédagogique et thérapeutique), ou encore elle a organisé des équipes pluridisciplinaires mobiles (l'une pour répondre aux demandes d'évaluation et de soutien clinique émanant des professionnels locaux, l'autre dans un objectif de prévention de la déscolarisation) ;

²² Sources : sites internet des maisons des adolescents citées, Rapports d'activité de l'année 2019

- la maison des adolescents du nord des Bouches-du-Rhône propose quant à elle des visites médiatisées, entre des parents et leurs adolescents placés et pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, dans le cadre d'un partenariat avec les services de la protection de l'enfance du département (78 visites médiatisées réalisées en 2019).

Ces exemples confirment que la MDA du département du Sud s'est positionnée dans les marges laissées vacantes par les autres dispositifs locaux, multiples et diversifiés.

En comparaison avec les offres proposées par les autres maisons des adolescents citées, il existe ainsi déjà, localement :

- des prises en charge spécialisées pour les mineurs non accompagnés (notamment une équipe dédiée de l'aide sociale à l'enfance, un service de maison d'enfants à caractère social dédié à l'évaluation de leur minorité et à leur orientation vers des prises en charge pérennes, une antenne locale d'une association spécialisée dans la défense de leurs droits) ;
- un réseau associatif de soutien clinique aux professionnels qui prennent en charge des adolescents dits « à difficultés multiples » ;
- des équipes mobiles de la psychiatrie infanto-juvénile susceptibles de répondre aux demandes d'évaluation des professionnels et d'accompagner les jeunes vers le soin ;
- des professionnels formés aux visites médiatisées dans les services de la protection de l'enfance ;
- de multiples prises en charge sanitaires et scolaires pour des publics ciblés (les jeunes suicidants, les jeunes anorexiques, les jeunes obèses, les jeunes décrocheurs ou déscolarisés, ou encore les jeunes victimes de harcèlement scolaire).

L'offre locale de la MDA s'est donc construite à partir de plusieurs projets initiés par des acteurs déjà impliqués dans la prise en charge des jeunes en souffrance, saisissant l'opportunité de financements nationaux pour créer un nouveau dispositif, dans un contexte concurrentiel.

Après deux ans de négociations pour produire un diagnostic collectif et une définition commune de l'offre à proposer sur le territoire, la reprise en main du projet de MDA par la collectivité départementale a réorganisé les forces en présence, modifié le contenu de l'offre et défini la souffrance à prendre en charge : il s'agit de la souffrance psychique, individuelle et subjective, ne relevant pas d'autres dispositifs spécialisés, avec une attention particulière portée aux souffrances vécues dans le monde familial et dans le monde scolaire.

Considérant que l'offre de prise en charge se définit non seulement à partir des textes de cadrage (ici le programme public *maisons des adolescents*), mais aussi à partir de la configuration locale des organisations de la jeunesse et des pratiques de recours au dispositif, c'est dans une dynamique chaque fois spécifique aux territoires que les maisons des adolescents se construisent.

Les alliances et les oppositions existantes, les traditions et les habitudes de l'intervention publique dans le département du Sud, comme ailleurs, influencent les représentations professionnelles de l'offre proposée à la MDA et les orientations vers le dispositif, participant ainsi à la construction de son public et des formes des expériences juvéniles qu'il prend en charge.

CHAPITRE 4

Orientation vers la MDA de jeunes en souffrance qui ne relèvent de personne

L'ambition de la thèse ne consiste pas à analyser toutes les expériences de la souffrance pour l'ensemble des adolescents et jeunes adultes âgés de 11 à 21 ans dans le département du Sud. Il s'agit exclusivement de comprendre les expériences de la souffrance pour les jeunes qui demandent de l'aide à la MDA.

Le public de ce dispositif se construit, certes, à partir de l'offre effectivement proposée et des besoins de prise en charge formulés par les jeunes et les familles, mais aussi à partir des représentations et attentes des professionnels qui orientent vers lui.

Les besoins de prise en charge sont ici définis de façon très large, en considérant qu'il s'agit de l'expérience de la souffrance, interprétée – par les jeunes eux-mêmes, leur famille ou les professionnels qui les orientent – comme devant faire l'objet d'une prise en charge [SICOT (dir.), 2015].

Ainsi pour être pris en charge à la MDA, deux dimensions sont nécessaires et interdépendantes : les jeunes se considèrent en souffrance en demandant de l'aide (ou leur famille les considère en souffrance en demandant une aide pour eux) et ils sont considérés en souffrance par les professionnels qui les repèrent et/ou qui les prennent en charge.

Ce chapitre s'intéresse aux réactions sociales des professionnels qui, en considérant certaines expériences négatives comme des souffrances susceptibles d'être orientées vers la MDA, participent à la construction de son public.

Un intérêt particulier est donc porté aux représentations de la souffrance, aux opérations de catégorisation des besoins de prise en charge et aux pratiques d'orientation des professionnels du département du Sud qui adressent des jeunes à la MDA, en s'appuyant sur :

- les discours de ces professionnels (recueillis lors des entretiens ou des observations de leurs échanges avec l'équipe de la MDA) ;
- les discours des professionnels de la MDA, relatifs au partenariat et aux représentations qu'ils supposent être celles des professionnels qui leur orientent ou non des jeunes ;

- une étude menée par des étudiants, relative aux relations partenariales de la MDA au sein de la ville métropolitaine¹ ;
- les informations relatives aux personnes présentes lors du premier accueil à la MDA et la manière dont elles ont été ou pas orientées vers le dispositif ;
- les retranscriptions (par les référents socioéducatifs de la MDA) des motifs énoncés par les jeunes ou les familles pour expliquer leur venue.

Même si les analyses ne visent pas l'exhaustivité et sans oublier que d'autres dimensions participent à la construction du public d'un dispositif, il s'agit de montrer que les pratiques de recours à la MDA peuvent être envisagées à partir de plusieurs dimensions, suffisamment prépondérantes et influentes pour être soulignées : les oppositions et les alliances inscrites dans l'histoire du dispositif, les pratiques relationnelles et organisationnelles entre les partenaires, les représentations professionnelles de la souffrance et de l'offre proposée à la MDA, les lieux de résidence des jeunes en souffrance.

4.1 Pratiques de non-recours et représentations critiques de la MDA

Les pratiques de non-recours s'inscrivent dans l'histoire de la MDA, laquelle semble nettement avoir participé à la diffusion de représentations critiques quant à l'offre de prise en charge de la souffrance dans le dispositif.

Si les discours professionnels positifs à l'égard de la MDA sont nombreux, les représentations négatives informent, en creux, sur la construction de son public, en particulier sur les expériences de la souffrance que le dispositif n'accueille pas.

Il est notable que plusieurs organisations de la jeunesse écartées du projet de création de la MDA – jamais invitées ou évincées au moment de la reprise en main du projet par la collectivité départementale – n'orientent personne ou presque vers ce dispositif, même si elles interviennent auprès de jeunes en souffrance qui vivent à proximité de la MDA (notamment les services municipaux et métropolitains dédiés à la jeunesse, le point accueil écoute jeunes ou les dispositifs de loisirs et de soutien à la scolarité).

¹ GERMA Guilhem, PÉRAN Yannick, *La non-fréquentation de la Maison des adolescents [du Sud] par certains publics : un phénomène multifactoriel*, Rapport de l'étude de terrain pour le Diplôme d'État d'ingénierie sociale, Toulouse, Université Toulouse Jean Jaurès, juin 2018

Dans une moindre mesure, les équipes actuelles d'autres organisations, absentes ou présentes seulement à certaines étapes de sa création, sollicitent peu la MDA. En référence aux catégories de l'intervention publique², les orientations sont ainsi rares parmi les professionnels de l'insertion sociale et professionnelle, de la protection de l'enfance, des services sociaux polyvalents, du handicap ou de la justice³.

Parmi les représentations négatives susceptibles de limiter les recours à la MDA, plusieurs sont ainsi associées au processus de sa création.

En premier lieu, la MDA est souvent vue comme une belle vitrine sans contenu, débordant de moyens, où les jeunes viendraient peu nombreux, avec une équipe qui passerait beaucoup de temps à réfléchir et peu à travailler effectivement.

Quelques extraits de discours professionnels résument cette représentation.

« Peut-être que je me trompe, mais le temps de réunion par exemple, de réunion de travail d'équipe à la maison des ados, c'est vertigineux. [Dans notre dispositif] quand on arrive à se retrouver tous les quinze jours c'est beaucoup déjà, parce qu'après on est en réunion, à rédiger, à téléphoner, machin, on est à fond à faire des trucs. [...] Et donc ils ont une capacité d'élaboration, de réflexion, gigantesque. [...]. Les amplitudes horaires ne sont pas les mêmes, nous ça va jusqu'à 20h30, la maison des ados c'est assez formaté » [Extrait d'entretien, Professionnel du monde de la santé]

« Ils ne veulent pas de publicité, ils ne veulent pas qu'on ramène du monde » ; « j'ai orienté une adolescente vers la maison des ados, je voulais m'assurer qu'elle était venue, j'ai appelé je n'ai pas réussi à savoir » ; « c'est une belle vitrine mais on ne sait pas ce que vous faites » [Extraits du journal de terrain, Professionnels du département]

² Ces orientations étant peu nombreuses, elles sont toutes regroupées pour la suite des analyses dans une catégorie plus large, construite pour la recherche, regroupant un effectif statistiquement suffisant de professionnels issus du « monde socioéducatif » (leurs orientations représentent alors 13 % de l'ensemble des orientations vers la MDA et 24 % des seules orientations faites par des professionnels)

³ Les statistiques produites par la MDA ne sont pas aussi précises mais elles permettent de confirmer les données issues de notre corpus de jeunes pris en charge par le dispositif en 2017 : sur plus de trois cents dossiers, seulement onze orientations sont faites par des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des missions locales ou des associations ; dix par des maisons d'enfants, des services d'action éducative en milieu ouvert, des clubs de prévention ou des équipes de l'aide sociale à l'enfance ; neuf par des assistants sociaux d'entreprise, de services de l'État, de collectivités municipales ou de la collectivité départementale ; quatre par des établissements médico-sociaux ou la maison départementale des personnes handicapées ; seul un jeune est orienté par la protection judiciaire de la jeunesse

*« C'est vrai que c'est très joli, on nous renvoie tout le temps que nos locaux sont magnifiques, c'est vrai qu'il y avait un joli écrin qui était posé » ;
« on nous voit comme une vitrine, une coquille vide, un lieu creux, laxiste, où on a le temps pour penser, on nous demande toujours ce qu'on fait »*
[Extraits du journal de terrain, Professionnels de la MDA]

À l'instar de la maison de Solenn, la MDA souffre donc encore, près de dix ans après son ouverture, de l'importance de ses financements et de l'attention importante portée au choix de ses locaux et à leur décoration. Dans le département du Sud, les critiques portent moins sur le transfert de fonds qui auraient pu bénéficier à d'autres que sur le rapport supposé déséquilibré entre l'importance de son budget et de ses ressources humaines par rapport à sa fréquentation.

Pourtant, son activité n'a rien à envier à d'autres organisations de la jeunesse et elle n'a quasiment pas cessé d'augmenter depuis sa création⁴, l'équipe ayant plusieurs fois été renforcée pour faire face à l'afflux des demandes.

Néanmoins, la longue phase de création de la MDA – avec de multiples réunions préparatoires maintenues tous les mois malgré les reports répétés de son ouverture et une équipe recrutée sans possibilité d'accueillir le public – a laissé des traces et généré la représentation toujours actuelle d'un dispositif sans activité.

Avec une confiance limitée à l'égard de la MDA et l'idée que ses professionnels ne travaillent pas vraiment, les acteurs limitent nécessairement leurs orientations, ou *a minima* les restreignent à des situations considérées comme peu complexes et des souffrances comme modérées (les professionnels disent plutôt « légères » ou « petites »).

Une autre critique fréquemment repérée concerne le manque de visibilité de l'offre proposée à la MDA.

Le dispositif est parfois inconnu des professionnels qui interviennent auprès d'adolescents et de jeunes adultes. Parmi ceux qui connaissent son existence, certains ne savent pas à quoi il sert ni comment ils pourraient travailler avec lui. D'autres encore le décrivent comme un dispositif administratif, confus, manquant de souplesse, faiblement réactif et ralenti par de lourdes procédures.

⁴ En ce qui concerne la prise en charge individuelle, l'activité de la MDA est en augmentation constante depuis 2016, passant, selon les statistiques produites par le dispositif, de 972 jeunes pris en charge pour l'année 2016 à 1 717 jeunes pris en charge entre septembre 2018 et septembre 2019 (même si la période de recueil des données a été modifiée, l'augmentation est vérifiée)

« Avec les maisons d'enfants, on devrait travailler énormément ensemble, mais les professionnels ne savent pas, n'osent pas » ; « peut-être on s'y est mal pris, peut-être on n'a pas été assez vigilant sur les articulations avec les somaticiens et que la maison des adolescents n'est pas identifiée » ; « j'ai rencontré le directeur d'un collège, il ne connaissait pas la maison des adolescents, pour lui ce n'est pas clair, c'est flou » ; « on ne fonctionne pas comme ça nous les associations, on est beaucoup plus réactifs, on est plus souples, enfin notre idée c'est de réagir, alors qu'eux il y a l'institution derrière, ça doit remonter, au président etc. etc. » [Extraits du journal de terrain, Élus, Professionnels du département, Professionnels de la MDA]

Ces représentations d'une maison des adolescents peu visible, peu lisible et fermée sur elle-même peuvent être associées à son pilotage par la fonction publique territoriale, à ses difficultés à organiser sa communication ou encore aux limites de l'interconnaissance entre des professionnels et des dispositifs multiples, dans une configuration locale complexe et évolutive (les professionnels de la MDA parlent à ce sujet d'un « éternel recommencement »).

Elles peuvent aussi être associées au processus de création de la MDA, ayant marqué les esprits malgré les efforts de l'équipe et des acteurs participant actuellement à son pilotage. Ainsi, en choisissant dès l'origine un nombre restreint d'organisations de la jeunesse avec qui s'associer, la collectivité départementale n'a pas facilité l'appropriation de ce dispositif, alors nouveau dans le contexte local, ni de ses missions.

L'une des caractéristiques du public de la MDA, composé d'une proportion non négligeable de jeunes dont les pratiques de recours sont spontanées (sans l'intermédiaire de professionnels) s'inscrit donc dans une forme de dysfonctionnement.

Si les jeunes ne sont pas orientés, c'est bien souvent parce que les professionnels ne connaissent pas la MDA, ne comprennent pas comment ils pourraient s'en saisir ou considèrent que d'autres intervenants sont plus compétents. Le public qui fréquente le dispositif est ainsi bien souvent un public qui n'est pas pris en charge par d'autres professionnels de la jeunesse.

Toutefois de façon paradoxale, il répond alors aux attentes du programme public et des acteurs impliqués dans sa création : les jeunes pris en charge à la MDA sont des jeunes en souffrance qui ne sont pas connus des dispositifs traditionnels.

« Ce que nous devons promouvoir [...] c'est une société fraternelle et attentionnée, c'est-à-dire où personne n'est oublié, où personne n'est laissé au bord du chemin, où aucune souffrance n'est ignorée » [Discours du président HOLLANDE, 2016]

« Par rapport aux différentes expériences mises en œuvre dans les autres départements, la maison départementale des adolescents se veut un dispositif "généraliste" : c'est-à-dire qu'elle devra accueillir tous les adolescents de 11 à 21 ans. Il ne s'agit pas de se limiter à des publics en difficultés sociales (à l'instar de Rennes), scolaires (à l'instar de Cergy-Pontoise) ... » [Compte-rendu d'un comité technique de la MDA, 2008]

Une autre représentation de la MDA, cette fois-ci davantage en lien avec son activité effective, concerne son accessibilité et la définition de son public.

Sous la forme de critiques dépréciatives souvent entendues, le dispositif est ainsi soupçonné d'être à la seule destination des jeunes « bobos » du centre-ville de la métropole, qui ne rencontreraient pas de réelles difficultés. Il refuserait les jeunes en situation de pauvreté et s'octroierait un public « plus facile ».

« Ce ne sont pas les mêmes publics qu'on côtoie, chez nous on s'occupe des précaires » ; « même si cette jeune avait envie d'être aidée, ce n'était pas si simple que ça et du coup je me suis dit que s'il y avait pas un accueil suffisamment solide à la maison des adolescents elle ne s'en saisirait pas » ; « là où se trouve la maison des ados et là où se trouvent les difficultés... [...] ça m'interroge, parce qu'effectivement quel est le public ? moi je m'interroge sur le type de public qu'ils reçoivent, parce que le public auquel nous avons affaire, qui est quand même majoritairement [issu des quartiers populaires], ce public-là je ne suis pas sûr qu'il aille vers la maison des ados » [Entretiens avec des professionnels du département]

Effectivement, le public de la MDA est majoritairement composé de jeunes dont les parents travaillent, le plus souvent dans des professions intermédiaires, des fonctions de cadres ou des professions intellectuelles supérieures et le dispositif est peu fréquenté par les adolescents des quartiers populaires de la ville métropolitaine.

Les représentations de nombreux professionnels montrent alors, par contraste, la valorisation des interventions ciblées auprès des jeunes les plus pauvres et les moins dotés.

Ces représentations s'inscrivent aussi, à leur tour, dans l'histoire de la MDA, qui s'est positionnée dans un système local concurrentiel, deux organisations influentes (la collectivité départementale et la psychiatrie infanto-juvénile locale) ayant affirmé leur capacité à définir leurs missions et à exclure certains publics de leur cible, sans tenir compte des attentes formulées par les autres acteurs, notamment ceux du monde social.

Les critiques de la MDA apparaissent alors comme une occasion pour certains professionnels de souligner leurs propres difficultés, en particulier leurs manques de moyens financiers et humains pour accomplir leurs missions de la meilleure manière possible – sans le dire explicitement et en accusant d'autres de ne pas travailler pour les publics qui en auraient le plus besoin.

Elles soulignent aussi que les publics des uns et des autres ne sont pas appelés à se croiser dans les mêmes dispositifs, les professionnels qui interviennent auprès des jeunes en situation de pauvreté, d'errance, de rupture familiale ou de marginalité étant peu nombreux à inscrire la MDA dans leur carnet d'adresse.

À partir des pratiques de non-recours, par des professionnels qui ne connaissent pas la MDA ou qui portent un regard négatif sur l'offre de prise en charge qu'elle propose, nous commençons à mieux comprendre la construction de son public.

Les jeunes qui fréquentent la MDA ne sont pas (ou rarement) dans des situations susceptibles d'alerter les dispositifs traditionnels de l'action sanitaire ou socioéducative et ils trouvent à la MDA une possibilité de prise en charge qui ne semble pas possible pour eux ailleurs.

4.2 Influences croisées de l'histoire de la MDA et de l'évolution des relations organisationnelles

Les pratiques de recours à la MDA permettent de continuer à cerner le public particulier des jeunes en souffrance pris en charge par ce dispositif :

- la moitié de ces jeunes ne sont pas orientés par des professionnels, ils viennent seuls ou avec leur famille, sur les conseils d'amis, de collègues, de leurs parents ou d'autres membres de la famille, ou parce qu'ils ont entendu parler de la MDA dans la presse ou sur internet ;
- l'autre moitié des adolescents et des jeunes adultes sont orientés par des professionnels, mais pas n'importe lesquels.

En premier lieu, il s'agit bien souvent de professionnels intervenant dans les organisations impliquées dans le processus de création de la MDA. La figure suivante illustre ainsi comment les pratiques d'orientation s'inscrivent dans les alliances construites entre la collectivité départementale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile puis les services de l'Éducation nationale.

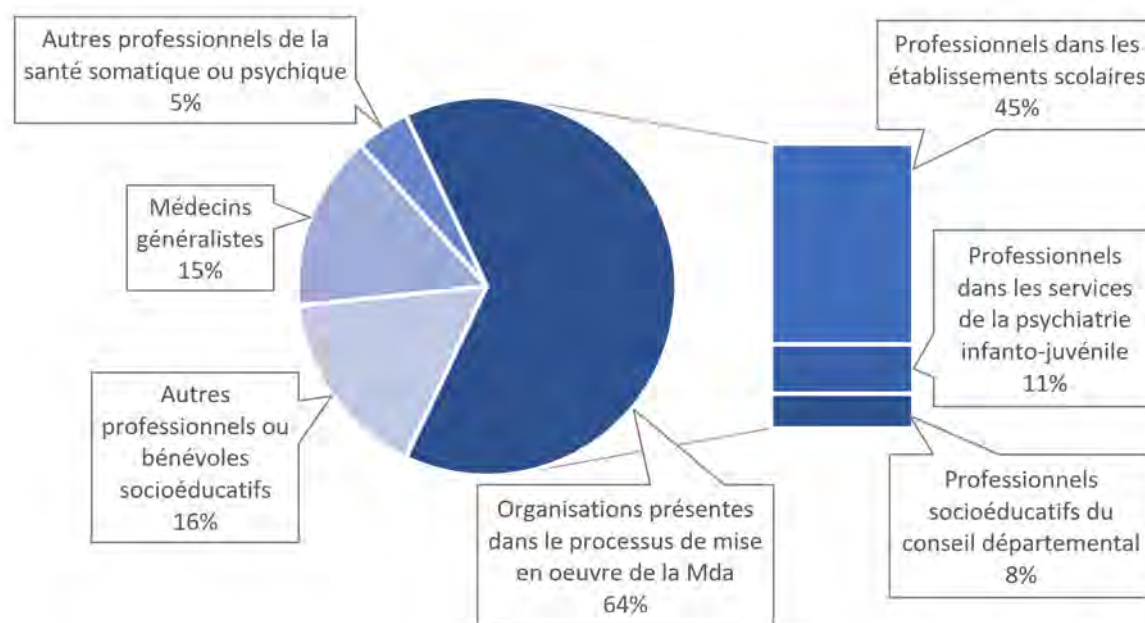


FIGURE 6 – Répartition (fréquences en %) des orientations vers la MDA par des professionnels

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA qui déclarent être orientés par un professionnel (N = 151)

Dans notre corpus, sur l'ensemble des orientations faites par des professionnels, il s'agit le plus souvent (presque deux fois sur trois) de professionnels exerçant dans un établissement scolaire (tous métiers confondus), dans les services ambulatoires ou hospitaliers de la psychiatrie infanto-juvénile ou dans les services de la collectivité départementale (majoritairement les services médico-sociaux territorialisés ou les services départementaux dédiés à la jeunesse).

Cette tendance est encore plus forte au regard des statistiques annuelles produites par la MDA (au total, plus de trois orientations sur quatre sont proposées par ces acteurs vers la MDA chaque année depuis 2016 : 56 à 62 % des orientations annuelles entre 2016 et 2019 sont faites par des professionnels de l'Éducation nationale ; 7 à 10 % par des professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile ; 6 à 10 % par des professionnels de la collectivité départementale).

Notons que ces alliances sont réciproques. Quand les professionnels de la MDA orientent eux-mêmes les jeunes vers d'autres prises en charge – ce qui est loin d'être une pratique majoritaire, seulement 56 jeunes étant concernés, soit 19 % des dossiers de notre corpus –, ils orientent alors presque systématiquement vers les services ambulatoires ou hospitaliers de la psychiatrie infanto-juvénile, vers l'une des deux

associations qui ont participé à la création du dispositif, ou vers d'autres services de la collectivité départementale (en particulier les équipes spécialisées de la protection de l'enfance et le centre départemental de planification et d'éducation familiale).

Cette tendance à orienter vers les organisations présentes au moment de la création de la MDA se retrouve également dans les statistiques produites par le dispositif ces trois dernières années (2016 à 2019). Elle apparaît alors moins systématique que dans notre corpus, mais en augmentation constante (les orientations cumulées vers les services de la psychiatrie infanto-juvénile, les associations partenaires, les services de la collectivité départementale ou les équipes de l'Éducation nationale passent de 49 % en 2016 à 75 % en 2019 du total des orientations vers d'autres prises en charge ⁵).

Ensuite, les professionnels qui orientent des adolescents et des jeunes adultes vers la MDA sont en majorité des professionnels de première ligne [BARRÉ, BÉNEC'H-LE ROUX, 2004 ; MOUGIN, 2002].

Il s'agit ainsi le plus souvent de médecins généralistes (15 % des orientations faites par des professionnels dans notre corpus) et de professionnels qui interviennent dans les collèges ou les lycées (45 % des orientations professionnelles étant faites par des infirmiers, assistants sociaux, conseillers principaux d'éducation, enseignants et autres professionnels des établissements scolaires).

La notion de « première ligne » ⁶ permet de souligner que ces professionnels sont en contact avec des adolescents susceptibles de ne rien demander ou de ne pas demander explicitement de l'aide quand ils font l'expérience de la souffrance. Les

⁵ Les parcours de prise en charge en aval de la MDA et les évolutions des pratiques professionnelles au sein du dispositif ne sont pas analysées, toutefois, plusieurs constats peuvent vraisemblablement expliquer cette forte hausse (plus précisément, les statistiques indiquent une augmentation des orientations vers la psychiatrie infanto-juvénile et les services de la protection de l'enfance, associées à une baisse des orientations vers les organisations locales de l'insertion sociale et professionnelle) :

- l'activité de la MDA est elle-même en augmentation constante depuis 2016 ;
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile créent de nouveaux dispositifs de soins dédiés aux jeunes et le nombre de professionnels du psychisme dans l'équipe de la MDA augmentent ;
- la MDA est confrontée depuis 2017 à plusieurs changements dans sa gouvernance et aux absences de professionnels, qui décrivent parallèlement une dégradation des situations individuelles qu'ils prennent en charge, lesquelles nécessiteraient plus souvent la mise en place de soins psychiques et/ou de mesures de protection de l'enfance

⁶ Les intervenants de première ligne [BARRÉ, BÉNEC'H-LE ROUX, 2004 ; MOUGIN, 2002] :

- entrent en contact avec les publics là où ils sont (pour les adolescents et les jeunes adultes, il s'agit donc le plus souvent du monde scolaire et du cabinet du médecin traitant) ;
- s'adressent à des publics n'étant « pas efficacement contactés ou atteints par les services existants ou par les circuits traditionnels » [HARTNOLL *et al.*, 1990, cité dans MOUGIN, 2002, p.131] ;
- visent à construire une alliance avec leurs publics, pour susciter leur demande et leur participation active vers un changement comportemental et éventuellement pour les diriger vers les services de soins existants

jeunes les rencontrent au gré de leur vie quotidienne, quand ils sont malades ou ont besoin de certificats médicaux, ou encore quand ils vont au collège ou au lycée.

Les jeunes en souffrance qui viennent à la MDA sont donc majoritairement des jeunes qui demandent de l'aide. La moitié sont eux-mêmes à l'initiative du recours, les autres sont le plus souvent orientés par les professionnels de leur environnement proche qui les encouragent à formuler cette demande.

L'expérience de la souffrance génère alors un besoin de prise en charge. Cette expérience négative est ainsi interprétée comme devant faire l'objet d'un accompagnement à la MDA par les jeunes qui se considèrent en souffrance ou par des professionnels de première ligne qui les considèrent comme tels.

En ce qui concerne les seuls jeunes orientés par des professionnels vers la MDA, l'influence des alliances historiques apparaît prépondérante mais elle n'est pas suffisante pour expliquer l'ensemble des pratiques de recours. Elles sont aussi influencées par l'évolution des relations organisationnelles entre les partenaires locaux concernés par la souffrance des jeunes.

Ainsi, les collaborations consolidées ou développées au-delà du seul processus de création de la MDA participent elles aussi à la construction de son public. Portée par la collectivité départementale avec la participation au quotidien d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, la MDA s'inscrit dans les autres pratiques relationnelles de ces deux organisations influentes dans le système local. Le dispositif est ainsi susceptible d'être intégré dans la plupart des projets en direction de la jeunesse dans le département du Sud.

Le développement des relations organisationnelles avec les médecins généralistes du département et avec les professionnels de l'Éducation nationale – les plus nombreux à orienter des jeunes vers la MDA – sont ainsi deux exemples qui montrent que les opportunités de partenariats formels suscitent de nouvelles pratiques de recours.

▷ Pour les médecins généralistes, les statistiques annuelles produites par la MDA montrent qu'ils sont progressivement plus nombreux chaque année à orienter des jeunes et des familles vers le dispositif (passant de 12 % à 17 % des orientations professionnelles entre 2016 et 2019).

Les discours formulés par les acteurs impliqués dans les instances de gouvernance de la MDA soulignent que les modalités de l'offre sont généralement appréciées, les

médecins généralistes valorisant la possibilité d'orienter sans prescrire – c'est-à-dire sans nécessité de prévenir, d'appeler ni d'écrire – vers un dispositif dédié aux adolescents et à leurs familles, qui peut les prendre en charge immédiatement en mettant à disposition des professionnels de la santé. Cependant, le caractère adapté d'une offre de prise en charge n'est pas suffisant pour que des professionnels s'en saisissent, encore faut-il que cette offre soit connue et valorisée.

L'augmentation des recours par les médecins généralistes peut alors vraisemblablement s'expliquer par l'évolution de leurs relations avec la collectivité et la psychiatrie infanto-juvénile, le conseil départemental de l'ordre des médecins ayant récemment été associé, d'une part, au protocole départemental des informations préoccupantes⁷ et, d'autre part, à la mise en place des services dits « réactifs pour adolescents en crise » dans chacun des trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Ces deux projets ont représenté des occasions de faire connaître la MDA, qui semble avoir bénéficié du renforcement des partenariats organisationnels. Par exemple la recherche du terme « adolescent » sur le moteur de recherche du site internet du conseil de l'ordre des médecins local donne désormais en première réponse un article présentant le dispositif.

► Pour les professionnels de l'Éducation nationale, l'explication des alliances historiques n'est pas suffisante, les nombreuses orientations vers la MDA n'émanant pas seulement des professionnels de la santé scolaire (seul service représenté dans le processus de création du dispositif).

Ici encore, les modalités de l'offre proposée à la MDA sont valorisées par les professionnels qui repèrent et orientent des jeunes en souffrance (professionnels de la santé scolaire, mais aussi de la vie scolaire, de l'enseignement, ou du service social en faveur des élèves), quelques-uns citant explicitement les accueils sans délai par une équipe dédiée, chargée d'évaluer les risques éventuels pour leur santé.

Ces pratiques d'orientations s'inscrivent alors non seulement dans le renouvellement spontané des expériences positives de partenariat entre des professionnels au contact direct des jeunes⁸, mais aussi dans des partenariats organisationnels

⁷ Article L226-3 du code de l'action sociale et des familles

⁸ À l'instar d'autres études menées sur d'autres publics et dans d'autres territoires [NEYRAND, 2004; RAVON, LAVAL, 2015], les discours des professionnels du département du Sud soulignent que les pratiques d'orientation sont influencées par les sensibilités personnelles et les relations interpersonnelles, basées sur des valeurs et des langages communs, des positionnements personnels et éthiques partagés. Ainsi les premières expériences d'orientation considérées comme positives sont renouvelées et les expériences considérées comme négatives ne le sont pas

historiques, la collectivité départementale en charge des collèges organisant ses interactions avec l'Éducation nationale.

Ainsi, avec son accès facilité à l'intranet des collèges, la collectivité communique régulièrement avec les équipes scolaires, les élèves et leur parents, relayant notamment l'offre de prise en charge à la MDA et diffusant systématiquement ses supports de communication. En outre, les rencontres entre professionnels sont facilitées, l'équipe de la MDA étant par exemple invitée aux réunions pluriannuelles des infirmiers scolaires et du service social en faveur des élèves, les professionnels des établissements scolaires étant quant à eux autorisés sans difficulté à venir visiter la MDA ou à y accompagner des élèves. De plus, les évolutions récentes des collaborations dans le cadre d'un projet départemental d'apprentissage de la laïcité et de la citoyenneté mobilisent la MDA, qui propose chaque année plusieurs actions collectives aux classes volontaires, toujours plus nombreuses.

À nouveau, cet exemple illustre que les relations organisationnelles influencent les pratiques d'orientations des professionnels qui interviennent au quotidien auprès des jeunes.

Si la MDA n'est pas un dispositif toujours bien connu des professionnels de la jeunesse et quelquefois considéré comme peu lisible et difficilement accessible, les exemples des médecins généralistes et des professionnels qui interviennent au sein des collèges et des lycées montrent pourtant qu'elle est susceptible de répondre à une demande, en proposant une réponse que ces acteurs de première ligne ne trouvent pas ailleurs.

Ainsi, ils peuvent appeler des spécialistes de l'adolescence quand ils ne savent justement pas quoi faire, pour des jeunes qui les inquiètent sans pour autant relever d'une orientation aux urgences ni d'une saisine des services de la protection de l'enfance. Ils peuvent adresser ces jeunes qui ne relèvent pas tout à fait d'une prise en charge sanitaire ou éducative à des professionnels sanitaires et éducatifs, qui les verront le jour même, sans nécessité de prévenir ni de prendre rendez-vous.

Un professionnel du monde scolaire illustre à la fois cette possibilité de recours à la MDA quand les intervenants sont démunis face à la souffrance des jeunes et l'importance de la dimension relationnelle dans les pratiques d'orientations :

« Une fois, une gamine qui s'effondre littéralement, que je vois par hasard [...] elle s'effondre dans mon bureau, mais littéralement en pleurs et elle ne s'arrêtera jamais de pleurer. Et là je suis très inquiet [...] J'ai

appelé d'abord toutes les autres personnes [les parents ne peuvent pas se déplacer, les professionnels de la santé scolaire et le médecin traitant ne répondent pas] [...] Et, je ne sais pas pourquoi, je pense à la maison des ados. J'appelle la maison des ados, ils me disent : "oui, venez, on vous attend". J'y vais avec la gamine, je lui dis : "écoute, il n'y a personne qui répond, on y va". [...] Et là, nous sommes reçus [par un professionnel socioéducatif puis un psychiatre] [...] En fait ça a été le cas princeps, je me suis dit : la maison des ados ils répondent toujours, l'après-midi même on peut y aller ils nous attendent, parce que c'est un accueil sans rendez-vous et ça c'est quand même assez magique »

L'intérêt des acteurs de première ligne pour l'offre proposée à la MDA s'inscrit alors nettement dans l'évolution des pratiques des professionnels de la jeunesse, qui portent davantage leur attention sur le temps présent de la prise en charge (plutôt que sur le devenir des jeunes) [RAVON, LAVAL, 2015] et donc sur l'expérience de la souffrance au moment où elle se manifeste.

Quand ils repèrent des jeunes en souffrance ou quand des adolescents ou des jeunes adultes leur demandent explicitement de l'aide pour affronter leur souffrance, la réponse rapide et pluridisciplinaire proposée par la MDA est valorisée.

Les notions de temporalité, d'intensité de la souffrance et de gravité de ses éventuelles conséquences sont alors mobilisées dans les discours de ces professionnels pour catégoriser les prises en charge.

Ils orientent les jeunes de façon privilégiée vers la MDA dans la perspective d'une réponse immédiate et de la prise en charge à moyen terme des souffrances qui ne relèvent pas de la maladie mentale ni des maltraitances familiales. Ils sont également susceptibles d'orienter vers la MDA pour déléguer l'évaluation de ces souffrances et l'éventuelle mise en œuvre de prises en charge traditionnelles à plus long terme, si nécessaire.

Les jeunes orientés vers la MDA par des professionnels de première ligne sont donc des jeunes qui vont mal, suffisamment pour inquiéter, pas assez pour envisager d'emblée de les orienter vers les dispositifs psychiatriques ou ceux du monde socioéducatif.

Les pratiques d'orientation sont donc influencées, non seulement par les représentations des professionnels relatives à l'offre proposée à la MDA et les partenariats formalisés, mais aussi par les représentations de la souffrance.

4.3 Catégorisations professionnelles de la souffrance et des besoins de prise en charge

Les représentations de la souffrance sont apparues comme une dimension centrale de la distinction entre les organisations du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse, à partir des prises de position des acteurs impliqués dans le débat public en amont du lancement du programme *maisons des adolescents*.

Appréhendée davantage par les uns comme le signe d'un trouble mental potentiel et plutôt par les autres comme un mal-être social, notamment en termes de difficultés familiales, d'épreuves scolaires, de ruptures relationnelles, de pauvreté ou de marginalité, la souffrance des jeunes et les manières de catégoriser les besoins de prise en charge différencient également les professionnels qui orientent vers la MDA à l'échelle du département du Sud.

Ces catégorisations s'inscrivent dans la distinction entre deux filières de prise en charge de la souffrance des jeunes, relativement exclusives l'une de l'autre : le sanitaire et le social. Les discours des professionnels illustrent la dichotomie entre ces deux filières et la concurrence, voire parfois la rivalité, qui peut exister entre le monde de la santé et le monde socioéducatif ou scolaire (même si plusieurs d'entre eux décrivent aussi les évolutions locales dans le travail à plusieurs, en particulier pour les jeunes dits « incasables » [BARREYRE, FIACRE *et al.*, 2008] ou « à difficultés multiples », qui obligent alors les professionnels à collaborer).

« Chacun sur son pré carré » ; « il y a le soin contre l'école » ; « on ne m'a pas invité » ; « on ne fait pas du tout le même travail » ; « on n'a pas la même approche quelquefois des choses » ; « c'est très compliqué de communiquer » ; « un dialogue qui n'existe pas » ; « on se demande ce qui a été fait » ; « il y a nous et vous, nous et eux... mais non, enfin oui et non, c'est pas nous et eux [...] c'est donc nous tous, mais ça, c'est pas possible » [Entretiens avec des professionnels du département]

Dans le contexte local de l'offre à destination des jeunes en souffrance, la MDA prend une place qui n'existait pas. Cette place laissée vacante est justement la place intermédiaire entre les prises en charge traditionnelles des filières sanitaires et sociales, le public de la MDA ne relevant strictement ni de l'une ni de l'autre. Quelques dossiers de notre corpus montrent par exemple que, lorsque les équipes de centres médico-psychologiques ou de la protection de l'enfance ont été sollicitées avant le recours à la MDA, les jeunes sont sur liste d'attente ou les prises en charge refusées.

Le public de la MDA se construit ainsi dans les marges des dispositifs psychiatriques et socioéducatifs du système local, les expériences de la souffrance des jeunes qui la fréquentent ne mobilisant pas les organisations traditionnelles et spécialisées du département. Les recours à la MDA sont influencés par les représentations d'une souffrance qui ne relèverait ni de besoins de soins ni de besoins de protection⁹.

Les pratiques de recours à la MDA selon les représentations de la souffrance et les catégorisations des besoins de prise en charge sont analysées en mobilisant les mondes des professionnels qui orientent.

La figure suivante illustre à nouveau la répartition des orientations vers la MDA, cette fois pour l'ensemble du corpus (les orientations par le réseau personnel ou la communication et les dossiers pour lesquels l'information n'est pas connue apparaissent désormais dans le graphique) et à partir de la catégorie des mondes des professionnels, construite pour la recherche.

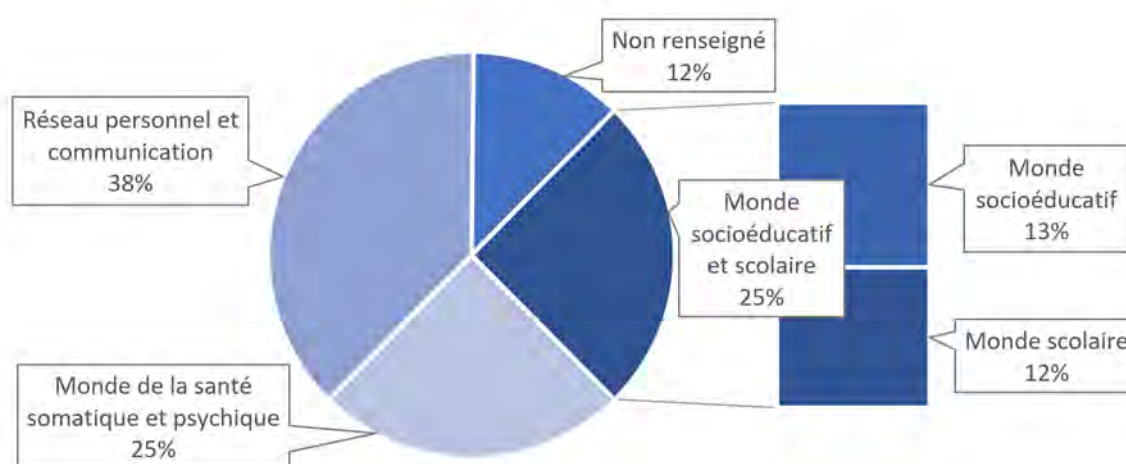


FIGURE 7 – Répartition (fréquences en %) des orientations vers la MDA selon les mondes professionnels

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

⁹ Nous n'oublions pas qu'il existe d'autres prises en charge moins traditionnelles, non protocolaires et éventuellement en concurrence avec la MDA pour capter le même type de public (notamment les points accueil écoute jeunes ou les clubs de prévention spécialisée), mais les données recueillies ne permettent pas de savoir si les professionnels trient les jeunes en souffrance pour les orienter vers la MDA ou vers d'autres dispositifs à bas seuil :

- l'essentiel des discours des professionnels et des données des dossiers portent sur la distinction entre les orientations vers la MDA, la psychiatrie infanto-juvénile ou la protection de l'enfance ;
- quand les professionnels évoquent leurs pratiques d'orientation vers le point accueil écoute jeunes ou les clubs de prévention, ces dispositifs sont alors sollicités pour leur mission de soutien à l'insertion sociale et professionnelle, il ne s'agit pas de récits de souffrances

En regroupant les professionnels du monde socioéducatif et ceux du monde scolaire, les orientations vers la MDA sont alors réparties de façon équilibrée entre le monde de la santé, somatique ou psychique, et le monde socioéducatif ou scolaire, qui représentent chacun la moitié des orientations faites par des professionnels (ces tendances ne peuvent pas être comparées avec les données produites par la MDA, qui n'informent pas sur les mondes des professionnels qui orientent).

Orientations par les professionnels du monde de la santé, somatique ou psychique

Pour rappel, cette catégorie regroupe les orientations vers la MDA (déclarées par les jeunes ou leur famille) faites par des médecins généralistes, des infirmiers scolaires, ou des professionnels du psychisme aux urgences, dans des centres médico-psychologiques, dans des services d'hospitalisation ou en libéral (75 jeunes sont concernés dans notre corpus).

Si les situations individuelles et les attentes pour les jeunes orientés sont toutes différentes, des tendances générales apparaissent de façon significative¹⁰.

En premier lieu, pour les professionnels du monde de la santé, la MDA représente une passerelle vers une consultation ou une prise en charge psychique.

Ainsi, de façon très significative (avec $p\text{-value} < 0,0005$) et pour plus de la moitié des jeunes orientés par ces professionnels, la MDA oriente à son tour vers un professionnel du psychisme (la plupart du temps un psychologue ou un psychiatre de la MDA, quelques fois vers des prises en charge à plus long terme, les jeunes étant alors orientés vers des associations, des professionnels libéraux ou vers les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile).

Quand les jeunes sont orientés par des professionnels du monde de la santé, il peut s'agir de situations supposées relever de la psychiatrie, telles que la formulation d'idées noires (35 % d'entre eux, soit 26 jeunes orientés par des professionnels du monde de la santé) et les tentatives de suicide (pour 8 de ces jeunes, avec $p\text{-value} < 0,01$) ou les troubles du comportement alimentaire, notamment l'anorexie (explicitement nommés dans les dossiers de 5 jeunes orientés par le monde de la santé).

¹⁰ Les paragraphes à suivre présentent les seules corrélations significatives au seuil de 5 % (soit $p\text{-value} < 0,05$), les seuils n'étant précisés que lorsqu'ils sont encore plus significatifs

- Soit ces indicateurs font partie des antécédents, les professionnels de la santé attendant alors une évaluation et une éventuelle prise en charge à la MDA quant au risque de suicide ou de récurrence des troubles ;
- Soit les jeunes sont orientés vers la MDA dans une perspective post-prise en charge sanitaire. Ainsi, dans le contexte local de l'offre en psychiatrie infanto-juvénile et en lien avec les recommandations nationales de bonnes pratiques¹¹, un protocole spécifique de prise en charge pour les jeunes suicidants a été élaboré¹² et un service d'hospitalisation est historiquement repéré pour la prise en charge des jeunes anorexiques¹³. Lorsque les jeunes sont ensuite orientés vers la MDA, elle est alors utilisée comme un dispositif de veille, quand les indicateurs de danger pour la santé sont moindres.

La présence massive et significative des discours qui mobilisent le registre de la peur dans les dossiers des jeunes orientés par les professionnels du monde de la santé (57 % d'entre eux, soit 43 jeunes, avec *p-value* < 0,001) montre que ces professionnels sont aussi attentifs au repérage des troubles anxieux et autres phobies.

Ils délèguent alors le diagnostic éventuel aux professionnels du psychisme de la MDA, considérés comme des spécialistes des troubles mentaux à cet âge de la vie.

Les professionnels du monde de la santé orientent également des jeunes vers la MDA à partir de consultations somatiques qui leur font supposer une souffrance psychique, c'est-à-dire quand les corps juvéniles les alertent sur une souffrance que les jeunes ne disent pas.

Plus de deux jeunes sur cinq orientés par ces professionnels se plaignent ainsi de douleurs corporelles diverses (43 % d'entre eux, soit 32 jeunes, avec *p-value* < 0,005).

Nous pouvons imaginer qu'au cours de consultations qui s'enchaînent dans les cabinets de la médecine de ville ou dans le bureau des infirmiers dans les établissements

¹¹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Paris, ANAES Service Recommandations professionnelles, 1998 ; Haute autorité de santé, *Anorexie mentale : prise en charge, Recommandations*, Saint-Denis La Plaine, HAS Service des bonnes pratiques professionnelles, juin 2010

¹² PINQUIER Anne, VIGNES Michel, « Des enfants dans l'urgence », *Empan*, vol.84, n° 4, 2011

¹³ Un rapport publié en février 2016 sur le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP du département du Sud indique que cette unité hospitalière « est devenue au fil des ans le service de référence pour l'anorexie mentale des mineurs »

Source : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – observatoire régional de la santé

scolaires, ces professionnels envisagent ici encore de sous-traiter l'évaluation de la souffrance et le diagnostic de troubles mentaux, ainsi que l'organisation éventuelle de leur prise en charge.

L'attention portée par ces professionnels à l'évocation de symptômes flous, sans cause somatique, répond alors aux attentes de l'action publique quant au repérage de la souffrance et à la « *clinique des petits signes* »¹⁴.

Par ailleurs et dans un autre registre, les professionnels du monde de la santé orientent des jeunes vers la MDA quand ils s'inquiètent de leur isolement social.

Il est ainsi significatif qu'un jeune sur trois orientés par le monde de la santé se retirent de la scène sociale, en particulier de la scène scolaire. Ils restent chez eux, quelques-uns ne sortent plus de leur maison voire de leur chambre (33 % des jeunes orientés par le monde de la santé, soit 26 jeunes, avec *p-value* < 0,005) et un nombre non négligeable n'ont pas d'amis, sont seuls ou se sentent seuls (25 %, soit 19 jeunes).

Le monde scolaire est ainsi associé pour certains jeunes à l'échec ou à la peur de ne pas réussir dans leur scolarité, notamment au moment des évaluations ou des décisions d'orientation (23 % des jeunes orientés par le monde de la santé, soit 17 jeunes, avec *p-value* < 0,01), pour d'autres à l'expérience de la violence dans les interactions (16 % de ces jeunes se déclarant victimes de harcèlement scolaire, soit 12 jeunes).

Les orientations vers la MDA tendent alors à montrer que les professionnels du monde de la santé sont démunis dans leurs pratiques face aux expériences juvéniles de l'isolement, des enjeux de la réussite sociale ou de la violence subie.

Confrontés non seulement à la crainte d'une pathologie mentale sous-jacente (par exemple une phobie ou la dépression) mais aussi au rapport négatif à soi et aux dimensions interactionnelles de ces expériences juvéniles de la souffrance sociale, un nombre non négligeable de professionnels du monde de la santé, somatique ou psychique, font appel à la MDA.

Le caractère mixte de l'équipe de ce dispositif – composé à la fois de professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile et de professionnels socioéducatifs – lui permet de répondre aux besoins de prise en charge qui s'inscrivent à la frontière entre les deux représentations de la souffrance, associée à la santé mentale ou au mal-être social.

¹⁴ Haut comité de la santé publique, 2000, *op.cit.*

Enfin, il faut souligner que les professionnels du monde de la santé, somatique ou psychique, s'appuient de façon très majoritaire sur les familles pour organiser l'orientation vers la MDA.

Pour près de trois jeunes sur quatre (73 % des jeunes orientés par le monde de la santé), la famille est présente dès la première venue, venant seule (pour 15 jeunes) ou amenant leur adolescent (pour 40 jeunes).

Le plus souvent, il s'agit de parents qui travaillent (pour 76 % des jeunes orientés par le monde de la santé, au moins un des deux parents travaillent et pour 49 %, les deux parents travaillent). De façon significative, les mères sont employées¹⁵ (pour 31 %, soit 23 jeunes, les métiers des mères sont catégorisés en Pcs 5) ou les pères sont artisans, commerçants ou chefs d'entreprise (pour 9 jeunes, les métiers des pères sont catégorisés en Pcs 2). Certes, pour ces derniers les effectifs sont faibles, toutefois ils représentent 56 % de l'ensemble des pères artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, qui suivent alors les conseils de professionnels de la santé quand ils viennent à la MDA (avec *p-value* < 0,01).

Un infirmier du service de la santé scolaire illustre cet appui sur les familles : *« Moi quand je suis inquiet je passe par les parents, je le dis au jeune hein, je ne le fais jamais derrière son dos, je lui dis : "écoute, là moi je trouve que tu ne vas pas bien, je suis inquiet et je pense que je vais en informer tes parents". Au départ c'est : "non, non, non, je ne veux pas, ils vont s'inquiéter". Mais après ils admettent que...voilà. Et puis après ça entraîne un dialogue entre les parents et l'ado, ça peut faire avancer les choses. [...]*

Oui, oui, [des parents] il y en a qui viennent, ou qui me demandent de me rencontrer. Il y en a qui m'appellent aussi pour me demander des adresses, me demander des orientations qui seraient souhaitables »

Ces quelques corrélations statistiques montrent que pour les professionnels du monde de la santé, somatique ou psychique, la souffrance orientée vers la MDA est à la fois psychique, physique et sociale, mais il s'agit surtout d'une souffrance dont les conséquences en termes de trouble mental sont difficiles à évaluer.

Les représentations de la souffrance sont ainsi nettement associées à la santé mentale, en particulier au suicide, à l'anorexie, aux phobies ou encore à la dépression.

¹⁵ Les métiers déclarés des parents sont traduits en professions et catégories socioprofessionnelles des emplois (Pcs) à partir du module de recherche dans la nomenclature proposé par l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017>

Quand ils ne sont pas sûrs de l'existence ou de l'actualité des troubles, les professionnels du monde de la santé orientent vers la MDA, qui dispose de médecins spécialistes de l'adolescence, susceptibles d'évaluer pour eux le risque de développement de la maladie mentale ou les risques de récurrence.

Leurs orientations concernent également les jeunes dont les conduites de retrait social, les expériences de la violence de l'échec scolaire inquiètent, sans permettre aisément d'organiser des consultations spécialisées. La prise en charge à la MDA permet alors d'accéder à une évaluation à la fois sanitaire et socioéducative, sans délai ni prescription médicale, accessible aux jeunes mais aussi aux familles, avec ou sans leurs adolescents.

D'ailleurs, même sans connaître la proportion des orientations qui seraient restées sans suite, il est notable que dès lors que les professionnels du monde de la santé orientent vers la MDA, les familles suivent leurs conseils, validant ainsi la perception de la souffrance comme relevant de la santé (voire de la maladie) mentale.

En conclusion, la MDA est perçue par les professionnels du monde de la santé comme un dispositif souple, facilement accessible pour les jeunes et leurs familles et susceptible de prendre en charge les souffrances avant tout psychiques, mais aussi sociales. Avec son équipe mixte, la MDA permet d'accéder à des consultations psychiatriques spécialisées tout en envisageant des transitions vers le monde socioéducatif.

La MDA est ainsi considérée comme un dispositif intermédiaire entre les deux filières, sanitaire et sociale, permettant d'organiser les relais vers elles si nécessaire, mais surtout susceptible de prendre lui-même en charge les souffrances ne relevant pas clairement d'une filière ou de l'autre.

Orientations par les professionnels des mondes socioéducatif et scolaire

Pour rappel, cette catégorie regroupe les orientations vers la MDA (déclarées par les jeunes ou leur famille) faites par différents travailleurs sociaux et éducatifs, conseillers en insertion, enseignants et membres des équipes de vie scolaire des collèges et lycées du département du Sud (76 jeunes sont concernés dans notre corpus).

La diversité de leurs secteurs d'intervention et de leurs pratiques explique vraisemblablement la difficulté à mettre en évidence des tendances générales¹⁶, mais quelques-unes existent.

¹⁶ Les paragraphes à suivre présentent à nouveau les seules corrélations significatives au seuil de 5 % (soit p -value < 0,05), les seuils n'étant précisés que lorsqu'ils sont encore plus significatifs

Pour les jeunes orientés vers la MDA par les professionnels des mondes socioéducatif et scolaire, le traitement statistique des données recueillies dans les dossiers fait ainsi apparaître quelques régularités quant aux configurations familiales et aux conditions matérielles de vie.

- Ces jeunes sont significativement concernés par l'absence d'un parent (26 % d'entre eux n'ont plus de contact avec l'un ou l'autre de leurs parents, incarcéré, inconnu, refusant les relations avec leur adolescent ou leur adolescent refusant les relations avec lui, soit 20 jeunes, avec *p-value* < 0,01);
- De façon majoritaire (même si les corrélations ne sont pas significatives), ces jeunes vivent avec l'un ou l'autre de leurs parents, qui ne vivent pas ensemble (pour 71 % d'entre eux, soit 54 jeunes, les parents sont seuls, veufs ou séparés, éventuellement en nouvelle union);
- Même si les effectifs sont faibles, il est significatif que les mères ne travaillent pas (pour 21 % des jeunes orientés par le monde socioéducatif ou le monde scolaire, soit 16 jeunes), voire qu'aucun des deux parents ne travaille (13 %, soit 10 jeunes);
- Quand les parents travaillent, même si les effectifs sont encore plus faibles, ils sont significativement ouvriers (pour 7 jeunes, les métiers des parents sont catégorisés en Pcs 6, ce qui représente 54 % de l'ensemble des jeunes dont les parents sont ouvriers).

Au regard des métiers des parents (rapportés aux groupes socioprofessionnels constitués par l'INSEE) et des mondes des professionnels qui orientent, les pratiques de recours à la MDA sont nettement différenciées.

Une catégorie est construite pour la recherche, afin d'analyser la répartition des orientations en retenant les groupes socioprofessionnels « les plus élevés parmi les deux parents ». Quelques remarques méthodologiques sont donc nécessaires pour présenter cette catégorie et la hiérarchie retenue.

MÉTHODOLOGIE – CATÉGORIES D'ANALYSE

GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL LE PLUS ÉLEVÉ PARMIS LES DEUX PARENTS

Les dossiers individuels de la MDA donnent accès aux métiers déclarés des parents, tels qu'ils sont nommés par les jeunes ou par les parents eux-mêmes. Ils sont traduits dans la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (Pcs) à partir du module de recherche proposé par l'INSEE (quand le métier déclaré n'est pas référencé en tant que tel, la première proposition du module de recherche est retenue).

...

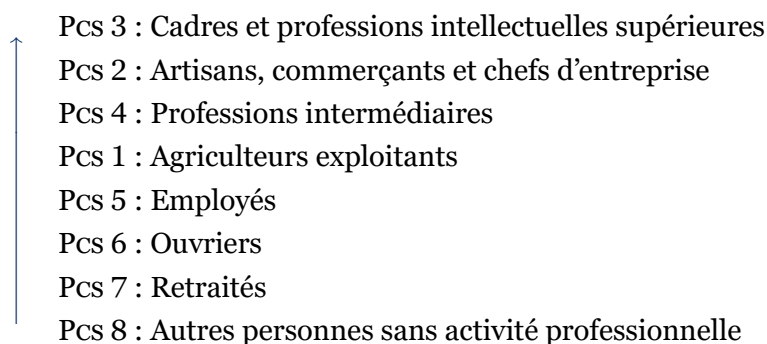
...

Les analyses statistiques habituelles retiennent le plus souvent les métiers des pères comme indicateurs de la situation sociale des jeunes ou des familles, notamment comme indice des conditions matérielles de vie ou de la position supposée des individus dans la hiérarchie sociale.

Cette importance donnée de façon privilégiée aux métiers des pères n'apparaît pas pertinente pour cette recherche pour au moins deux raisons :

- les métiers des pères sont majoritairement non renseignés dans notre corpus, alors que ceux des mères sont plus souvent connus ;
- quand les parents ne sont pas en couple, la plupart des jeunes vivent avec leur mère, seule ou en nouvelle union.

Une hiérarchie des Pcs est donc construite pour les analyses statistiques, illustrée par le schéma ci-dessous. Les Pcs (à partir des métiers déclarés) des deux parents sont pris en compte, puis « la plus élevée des deux » dans cette hiérarchie est retenue.



À partir de cette hiérarchie des groupes socioprofessionnels, quand les métiers d'au moins un des parents sont connus :

- pour 45 % des jeunes, la profession de la mère relève d'un groupe socioprofessionnel « supérieur » à celui du père ;
- pour 26 %, le père relève d'un groupe « supérieur » à celui de la mère ;
- pour 28 %, le père et la mère relèvent du même groupe.

La figure ci-contre illustre la répartition des groupes socioprofessionnels les plus élevés parmi les deux parents selon les mondes des professionnels qui orientent vers la MDA.

Ainsi, plus on s'élève dans la hiérarchie sociale, plus les jeunes et les familles suivent les conseils de professionnels du monde de la santé ; tandis que pour les métiers moins valorisés, les jeunes et les familles suivent bien davantage les préconisations formulées par des professionnels du monde socioéducatif ou du monde scolaire.

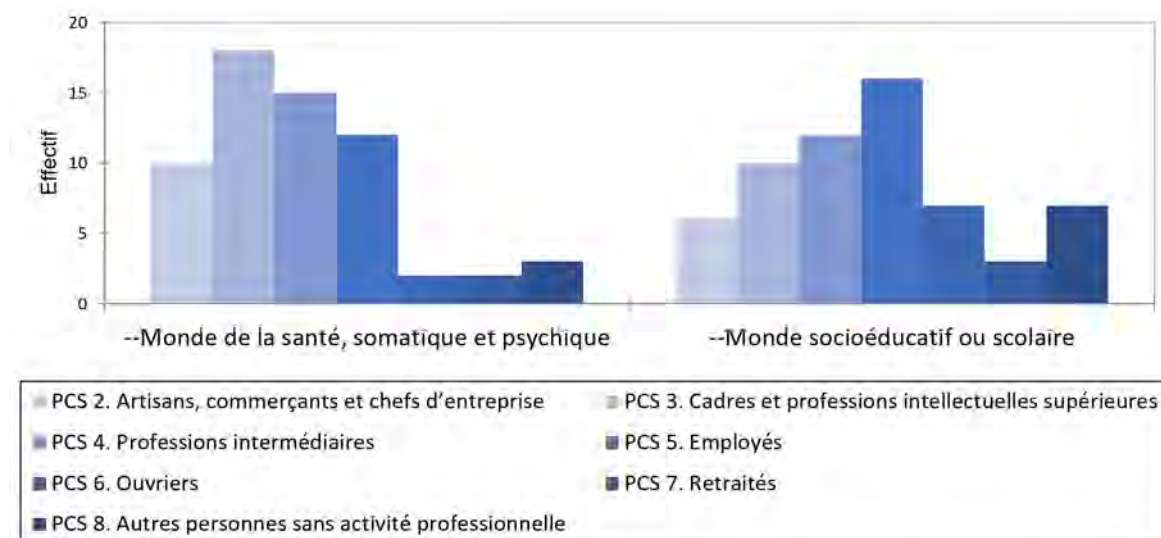


FIGURE 8 – Répartition (en effectifs) des groupes socioprofessionnels les plus élevés parmi les deux parents, selon le monde des professionnels qui orientent vers la MDA

Champ : Corpus réduit aux seuls jeunes orientés par un professionnel et dont la situation professionnelle d'au moins un des deux parents est connue ($N = 123$)

Notes :

- Effectifs des jeunes orientés par le monde de la santé, dont la situation professionnelle d'au moins des deux parents est connue ($N = 62$ jeunes)
- Effectifs des jeunes orientés par le monde socioéducatif ou scolaire, dont la situation professionnelle d'au moins des deux parents est connue ($N = 61$ jeunes)
- La Pcs 1. Agriculteurs exploitants n'apparaît pas dans le graphique puisqu'elle n'est pas représentée dans ce corpus réduit

Pour mieux comprendre les représentations de la souffrance et la catégorisation des besoins de prise en charge pour les professionnels des mondes socioéducatif et scolaire, les traitements statistiques nécessitent de les distinguer.

Les effectifs sont alors faibles, ce qui oblige à interpréter les analyses avec précaution. Néanmoins, des corrélations significatives apparaissent et permettent de comprendre les pratiques d'orientations, pour des souffrances majoritairement considérées comme relevant du mal-être social.

En premier lieu, les jeunes orientés par des professionnels du seul monde socioéducatif (41 jeunes sont concernés) vivent des interactions sociales marquées par la violence.

- De façon très significative, ils décrivent des violences subies, physiques ou verbales, dans leur famille (pour 14 jeunes, dont 7 pour lesquels il s'agit de violences physiques portées par les parents, avec $p\text{-value} < 0,005$) et ils sont victimes de violences physiques dans diverses scènes de la vie quotidienne (en famille, mais

aussi avec leurs pairs à l'école ou dans leur quartier, pour 14 jeunes).

La MDA est alors perçue comme un lieu d'évaluation voire d'organisation de la prise en charge de la maltraitance, notamment en matière de soutien à apporter aux jeunes victimes ;

- Même si les effectifs sont alors encore plus faibles, il est notable que pour les seules orientations par les assistants sociaux (22 jeunes sont concernés, ces professionnels exerçant le plus souvent pour le service social en faveur des élèves ou pour des services sociaux polyvalents), les jeunes sont eux-mêmes décrits dans les dossiers de la MDA comme agressifs (10 jeunes) ou violents (11 jeunes).

Pour ces professionnels habitués à l'évaluation de la maltraitance sur les mineurs ¹⁷, la MDA est donc aussi perçue comme un lieu susceptible de soutenir les familles, prises dans des interactions violentes réciproques, ou d'aider les jeunes eux-mêmes à s'apaiser dans leurs relations avec les autres.

Ensuite, quand les jeunes sont orientés par des professionnels du seul monde scolaire (35 jeunes sont concernés), quelques caractéristiques peuvent être repérées :

- les questions du sens donné à la scolarité sont fréquentes (23 jeunes), les jeunes étant présentés comme peu ou pas motivés, ou en difficulté pour se projeter dans la suite de leur scolarité et définir leur orientation ;
- les corps juvéniles sont presque systématiquement en jeu dans les orientations vers la MDA (27 jeunes décrivent diverses manifestations incontrôlées de leur corps, notamment la prise ou la perte de poids pour 12 jeunes ; 4 jeunes présentent une différence corporelle décrite comme notable).

Les professionnels du monde scolaire semblent donc se préoccuper majoritairement d'une souffrance psychique diffuse. Les jeunes qu'ils orientent vers la MDA sont ceux qui ne disent pas clairement leur souffrance, mais qui la manifestent au travers de leurs corps (ainsi que, dans une moindre mesure et logiquement pour ces professionnels de l'école, au travers de leur faible implication dans la scolarité).

Pour les professionnels du monde socioéducatif ou du monde scolaire, la souffrance est certes psychique, mais elle est surtout inscrite dans les interactions sociales et dans les corps, quand les jeunes sont victimes de violences, quand ils sont eux-mêmes violents ou quand leurs corps signalent un mal-être.

¹⁷ Voir notamment : SERRE Delphine, « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. Des professionnelles divisées », *Déviance et Société*, vol.34, n° 2, 2010

Ces professionnels ont recours à la MDA pour des souffrances qui les préoccupent, sans relever des prises en charge sanitaires ou sociales traditionnelles. À nouveau, il apparaît que la MDA est sollicitée en tant que dispositif intermédiaire, quand la souffrance n'est pas suffisamment grave pour entraîner un signalement ou une hospitalisation par exemple, mais suffisamment inquiétante pour nécessiter une évaluation complémentaire voire une prise en charge.

Par exemple, un professionnel du monde socioéducatif décrit la situation d'un jeune garçon âgé de 17 ans, orienté vers la MDA avec une demande d'évaluation pluridisciplinaire : « *[Toutes les semaines] il est devant ma porte "j'aime pas parler, j'aime pas les psys, j'aime pas parler de moi, j'aime pas raconter ma vie et puis je ne saurai pas quoi lui dire". Bon. [...] En parallèle je commence un travail avec la famille, mais tout ça, c'est en dehors de la souffrance. [...] Il pleure maintenant tout le temps [et il me dit] qu'il tape contre les choses, il me raconte ça, il s'est fait mal, et en effet il y a un entretien où il va se lever de mon bureau, pas n'importe quel entretien, un entretien avec son père, il y avait le père qui était là, il tape dans l'armoire de mon bureau et puis il continue dans les murs [...] Et il accepte qu'on aille à la maison des ados »*

En conclusion, les orientations vers la MDA concernent la plupart du temps des souffrances qui ne relèvent pas des dispositifs traditionnels et spécialisés de la filière sanitaire ou de la filière sociale mais qui inquiètent les professionnels de première ligne, croisés le plus souvent par les jeunes dans les mondes qu'ils traversent au quotidien ou dans des dispositifs de droit commun.

Des distinctions apparaissent dans les pratiques de recours selon le monde des professionnels qui orientent, associées à leurs représentations de la souffrance et à leur catégorisation des besoins de prise en charge.

Sans prétendre à la généralisation de ces représentations dans l'ensemble de ces mondes professionnels, construits pour leur intérêt statistique et dans le seul objectif de repérer quelques tendances qui participent à la construction du public de la MDA, il apparaît que :

- les professionnels du monde de la santé, somatique et psychique, orientent plus souvent des souffrances qui font craindre des troubles mentaux ;
- les professionnels du monde socioéducatif ou scolaire orientent plus souvent des souffrances inscrites dans les corps ou dans la conflictualité voire la violence des interactions.

Les représentations professionnelles de la souffrance des jeunes et les attentes de prise en charge apparaissent donc inscrites dans les pratiques habituelles des acteurs (les médecins s'inquiètent de la maladie, les professionnels socioéducatifs s'inquiètent des interactions sociales, les équipes scolaires s'inquiètent de la scolarité).

Néanmoins, certaines expériences de la souffrance les confrontent aux limites de leurs compétences et l'inquiétude pour les éventuelles évolutions négatives et les conséquences de la souffrance génère des attentes de prise en charge.

Les orientations auprès d'une équipe dédiée aux adolescents, composée de professionnels issus des mêmes mondes (les professionnels de la santé sont en attente de consultations médicales, les professionnels socioéducatifs sont en attente d'une évaluation socioéducative) tout en bénéficiant de la présence des professionnels issus des autres mondes, montrent alors à la fois la permanence de la dichotomie entre les filières sanitaires et sociales et les attentes d'une prise en charge mixte et intermédiaire entre ces deux filières.

Au regard de l'histoire de la MDA, de ses relations partenariales avec les autres organisations locales de la jeunesse, des modalités de l'offre qu'elle propose et des pratiques d'orientation vers elle, nous avançons encore dans la compréhension des caractéristiques de son public.

La MDA apparaît ainsi comme un dispositif susceptible de prendre en charge des souffrances qui prennent place dans les marges laissées vacantes par les prises en charge traditionnelles et spécialisées.

4.4 Inégalités territoriales des pratiques de recours à la MDA

L'adjectif « local » a souvent été utilisé pour différencier les débats publics à l'échelle nationale et les mobilisations des intervenants de la jeunesse à l'échelle des territoires.

Il faut à présent souligner que ce qualificatif masque la grande variété des espaces et des échelles de l'intervention en direction de la jeunesse dans le département du Sud, tant sa dynamique géographique est hétérogène¹⁸.

La dimension territoriale des pratiques de recours permet à son tour de comprendre les expériences de la souffrance effectivement prises en charge à la MDA.

¹⁸ Sources : INSEE, Recensement de la population 2017 ; Direction départementale des territoires, Atlas [département du Sud], 2014 et nos calculs

Trois catégories de lieux de résidence sont construites pour la recherche, présentant des effectifs homogènes et suffisants pour permettre de différencier ces pratiques entre elles, de façon statistiquement significative.

MÉTHODOLOGIE – CATÉGORIES D'ANALYSE LIEUX DE RÉSIDENCE

Les différences territoriales en termes de distance géographique et de possibilités de transport jusqu'à la MDA ont guidé la délimitation de ces trois zones.

▷ La « ville métropolitaine » regroupe les jeunes ou les familles déclarant une adresse dans la ville ;

▷ La « périphérie de la ville métropolitaine » regroupe les jeunes ou les familles déclarant une adresse dans l'une des vingt-huit communes inscrites dans une continuité urbaine avec la ville métropolitaine – les limites entre les communes étant alors seulement administratives.

Sur cette zone géographique, la ville métropolitaine s'étend en effet d'un seul tenant en termes de bâti, les habitants de la périphérie pouvant sans difficulté se percevoir comme des habitants de la ville métropolitaine, même s'ils habitent un peu plus loin (la distance à la ville métropolitaine ne dépassant pas vingt kilomètres). En outre, ces vingt-huit communes sont desservies par une ou plusieurs modalités de transports en commun quotidiens, proposées par la régie de transport locale (métro, tramway, bus, navettes) ;

▷ Le « reste du département » regroupe les jeunes ou les familles déclarant une adresse qui n'est ni dans la ville métropolitaine, ni dans sa périphérie (dans de rares situations, il peut s'agir de jeunes qui résident hors département, dans des zones limitrophes).

Cette catégorie géographique est la moins homogène et la plus vaste (elle couvre 80 à 90 % du département), elle représente 557 communes (sur les 586 du département). Elle est constituée de vallées et de zones de montagne, de petites unités urbaines (deux d'entre elles regroupent 15 à 18 000 habitants), de quelques communes assez denses (en nombre d'habitants par km²) et de nombreuses communes rurales (quatre cent dix-sept communes regroupent moins de 1 000 habitants).

Néanmoins, dans un département qui concentre la majeure partie de sa population et de son activité économique autour de la ville métropolitaine, les communes de cette zone géographique hétérogène ont justement en commun de ne pas être à proximité.

Le découpage du département selon ces trois catégories de résidence est illustré par la carte suivante. La « ville métropolitaine » (en bleu sur la carte) et toutes les communes de la « périphérie de la ville métropolitaine » (en vert) sont représentées dans notre corpus des dossiers individuels de prise en charge à la MDA. Le détail des communes où résident les jeunes de notre corpus quand ils sont domiciliés dans le « reste du département » est présenté (en jaune).

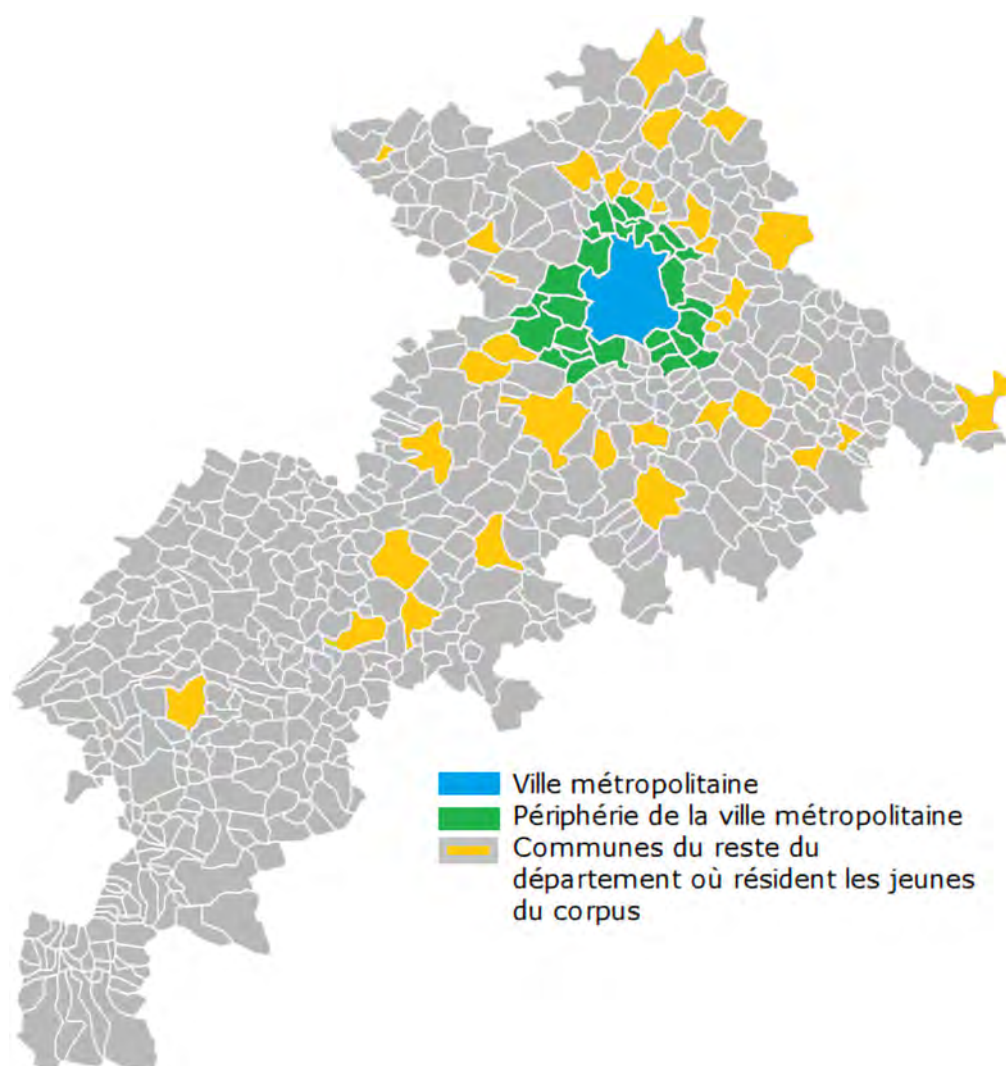


FIGURE 9 – Répartition des communes de résidence en trois zones géographiques : la ville métropolitaine, la périphérie de la ville métropolitaine et le reste du département

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

La répartition du public de la MDA selon la catégorie du lieu de résidence déclaré (pour notre corpus en 2017 et à partir des données produites par le dispositif la même année¹⁹), comparée avec la répartition de la population départementale pour les individus âgés de 11 à 21 ans (à partir des données issues du recensement en 2016), est présentée dans le tableau ci-contre.

¹⁹ Seules les proportions de la répartition des lieux de résidence sont accessibles dans les statistiques annuelles, les effectifs annuels ne sont pas connus (le dispositif produit des effectifs mensuels, cumulés pour les données annuelles, comptant donc les jeunes plusieurs fois s'ils viennent plusieurs mois dans l'année). Toutefois, cette répartition menée à l'échelle des communes du territoire départemental permet de comparer les données produites par la MDA avec celles de notre corpus

	Département Recensement 2016		MDA Statistiques 2017		Notre corpus Recueil de données 2017		
	Effectifs	Proportion de la population générale	Fréquence	Écarts de fréquence avec la population départementale	Effectifs	Fréquence	Écarts de fréquence avec la population départementale
Ville métropolitaine	78 139	40,46 %	52,60 %	+ 12,14	157	51,99 %	+ 11,5
Périphérie de la ville	41 772	21,63 %	19,96 %	- 1,67	66	21,85 %	+ 0,2
Reste du département	73 217	37,91 %	27,44 %	- 10,47	67	22,19 %	- 15,7
Non renseigné	–	–	–		12	3,97 %	
Total	193 128	100 %	100 %		302	100 %	

TABLE 2 – Répartition des jeunes âgés de 11 à 21 ans selon leur lieu de résidence (population départementale, statistiques produites par la MDA, statistiques produites pour la recherche)

Sources : INSEE RP2016 exploitation principale ; rapport d'activité 2017 de la MDA ; notre corpus et nos calculs

Cette comparaison permet de confirmer que la catégorisation en trois zones géographiques (résider dans la ville métropolitaine, à sa périphérie ou dans le reste du département) est pertinente, non seulement pour analyser les pratiques de recours à la MDA, mais aussi en termes démographiques.

- D'une part, le lieu de résidence à la périphérie de la ville métropolitaine est mis en exergue, puisqu'il regroupe un nombre de jeunes, certes minoritaire à l'échelle du département comme du dispositif, mais non négligeable.

Ainsi, tant pour la population départementale que parmi les jeunes en souffrance pris en charge à la MDA, un jeune sur cinq réside dans l'une des communes à proximité de la ville centrale ;

- D'autre part, les écarts entre les proportions pour la population jeune du département et pour le public du même âge qui fréquente la MDA montrent nettement que le dispositif recrute son public de façon inégale selon son lieu de vie.

Les jeunes qui habitent loin de la ville métropolitaine ou les professionnels qui interviennent dans les territoires les plus éloignés font peu appel à la MDA, tandis que les jeunes qui vivent à proximité du dispositif y ont recours plus facilement.

Quelques caractéristiques de ces trois zones géographiques sont présentées, pour montrer leurs différences en matière d'organisation de l'offre de prise en charge et de pratiques de recours à la MDA.

Selon où ils habitent et de façon significative²⁰, les jeunes (ou les familles) qui viennent à la MDA n'ont pas le même âge, ne vivent pas dans les mêmes configurations familiales ni avec les mêmes niveaux de vie (pour être plus précis : les parents n'exercent pas des professions des mêmes catégories socioprofessionnelles) et ne demandent pas une aide pour les mêmes expériences de la souffrance.

La ville métropolitaine

La ville métropolitaine affiche un fort développement démographique et économique, lequel ne se limite d'ailleurs pas aux frontières municipales²¹.

Elle est la quatrième ville de France en termes de population selon le dernier recensement de l'INSEE ; elle présente une attractivité démographique forte, principalement due à l'arrivée de nouveaux habitants ; elle se caractérise aussi par une forte population étudiante. En outre, elle se classe parmi les pôles d'emploi européens les plus dynamiques en matière d'activité.

Cette ville métropolitaine concentre à la fois une part importante de la population des jeunes du département ainsi que l'offre de prise en charge à leur intention, tant publique, qu'associative ou libérale.

Elle se caractérise ainsi par la profusion de l'offre disponible, qui est cependant décrite par les professionnels comme faiblement coordonnée, d'autant plus que cette offre est dynamique, chaque organisation de la jeunesse faisant régulièrement évoluer ses pratiques et les modalités de sa prise en charge, par exemple en modifiant la composition de ses équipes, en ciblant de nouveaux publics ou en changeant les modalités de son action. Par exemple, des consultations spécialisées à destination des jeunes transsexuels, des prises en charge collectives pour des jeunes déscolarisés ou des ateliers de sophrologie se sont récemment organisées ou développées.

Plusieurs éléments statistiquement significatifs caractérisent le public des jeunes métropolitains et leurs pratiques de recours à la MDA.

²⁰ Les paragraphes à suivre présentent les seules corrélations significatives au seuil de 5 % (soit $p\text{-value} < 0,05$) entre le lieu de résidence et les autres indicateurs construits pour la recherche, les seuils n'étant précisés que lorsqu'ils sont encore plus significatifs

²¹ Sources : INSEE Analyses (pour la région incluant la ville métropolitaine), 2015, 2020

- Parmi les jeunes les plus âgés dans l'ensemble du public, la plupart vivent dans la ville métropolitaine (plus d'un jeune sur cinq qui vivent dans la ville métropolitaine sont âgés d'au moins 18 ans ; presque deux jeunes sur trois âgés d'au moins 18 ans vivent dans la ville métropolitaine) ;
- Parmi les jeunes demandeurs d'emploi, non scolarisés, qui viennent à la MDA (même s'ils sont peu nombreux, seulement 22 jeunes sont concernés dans notre corpus de plus de 300 jeunes), presque tous sont domiciliés dans la ville métropolitaine ;
- Pour presque la moitié de ces jeunes, les parents sont séparés ;
- Quand les parents travaillent, ils sont employés (pour un jeune sur quatre vivant dans la ville métropolitaine, les métiers des mères ou des pères sont catégorisés en Pcs 5) ;
- La plupart des jeunes qui vivent dans la ville métropolitaine sont présents au moment du premier accueil à la MDA (presque trois jeunes sur quatre), qu'ils viennent seuls ou accompagnés de leur famille ;
- Lors de ce premier entretien avec le référent de la MDA, une proportion non négligeable d'entre eux demandent explicitement à rencontrer un professionnel du psychisme (un jeune métropolitain sur quatre, avec $p\text{-value} < 0,005$) ;
- Leurs dossiers de prise en charge à la MDA décrivent des expériences de la souffrance psychique (pour 58 % des jeunes qui vivent dans la ville métropolitaine, décrivant notamment la tristesse et la peur) ;
- Les dossiers signalent également des expériences de la souffrance physique, en particulier des attaques de leur propre corps (pour 18 % de ces jeunes, qui se scarifient ou se blessent délibérément).

La périphérie de la ville métropolitaine²²

Les vingt-huit communes catégorisées comme la périphérie de la ville métropolitaine regroupent une proportion non négligeable des jeunes âgés de 11 à 21 ans domiciliés sur le département.

Cette zone géographique est à la fois caractérisée par son accès facile à la ville métropolitaine à proximité (avec des réseaux développés de routes, de transports en commun, de pistes cyclables) et par la présence d'une offre de prise en charge

²² Pour définir cette zone, nous nous sommes appuyée sur les images satellites du territoire départemental. La « périphérie de la ville métropolitaine » regroupe dix-huit communes de l'établissement public de coopération intercommunale nommé « métropole » et composé de trente-sept communes, elle est intégralement contenue dans l'unité urbaine de la ville métropolitaine définie par l'INSEE, elle-même composée de quatre-vingt-trois communes

des jeunes en souffrance, certes moins fournie que dans la ville métropolitaine, mais largement accessible.

Nous disposons de peu d'informations quant à l'offre libérale et à la dynamique associative dans cette zone géographique, mais les organisations traditionnelles de la jeunesse réunissent de nombreux professionnels dans les mondes socioéducatif, scolaire et de la santé.

Ainsi, plusieurs services municipaux ou intercommunaux proposent une offre en matière de loisirs, d'insertion professionnelle ou de prévention de la délinquance²³. Une antenne ou une permanence de la mission locale départementale est organisée dans près de deux communes sur trois. Cette zone géographique regroupe à elle seule 25 % de la totalité des collèges publics et privés du département et 15 % de la totalité des lycées publics et privés, les établissements publics disposant tous de professionnels du service social en faveur des élèves et de la santé scolaire. Les médecins y sont nombreux (cette zone regroupe quelques centaines de médecins généralistes, quelques dizaines de pédiatres et de psychiatres, exerçant en libéral, dans le secteur public ou associatif). En outre, plusieurs services ambulatoires des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont installés sur ce territoire.

Quelques éléments statistiquement significatifs caractérisent le public des jeunes domiciliés à la périphérie de la ville métropolitaine et leurs pratiques de recours à la MDA.

- Près de la moitié sont collégiens, en particulier scolarisés en classe de troisième (près d'un jeune sur cinq vivant à la périphérie de la ville métropolitaine est scolarisé en troisième);
- Leurs dossiers de prise en charge à la MDA décrivent des expériences de la conflictualité dans les interactions entre les jeunes et leurs parents (pour près de deux jeunes sur trois qui vivent à la périphérie de la ville métropolitaine);
- Les parents expriment leur épuisement dès le premier accueil à la MDA (pour 11 % de ces jeunes);

²³ Cette offre a vocation à se développer, puisque l'établissement public de coopération intercommunale associé à la ville métropolitaine, dont une vingtaine de communes de cette zone font partie, est signataire de deux conventions récentes avec la collectivité départementale et l'État, visant notamment à « renforcer la prévention spécialisée [...] pour intervenir auprès des jeunes vulnérables » et à « offrir un accès à l'emploi à des jeunes en errance souvent sujets aux addictions » (ces objectifs sont formulés dans le communiqué de presse en date du 1^{er} avril 2019, relatif à la signature des conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi entre la métropole, le conseil départemental et l'État)

- Les dossiers signalent bien souvent des souffrances physiques, notamment les pertes ou les prises de poids incontrôlées (pour presque un de ces jeunes sur trois) et les violences physiques subies (pour un de ces jeunes sur quatre).

Le reste du département

Pour cette recherche le reste du département regroupe les territoires hors de la ville métropolitaine et des vingt-huit communes qui la prolongent, composés de forêts et autres zones naturelles, disséminées dans des espaces ruraux ou de montagne. Plus de la moitié du département du Sud est ainsi consacré à l'agriculture, sur des reliefs variés (plaines, coteaux et zones de montagne).

Les jeunes sont moins nombreux et l'offre de prise en charge est limitée. Quand elle existe, l'offre est concentrée dans les quelques villes de ce territoire.

Le plus souvent il s'agit d'associations qui organisent des animations ou des loisirs, ou encore de services communaux ou intercommunaux, essentiellement centrés eux aussi sur les loisirs ainsi que sur le soutien à la scolarité, quelques-uns disposant d'une aide à l'insertion professionnelle, d'autres de lieux d'accueil et d'écoute des jeunes ou des familles. De même, sur cette zone géographique vaste et hétérogène, quelques offres de prise en charge socioéducative, scolaire ou de santé, somatique ou psychique sont proposées, le plus souvent par des services publics (notamment pour les offres de psychiatrie infanto-juvénile et de protection de l'enfance) et par quelques médecins généralistes, ainsi que par des associations financées dans le cadre de la lutte contre les addictions²⁴.

Les organisations de la jeunesse présentes s'organisent alors en pôles réduits, ferment des annexes et des permanences, tentant ainsi de concilier la moindre demande sur ces territoires et la nécessité régulièrement affirmée par les représentants des organismes financeurs, les élus et les professionnels locaux de maintenir une offre de prise en charge en direction des jeunes sur l'ensemble du territoire départemental.

Quelques éléments statistiquement significatifs caractérisent le public des jeunes domiciliés hors de la ville métropolitaine ou de sa périphérie et leurs pratiques de recours à la MDA.

²⁴ Le département du Sud propose une offre de lutte contre les addictions sur l'ensemble du territoire et même si les centres de soins ne ciblent pas systématiquement les publics jeunes, la plupart proposent des interventions voire des permanences dans différents établissements scolaires

- Les jeunes sont rarement âgés de moins de 15 ans, il s'agit la plupart du temps de jeunes lycéens (pour plus de deux jeunes sur trois qui vivent dans le reste du département, dont près de la moitié en lycée professionnel, avec *p-value* < 0,005);
- Leurs parents sont significativement en couple (pour près de de la moitié de ces jeunes, avec *p-value* < 0,01);
- Les pères se déplacent dès la première venue à la MDA (pour plus d'un jeune sur quatre qui vivent loin de la ville métropolitaine) – ce qui est suffisamment rare dans les dispositifs de prise en charge de la jeunesse pour être souligné;
- Pour plus de la moitié de ces jeunes, les deux parents travaillent;
- Les pères exercent significativement des fonctions de cadres ou des professions intellectuelles supérieures (pour plus d'un de ces jeunes sur quatre, les métiers des pères sont catégorisés en Pcs 3, avec *p-value* < 0,01 – notons qu'en considérant les deux parents, la proportion des métiers des parents catégorisés en Pcs 3 passe à plus d'un jeune sur trois);
- Leurs dossiers à la MDA décrivent en particulier des expériences de la souffrance dans le monde scolaire, notamment associées à la compétition et à la sélection (pour 22 % des jeunes qui vivent dans le reste du département).

Inégalités territoriales du recours à la MDA

La population des jeunes âgés de 11 à 21 ans, nombreuse dans le département du Sud, est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. La ville métropolitaine et les communes périphériques concentrent à elles seules plus de 60 % des adolescents et des jeunes adultes, ces territoires, construits pour la recherche, représentant moins de 10 % de la superficie du département.

L'offre de prise en charge en direction de la jeunesse n'est pas tout à fait répartie selon les caractéristiques démographiques de ces trois zones géographiques. Qu'elle soit publique, associative ou libérale, l'essentiel de cette offre se concentre sur la ville métropolitaine et sa périphérie. La plupart des prises en charge traditionnelles des filières sanitaire et sociale sont toutefois présentes partout, les acteurs se mobilisant pour maintenir leurs offres dans les territoires éloignés de la zone métropolitaine.

Le tableau ci-contre illustre la répartition de diverses offres en direction de la jeunesse, selon les territoires construits pour la recherche.

		Ville métropolitaine		Périphérie de la ville métropolitaine		Reste du département		Ensemble du département
		Effectifs	Proportion de l'ensemble du département	Effectifs	Proportion de l'ensemble du département	Effectifs	Proportion de l'ensemble du département	
Médecins	Généralistes	1 035	43 %	443	18 %	941	39 %	2 419
	Pédiatres	167	71 %	43	18 %	26	11 %	236
	Psychiatres enfants ados	31	78 %	6	15 %	3	8 %	40
	Psychiatres	382	79 %	41	8 %	61	13 %	484
	Total	1 615	51 %	533	17 %	1031	32 %	3 179
Secteurs de psy. infanto-juvénile	CMP-CMPP	12	34 %	10	29 %	13	37 %	35
	Hôpital de jour	6	55 %	3	27 %	2	18 %	11
	Hospitalisation complète	3	75 %	–	–	1	25 %	4
	Total	21	42 %	13	26 %	16	32 %	50
Missions locales	Antennes	5	42 %	4	33 %	3	25 %	12
	Permanences	–	–	13	25 %	40	75 %	53
	Total	5	8 %	17	26 %	43	66 %	65
Éts scolaires	Collèges	36	31 %	29	25 %	51	44 %	116
	Lycées	38	47 %	12	15 %	31	38 %	81
	Total	74	38 %	41	21 %	82	42 %	197
Protection de l'enfance	Équipes ASE	11	29 %	9	24 %	18	47 %	30
	MECS, lieux de vie	12	41 %	–	–	17	59 %	29
	Total	23	34 %	9	13 %	35	52 %	67

TABLE 3 – Répartition des offres traditionnelles des filières sanitaire et socioéducative selon les territoires du département du Sud

Sources : Annuaire de l'Éducation nationale ; Annuaire du conseil national de l'ordre des médecins ; Diagnostic départemental en vue du projet territorial de santé mentale ; Sites internet des missions locales ; Annuaire de l'action sociale territoriale du département du Sud ; Officiel des lieux de vie ; et nos calculs

Notes : Pour faciliter la lecture, des sigles sont utilisés : ASE = aide sociale à l'enfance ; CMP = centre médico-psychologique ; CMPP = centre médico-psycho-pédagogique ; MECS = maison d'enfants à caractère social

La liste des professionnels et des organisations susceptibles d'être concernés par l'adolescence et la jeunesse n'est pas exhaustive et ne vise pas la représentativité. Il s'agit de montrer la présence sur l'ensemble du territoire départemental des offres traditionnelles des filières sanitaire et sociale, malgré leur déséquilibre avec la répartition des lieux de résidence des jeunes.

Le tableau met ainsi en exergue l'appropriation des objectifs des politiques publiques en direction des jeunes en souffrance par les organisations du département du Sud, en particulier celles du monde socioéducatif, qui tendent à « aller vers » les jeunes, ici en proposant une proximité géographique.

Au regard des disparités territoriales dans l'organisation de l'offre de prise en charge de la souffrance dans le département du Sud, les pratiques de recours à la MDA par les jeunes et les familles donnent alors de nouvelles indications sur la construction de son public.

En ce qui concerne les jeunes de la ville métropolitaine, ils sont les plus nombreux à recourir à la MDA, malgré une offre multiple et diversifiée à proximité.

Ils vivent le plus souvent dans des configurations familiales où les parents sont séparés et ne travaillent pas, ou travaillent en tant qu'employés. Beaucoup d'entre eux font appel à la MDA de façon autonome, ils viennent seuls et veulent rencontrer des professionnels du psychisme pour parler de leur mal-être ou de leur corps, qu'ils attaquent eux-mêmes.

Le dispositif a donc fait sa place dans le contexte concurrentiel de la métropole. Les pratiques de recours des jeunes métropolitains tendent ainsi à montrer que la MDA propose une offre qui n'existait pas.

- Ils sont nombreux à venir de façon spontanée, sans être orientés par d'autres professionnels (41 % des jeunes métropolitains disent avoir connu la MDA par ses outils de communication ou venir sur les conseils de leur réseau personnel) ;
- Un nombre non négligeable d'entre eux viennent seuls (sans leur famille et sans professionnel pour les accompagner) quand ils viennent la première fois (presque un jeune métropolitain sur quatre viennent seuls ou accompagnés d'un pair).

Il est impossible de savoir si ces jeunes, inconnus des autres dispositifs de prise en charge, auraient demandé de l'aide ailleurs ni s'ils auraient dépassé les expériences de la souffrance sans aucune intervention professionnelle.

Néanmoins, leur nombre relativement important conforte l'hypothèse que la MDA comble un vide dans l'offre du département du Sud, en s'adressant – comme prévu au

moment de sa création par les acteurs locaux – aux jeunes dont les souffrances ne relèvent d’aucune autre prise en charge existante dans le système local.

Si cette tendance est mise en lumière par le traitement statistique des dossiers des jeunes métropolitains, il faut souligner qu’elle existe pour l’ensemble des jeunes qui fréquentent la MDA, quel que soit leur lieu de résidence.

La part des jeunes et des familles qui ne sont pas orientés par des professionnels reste ainsi à peu près la même dans l’ensemble de notre corpus (38 %) et elle est encore plus importante au regard des statistiques annuelles produites par MDA, la moitié des jeunes étant considérés orientés par leur « *réseau personnel* », « *internet* » ou étaient déjà venus à la MDA (au total, les recours spontanés concernent 47 à 55 % du public selon les années, entre 2016 et 2019).

En ce qui concerne les jeunes résidant dans les communes périphériques de la ville métropolitaine, les pratiques de recours sont significativement motivées par les conflits au sein de la famille, au moment de l’entrée dans l’adolescence et de la scolarité au collège, et par l’expérience de la souffrance physique et d’un rapport difficile à leur corps, qu’ils n’arrivent pas à contrôler ou qui est attaqué par les autres.

Sur ce territoire, les jeunes et leur famille peuvent faire appel à différents professionnels quand ils vivent des expériences de la souffrance. Les prises en charge traditionnelles des filières sanitaire et sociale sont accessibles la plupart du temps sur place, au sein même des communes dans lesquelles ils résident.

Pourtant, et malgré cette offre de prise en charge à proximité, les adolescents et les jeunes adultes qui vivent dans cette zone géographique représentent un peu plus de 20 % du public de la MDA. Cela signifie que ces jeunes confrontés à la souffrance, souvent avec leur famille, sont prêts à se déplacer jusqu’à la ville métropolitaine pour demander de l’aide.

Ces pratiques de recours à partir de la périphérie de la ville confirment à leur tour que la MDA s’inscrit dans les marges des prises en charge traditionnelles. Même si ces dernières existent sur ce territoire, les jeunes et leur famille qui viennent à la MDA ne s’en saisissent pas.

Enfin, les jeunes domiciliés dans le reste du département, c’est-à-dire ceux qui ne vivent ni dans la ville métropolitaine ni dans sa périphérie, sont beaucoup moins nombreux à faire appel à la MDA (en proportion avec la population de cette catégorie d’âges sur ce territoire).

Pour ces jeunes, les pratiques de recours s'appuient alors de façon significative sur les parents, en couple, qui travaillent dans des métiers valorisés (en particulier dans des fonctions de cadres ou des professions intellectuelles supérieures). Ces derniers accompagnent leurs adolescents aux consultations dans des contextes de souffrance souvent associée à l'expérience lycéenne.

Avec ces familles qui viennent seules ou qui accompagnent les orientations, le dispositif répond également aux attentes du programme public en les positionnant comme des partenaires de la prise en charge de la souffrance juvénile.

Selon les professionnels qui interviennent dans ces territoires éloignés de la métropole, le faible recours à la MDA est associé à la distance géographique avec le dispositif. Effectivement, la présence des parents, voire d'un véhicule, est alors nécessaire.

Le thème des difficultés de mobilité est ainsi systématiquement mobilisé, dans le discours des professionnels ou des représentants de l'action publique sur ces territoires²⁵, comme argument pour convaincre de la nécessité de maintenir ou développer l'offre de prise en charge en direction des jeunes.

Néanmoins, malgré cette limite supposée dans les pratiques de déplacement, 22 % des jeunes de notre corpus (ou 27 % selon les statistiques de la MDA la même année) vivent hors de la ville métropolitaine et hors des vingt-huit communes de sa périphérie. Ils vivent alors pour la plupart dans des communes distantes de vingt à quarante kilomètres de la ville métropolitaine, quelques-uns à plus de cinquante kilomètres, dans des communes reliées à la ville métropolitaine par le réseau autoroutier (aucun jeune ne vient des zones rurales et de montagne les plus éloignées).

Les familles de ces jeunes sont donc susceptibles de faire plusieurs dizaines de kilomètres pour être prises en charge, en particulier quand les expériences de la souffrance sont perçues comme mettant en péril l'avenir scolaire de leur adolescent.

Notons d'ailleurs que nous avons connaissance d'autres professionnels du monde de la santé, en particulier des professionnels du psychisme spécialistes des questions adolescentes, familiales ou de certaines méthodes thérapeutiques, qui recrutent leur patientèle sur l'ensemble du territoire départemental, voire des départements limitrophes, quand ces formes de prise en charge n'y existent pas.

²⁵ La sociologie s'intéresse elle aussi aux pratiques de mobilité des adolescents ruraux, notamment pour analyser leurs conditions de socialisation et leurs pratiques culturelles (voir notamment : DEVAUX, 2014)

Ces indicateurs caractérisant les pratiques de recours des jeunes et des familles les plus éloignées de la MDA, en termes géographiques, montrent une forme d'inégalité sociale associée à la dimension territoriale dans l'accès à l'offre de prise en charge de la souffrance des jeunes.

Outre la situation professionnelle des parents, les jeunes de ces territoires se déplacent, non seulement s'ils disposent de temps et des moyens de transport, mais aussi à condition d'avoir défini des attentes de prise en charge précises, de connaître l'existence de l'offre proposée à la MDA et de considérer qu'elle est adaptée à leur souffrance.

Même si les pratiques de recours sont diversifiées au regard des lieux de résidence, ces nouvelles analyses confirment que la MDA propose une offre qui n'existe pas, pour des jeunes en souffrance qui ne relèvent de personne et qui sont pourtant nombreux à demander de l'aide.

Pour certains, elle représente un lieu à proximité, facilement accessible, pour venir dire son mal-être et ses douleurs corporelles. Pour d'autres, elle représente un lieu spécialisé dans la prise en charge des jeunes, hors des offres proposées par les organisations traditionnelles dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas, pour demander de l'aide quand la souffrance devient trop grande et qu'elle met en jeu la scolarité.

Pour tous, elle répond à un besoin de prise en charge, les expériences de la souffrance amenant les jeunes et les familles à venir à la MDA et à formuler une demande auprès de ses professionnels.

Conclusion de la deuxième partie

Construction d'une offre de prise en charge non spécialisée à la MDA

La MDA s'est construite en prenant place dans un contexte local associant de multiples acteurs, publics, associatifs ou du secteur privé, intervenant dans des organisations de la jeunesse interdépendantes et hiérarchisées dans un espace largement concurrentiel, et se sentant déjà concernés pour la plupart par les expériences juvéniles de la souffrance.

L'offre de prise en charge proposée à la Mda s'appuie sur l'alliance scellée entre deux groupes d'acteurs qui ont renforcé leur position dans le système local : les élus et techniciens du conseil départemental qui gère le dispositif – mettant à disposition de la MDA des professionnels rompus aux pratiques de l'action sociale et de la protection de l'enfance – et les médecins responsables des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile – l'un d'entre eux mettant à disposition des professionnels habitués à la prise en charge psychique et comportementale des adolescents.

L'analyse des pratiques d'orientation des jeunes vers la MDA, presque dix ans après son ouverture, montre que cette alliance, ainsi que la concurrence avec d'autres acteurs qui ont participé à la mise en œuvre du dispositif, ont laissé des traces dans les pratiques de leurs équipes.

Elle montre également que les choix organisationnels de la collectivité départementale et de la psychiatrie infanto-juvénile dans leurs pratiques de partenariat avec d'autres organisations locales de la jeunesse, influencent à leur tour ces pratiques professionnelles d'orientation vers la MDA.

Le processus de traduction du programme public national dans un agencement local particulier, confirmé dans les pratiques de recours actuelles des professionnels du département du Sud, a positionné la MDA comme un dispositif mixte, intermédiaire entre la filière sanitaire et la filière sociale, susceptible de répondre aux attentes de prises en charge de la souffrance des jeunes, qu'elle soit appréhendée comme un signe de trouble mental potentiel ou associée au mal-être social et aux difficultés dans les interactions sociales.

Le dispositif s'inscrit alors dans les marges des prises en charge traditionnelles, dans une place laissée vacante dans le contexte de l'offre locale. Sollicité par les uns quand les jeunes en souffrance ne relèvent pas des autres, la MDA est ainsi appelée à prendre en charge les souffrances juvéniles qui ne relèvent de personne.

Certaines souffrances n'existent donc pas ou sont peu présentes dans ce dispositif (notamment les comportements suicidaires, les troubles anorexiques, ou encore la maltraitance), justement parce qu'elles sont prises en charge ailleurs.

Le processus de définition de l'offre de prise en charge et les pratiques de recours à la MDA permettent donc de mieux comprendre la construction de son public et de situer les souffrances que nous voulons analyser dans la partie suivante.

Si les expériences juvéniles de la souffrance, prises en charge par le dispositif, ne relèvent pas des prises en charge traditionnelles et spécialisées de la psychiatrie infanto-juvénile ou de la protection de l'enfance, elles suscitent des réactions individuelles (quand les jeunes viennent seuls) et sociales (quand ils sont accompagnés de leur famille ou orientés par des professionnels de leur entourage quotidien). Ces jeunes qui ne relèvent de personne sont en effet en attente d'une prise en charge pour affronter leur souffrance.

PARTIE III

Expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance à la MDA

Introduction

La souffrance effectivement prise en charge à la MDA¹, qui sert de terrain à la recherche, s'inscrit à la fois :

- dans la construction nationale du programme public *maisons des adolescents*, le dispositif étant récemment réaffirmé comme central pour l'action publique de santé en direction de la jeunesse et appelé à répondre aux demandes de *tous* les jeunes confrontés au mal-être, à la souffrance ou à des moments de fragilité [Cahier des charges, 2016 ; Plan bien-être et santé des jeunes, 2016] ;
- dans le processus de traduction du programme par les acteurs impliqués dans le département du Sud pour construire l'offre de prise en charge à la MDA ;
- dans les pratiques d'usage de cette offre, à partir des recours spontanés des jeunes et des pratiques d'orientation des professionnels, pour des adolescents et des jeunes adultes qui ne relèvent pas des prises en charge traditionnelles du monde de la santé ni du monde socioéducatif.

¹ Pour rappel, la forme « MDA » désigne la maison des adolescents du département (nommé « du Sud ») et la distingue du label ou des autres dispositifs, alors écrits en toutes lettres

Il ne s'agit pas de toutes les souffrances juvéniles, mais des expériences juvéniles de la souffrance qui ne relèvent par des organisations traditionnelles de la jeunesse.

Il faut alors souligner deux dimensions qui caractérisent les pratiques de recours :

- la part importante des recours spontanés à la MDA, par des adolescents qui viennent sans intermédiaire (c'est aussi le cas de jeunes adultes, mais ce n'est alors plus une spécificité du dispositif – au total les recours spontanés concernent 40 % de l'ensemble des jeunes de notre corpus) ;
- la proportion non négligeable des jeunes qui viennent seuls (20 % des jeunes de notre corpus viennent seuls ou avec un pair). Parmi eux, la moitié ne sont pas orientés par des professionnels, ils ont connu la MDA par le bouche-à-oreille ou par la communication faite par le dispositif (notamment les flyers et une page internet).

La figure suivante illustre ces pratiques de recours, à partir des personnes présentes lors de la première venue et des modalités de l'orientation.

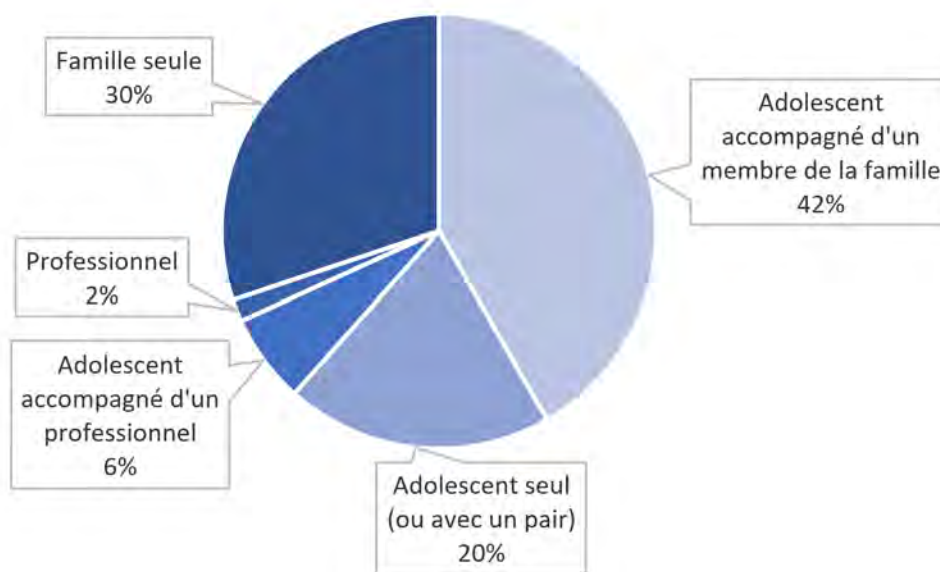


FIGURE 10 – Répartition (fréquences en %) des personnes présentes à la première venue à la MDA

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

La proportion des jeunes qui viennent seuls demander de l'aide à la MDA a tendance à augmenter ces dernières années. Les statistiques annuelles produites par le dispositif comptent un jeune sur quatre en 2018 et près d'un jeune sur trois en 2019.

En opposition avec les prévisions pessimistes des acteurs impliqués dans le débat public à l'échelle nationale et dans le projet de création de la MDA à l'échelle du département du Sud, les propositions de soins psychiques ne limitent pas les recours des adolescents et des jeunes adultes confrontés à la souffrance.

Différentes enquêtes récentes montrent d'ailleurs la propension des jeunes à envisager de s'adresser à des professionnels de la santé mentale. S'ils sont peu nombreux à avoir effectivement recours à des consultations avec un psychiatre ou un psychologue, une grande majorité des jeunes déclarent que le psychologue ou le psychiatre sont des personnes ressources envisageables [JOUSSELME, COSQUER *et al.*, 2015].

Les jeunes en souffrance qui ne sont pas pris en charge par les organisations traditionnelles de la jeunesse trouveraient donc à la MDA une opportunité de solliciter des professionnels du psychisme, considérés comme des appuis possibles pour affronter la souffrance, directement accessibles et sans nécessité d'en informer personne.

Pour ces jeunes qui viennent seuls, ainsi que pour ceux qui sont accompagnés de leur famille ou orientés vers la MDA par des professionnels de première ligne (tels que les médecins généralistes ou les professionnels des établissements scolaires), l'observation des réunions pluridisciplinaires et la consultation des dossiers montrent rapidement que les expériences de la souffrance sont multifactorielles et protéiformes.

Les jeunes s'adressent au dispositif quand ils vivent des expériences qu'ils interprètent comme insupportables et nécessitant une prise en charge. Ces besoins de prise en charge relèvent alors d'expériences négatives qui se succèdent ou se cumulent dans les trajectoires biographiques, les jeunes et leur famille décrivant des épreuves multidimensionnelles, des difficultés intriquées, enchevêtrées les unes dans les autres.

Quelques extraits du journal de terrain sont présentés, à partir des notes prises lors des réunions de régulation au cours de nos premiers mois de présence à la MDA, quand les référents socioéducatifs qui ont accueilli les jeunes présentent leur situation à l'équipe (et avant les échanges qui s'ensuivent entre les professionnels). Les citations en italique et entre guillemets sont des extraits retranscrits des discours en situation.

EXTRAITS DU JOURNAL DE TERRAIN

Fille de 17 ans, vient avec sa mère après avoir été « *exclue de son lycée* »
 Dit qu'elle a été victime d'humiliations et de menaces par un professeur
 Ne voit jamais son père, sa mère a des problèmes de santé et des problèmes financiers
 Mal aux jambes et aux bras « *quand elle est stressée* », « *crises d'angoisse* », « *perd ses cheveux* », « *elle a la haine* », « *pleure beaucoup* », se dit « *triste depuis toujours* »

...

...

Garçon de 17 ans, vient seul au motif de son « *mal-être* », orienté par l'infirmière scolaire du lycée

Problèmes d'endormissement et problèmes de dos

« *Victime de harcèlement pendant toutes les années collège* », ça va plutôt mieux au lycée parce qu'il « *ferme sa gueule* »

Beaucoup d'agressivité dans ses propos sur sa belle-mère

« *A été amoureux mais ça a mal fini* »

Fille de 19 ans, venue seule en demandant un « *suivi thérapeutique* »

Antécédents de « *harcèlement scolaire* »

« *Voudrait que ses parents divorcent* »

Idées suicidaires

Homosexualité « *difficile au début, maintenant ça va* »

Périodes sans manger ou périodes où elle « *vomit trois ou quatre fois par semaine* », peut manger de « *grosses quantités sans plaisir* », veut « *trouver une solution, s'accepter comme elle est* », problèmes de poids depuis à peu près l'entrée au lycée

Garçon de 13 ans, vient avec sa mère, orientés par le médecin traitant,

Beaucoup de « *convocations depuis le CP pour des problèmes de comportement, de concentration et un manque de maturité* », qu'il trouve injustes

Très agité à la maison, a cassé son lit

Conflits fréquents avec son père « *il me dégoûte quand il me crie dessus* »

Ment souvent, image négative de lui, parfois « *je me crois dans un rêve, je n'en parle pas car j'ai peur qu'on me prenne pour un mec bizarre* »

Se sent connecté aux personnes tristes, pleurs fréquents

Sa mère demande de l'aide pour « *trouver des solutions ou des clés* », il demande de l'aide pour « *qu'on m'aide à rester calme car c'est mon plus gros défaut* »

Face à l'hétérogénéité et à la complexité de ces expériences de la souffrance, les professionnels de la MDA² s'appuient sur la demande exprimée par les jeunes ou les familles lors de leur première venue et se donnent pour objectif essentiel d'entendre cette souffrance et d'évaluer les risques éventuellement associés (par exemple en matière de rupture des liens familiaux, de discontinuité des parcours scolaires ou de mortalité).

2 La thèse ne porte pas sur les pratiques professionnelles à la MDA, mais la présence du chercheur dans ses locaux pendant plus de trois ans, permettant l'observation de nombreuses instances de réflexion, le partage des moments informels, la participation aux échanges routiniers comme aux moments de questionnements, de désarroi ou de confiance des professionnels quant à leurs interventions auprès des jeunes et des familles, quelquefois observées, permet d'affirmer les arguments présentés dans ce paragraphe et les suivants

Ils écoutent ce que les jeunes et les familles disent, ils observent ce que les corps et les pratiques corporelles montrent. Ils s'intéressent aux trajectoires des jeunes et à leur quotidien familial, scolaire et social. Tout au long de la prise en charge, ils recherchent les causes de la souffrance et tentent de susciter la parole et la réflexivité des jeunes, pour comprendre ces expériences vécues de la souffrance, éventuellement en anticiper les effets et permettre aux jeunes de la dépasser.

Les professionnels du dispositif sont ainsi inscrits dans les évolutions du travail social, dans la mesure où ils visent à « *activer* » les jeunes et leurs parents (encouragés à s'en sortir par eux-mêmes et à partir d'eux-mêmes), à les « *reconnaître* » (en les encourageant à être libres et à être eux-mêmes), à se « *rapprocher* » des individus (la recherche de proximité étant devenue un leitmotiv pour l'action publique en direction de la jeunesse), à « *personnaliser* » leurs interventions (les demandes des jeunes étant placées au centre des interventions, qui tendent à leur permettre de se définir et de construire des projets), à « *accompagner* » (les jeunes étant encouragés à participer à leur prise en charge, de façon transparente et réflexive) et à « *responsabiliser* » (la responsabilité individuelle devenant un engagement moral) [ASTIER, 2007].

Leurs pratiques s'appuient à la fois sur le paradigme épidémiologique valorisé par l'action publique de santé (avec l'individu au centre de l'analyse, la recherche des facteurs de risque individuels, l'attente de modifications des comportements qui nuisent à la santé, l'anticipation des difficultés) [PERETTI-WATEL, 2004] et sur la démarche clinique (au plus près des jeunes, en s'appuyant sur leurs ressources et en tentant de mettre des mots et de construire du sens pour limiter ou dépasser la souffrance).

La démarche de cette recherche s'inscrit dans une toute autre perspective. Il s'agit, certes, de comprendre les expériences vécues de la souffrance, mais sans objectif d'amélioration des situations individuelles. La recherche vise à mettre en exergue des tendances et des régularités, susceptibles de caractériser les épreuves de l'expérience juvénile dans le monde contemporain.

Les catégorisations professionnelles et psychique de la souffrance, de même que le raisonnement épidémiologique, sont donc écartées.

- D'une part, il s'agit de confirmer que la souffrance juvénile peut être un objet pour la sociologie [COUTANT, 2013, 2018];
- D'autre part, si l'analyse en termes de causes et de conséquences de la souffrance prend tout son sens dans les pratiques professionnelles (rechercher les causes

de la souffrance permettant d'organiser et de cibler les interventions, de définir un traitement ou un plan d'actions), elle n'est pas pertinente pour une analyse sociologique.

▷ En premier lieu, tout recours aux modèles d'analyse clinique de la souffrance, proposés par la psychologie ou la psychiatrie et mobilisés dans les pratiques professionnelles de l'action sociale et de l'action sanitaire, est exclu.

En effet, si les expériences juvéniles de la souffrance accessibles à la MDA ont bien une dimension individuelle, subjective et intime, intéressant nécessairement les disciplines du psychisme et suscitant des travaux trans- ou pluridisciplinaires³, nos propres limites de chercheur ne nous permettent pas d'envisager de croiser scientifiquement les disciplines (apprentie chercheur et ex-praticienne, issue du monde socioéducatif, dans un contexte institutionnel valorisant largement les grilles d'analyse importées de la psychologie et de la psychiatrie d'adolescents).

Pour limiter les biais dans l'analyse et la prédominance de nos prénotions, la recherche écarte donc au maximum les catégories professionnelles et les catégories de l'analyse psychique.

▷ En second lieu, le modèle épidémiologique a été testé et exclu à son tour.

Inspirée des enquêtes de santé publique sur la santé des jeunes et des pratiques professionnelles, nous avons dans un premier temps testé ce raisonnement causal, en tentant de distinguer des causes et des conséquences dans les expériences juvéniles de la souffrance.

Si ce modèle est indiqué dans de nombreuses circonstances, ce que la pérennité de son succès tendrait à prouver, l'analyse des intrications entre les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance dans les dossiers des jeunes pris en charge à la MDA en montre les limites pour une étude sociologique. Un problème méthodologique majeur se pose ainsi dès la construction de la grille d'analyse des dossiers, le caractère circonstanciel de plusieurs indicateurs apparaissant rapidement. La plupart peuvent, selon les individus, être catégorisés en cause ou en conséquence de la souffrance.

³ Par exemple : les travaux menés par l'observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés ORSPERE-SAMDARRA (voir le site internet : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>) ou les séances des groupes d'implication et de recherche menés par Vincent DE GAULEJAC et ses collègues (voir le site internet du réseau international de sociologie clinique : http://www.sociologieclinique-formation.org/?page_id=2078)

- Il s'avère par exemple impossible de décider, une fois pour toutes, que la consommation de cannabis génère la souffrance ou qu'elle en est un effet. Pour certains jeunes, cette consommation est décrite comme une recherche d'apaisement (elle serait alors une conséquence de la souffrance psychique), pour d'autres, elle génère la désapprobation voire des conflits avec leurs parents ou les adultes du monde scolaire (elle serait alors une cause de la souffrance dans les interactions) et pour d'autres encore, cette consommation n'a aucun lien avec l'expérience de la souffrance vécue au moment de leur prise en charge (elle ne serait alors ni une cause ni une conséquence);
- De même, la prise de poids est associée pour certains jeunes à une image dévalorisée de leurs corps (elle serait alors une cause de la souffrance associée au rapport négatif à soi), pour d'autres elle génère des moqueries dans la cour du collège (elle serait alors une cause de la souffrance dans les interactions), quand d'autres jeunes décrivent des prises alimentaires incontrôlées dans les périodes de mal-être (elle serait alors une conséquence de la souffrance psychique);
- Les relations conflictuelles avec les parents sont elles aussi impossibles à catégoriser de façon définitive comme causes ou conséquences de la souffrance, dans la mesure où selon les dossiers, elles sont à l'origine de la demande d'aide formulée par les jeunes (elles seraient alors une cause de la souffrance), ou associées à divers comportements des jeunes ou à leurs difficultés scolaires, alors au premier plan (les relations familiales conflictuelles pourraient donc être considérées comme une conséquence de la souffrance).

Les exemples de cette impossibilité à catégoriser d'emblée les indicateurs comme des causes ou des conséquences de la souffrance peuvent être multipliés et confirment le caractère inopérant du modèle causal pour cette recherche.

▷ En troisième lieu, les jeunes concernés ne sont pas interrogés.

Des entretiens auprès de professionnels du département du Sud qui ont décrit les parcours de prise en charge de jeunes en souffrance ont été menés, des consultations avec des jeunes et des familles au moment de la prise en charge à la MDA ont été observées. Cependant, nous n'avons pas voulu enquêter sur l'expérience vécue de la souffrance directement auprès des jeunes qui viennent à la MDA, deux types d'arguments fondant cette décision.

- Le premier s'appuie sur la construction de l'objet de la recherche et sur ses objectifs. Nous ne cherchons pas à repérer les singularités ou les contrastes entre

les expériences individuelles de la souffrance. Nous voulons justement dégager des régularités et comprendre les dynamiques sociales qui interviennent dans la confrontation individuelle avec la souffrance. Il s'agit ainsi de montrer qu'il est possible de compter les souffrances prises en charge dans une maison des adolescents, de repérer des corrélations et des tendances générales dans les expériences juvéniles, pourtant individuelles et intimes, de cette souffrance.

- Le second relève de la nature et de la temporalité des expériences juvéniles de la souffrance analysées, peu accessibles à partir d'entretiens sociologiques.

- La venue à la MDA correspond *a priori* au moment particulier où la souffrance est repérée par l'entourage des jeunes ou au moment où les jeunes eux-mêmes la considèrent à ce point insupportable qu'ils demandent de l'aide aux professionnels du dispositif. Nous considérons que ce moment de la demande d'aide n'est pas propice à un discours réflexif sur les trajectoires biographiques et nous pensons que des entretiens sur leurs expériences de la souffrance, au moment de la prise en charge, apporteraient peu d'informations supplémentaires.

Le protocole méthodologique nécessaire pour une enquête auprès de mineurs mettant en jeu des données personnelles apparaît donc trop coûteux au regard de la pertinence des données susceptibles d'être recueillies.

- Nous n'avons pas non plus tenté de rencontrer les jeunes dans l'après-coup de la prise en charge. En effet, la souffrance présentant une dimension dynamique, elle est susceptible d'être appropriée et neutralisée par les individus, elle peut aussi se transformer, se déplacer ou s'aggraver au cours du temps [RENAULT, 2008, pp.324-332]. Les récits de souffrance *a posteriori* présentent donc un risque trop grand de reformulations de l'expérience, de biais de sélection et autres filtres cognitifs, d'autant plus que les prises en charge dans les maisons des adolescents consistent, au moins en partie, à favoriser un « *travail de soi* », notamment « *en jouant sur les catégories de perception* » [COUTANT, 2013, pp.305-306].

La méthodologie quantitative est donc mobilisée, en particulier le traitement statistiques des données recueillies dans les dossiers individuels de la MDA.

Des indicateurs et des variables sont construits, strictement basés sur notre modèle conceptuel, pour accéder à la compréhension de ces expériences juvéniles. Cette démarche méthodologique, nécessairement artificielle, vise à « démêler » ces expériences de la souffrance « entremêlées », à les « découper » en données objectives, empiriquement repérables et éventuellement cumulables.

Il est donc important de ne pas oublier que, par nature, ces analyses relèvent d'une (dé)construction des expériences juvéniles de la souffrance, « fabriquées » comme un objet pour la recherche.

Cette partie analyse les expériences de la souffrance vécues par les jeunes qui fréquentent la MDA.

Le premier chapitre présente l'état des lieux des travaux menés sur la souffrance comme objet de recherche en sociologie et définit le modèle qui guide l'analyse des dossiers individuels de la MDA, à partir de la conceptualisation de la souffrance sociale proposée par Emmanuel RENAULT [2008] et des dimensions spécifiques à l'expérience juvénile, mises à jour par David LE BRETON [2007] et Serge PAUGAM [2014].

Les chapitres suivants analysent les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance pour les jeunes pris en charge à la MDA.

Le dernier chapitre propose une typologie de ces expériences juvéniles de la souffrance.

Méthodologie

Les analyses mobilisent à nouveau le discours dans le programme public *maisons des adolescents*, mais elles sont principalement centrées sur :

- Les narrations de situations de jeunes en souffrance accompagnés et pris en charge par les professionnels du Sud que nous avons rencontrés.

Les modalités du choix de ces professionnels et le contexte particulier des entretiens semi-directifs ont déjà été présentés, précisons que le guide d'entretien⁴ prévoit de les interroger sur une ou plusieurs situations particulières (motifs de l'intervention et demande exprimée, conditions de vie et expériences quotidiennes des jeunes accompagnés, manifestations et conséquences éventuelles de la souffrance, pratiques professionnelles pour prendre en charge cette souffrance, évolutions éventuelles) ;

- Les dossiers de la MDA, qui donnent accès à l'ensemble des informations retranscrites par les professionnels, au fur et à mesure des avancées dans la prise en charge des jeunes et/ou des familles.

L'usage des dossiers représente en soi une analyse secondaire, puisque les données accessibles ne sont pas des données produites pour la recherche [BÉLIARD, BILAND, 2008]. Il est alors nécessaire d'être attentif au contexte dans lequel s'inscrivent les informations recueillies dans ces dossiers.

⁴ Voir le guide d'entretien, annexe 2

Contenu des dossiers de prise en charge à la MDA

Pour chaque jeune (ou famille, ou professionnel) accueilli à la MDA (physiquement ou par téléphone), un dossier individuel est ouvert. Le dossier est informatisé et soumis aux règles de confidentialité et d'archivage (selon les mêmes modalités que les dossiers des personnes bénéficiant d'un accueil par le service social de polyvalence par exemple).

Ce dossier contient systématiquement une fiche dite « individuelle » et tout autre document utilisé au cours de l'accompagnement (*curriculum vitae* et lettre de motivation, mails ou courriers entre les professionnels, les jeunes ou les familles, rapports administratifs, courriers d'orientation vers les partenaires, etc.).

La fiche individuelle contient⁵ :

- des informations administratives (sur la base d'une fiche dite « faisons connaissance », remise à l'accueil et remplie par les jeunes, familles ou professionnels pendant qu'ils patientent). Si l'anonymat n'est pas demandé, la fiche reprend les noms, prénoms, adresse, coordonnées téléphoniques et mail du jeune, ainsi que les noms, prénoms, adresse, profession du père, de la mère et des éventuels autres membres de la famille cités ;
- les difficultés et la demande exprimées lors du premier accueil ;
- des éléments généraux relatifs aux autres prises en charge, passées ou actuelles : nom du médecin traitant, antécédents de prises en charge, nom des professionnels ou des services qui connaissent le jeune ou sa famille ;
- des éléments généraux relatifs à la situation familiale : situation conjugale, nombre de frères et sœurs, toute remarque exprimée lors du premier accueil (par exemple « tensions avec la belle-mère », « n'a pas vu son père depuis l'âge de 5 ans », etc.) ;
- des éléments généraux relatifs à la scolarité : classe fréquentée, éventuellement le parcours scolaire, le projet d'orientation, toute autre information donnée par le jeune ou sa famille (par exemple les moyennes, les éventuelles sanctions scolaires, toutes difficultés exprimées en lien avec la scolarité, etc.) ;
- des éléments généraux relatifs aux pratiques corporelles des jeunes : activités sportives, alimentation, consommations de produits psychoactifs, sommeil, éventuelles plaintes somatiques ;

⁵ Les formes lexicales et les citations en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues des dossiers de notre corpus

- des éléments relatifs aux manifestations de la souffrance telles qu'elles sont exprimées lors du premier accueil : par exemple « *mal au ventre* », « *stress* », auto-évaluation sur une échelle de moral de 1 à 10 ;
- les comptes rendus des réunions pluridisciplinaires de la MDA, systématiquement pour les réunions dites de « régulation » (fixant les objectifs de la prise en charge et les orientations éventuelles), éventuellement pour les réunions dites « études de situation » (à la demande d'un professionnel de la MDA en cas de difficulté ou pour revoir les objectifs initiaux), « commissions d'évaluation » (en cas de saisine de la protection de l'enfance) ou « réunions de coordination » (réunissant l'ensemble des partenaires intervenant, le jeune et sa famille) ;
- les comptes rendus de chaque rendez-vous, appel, ou démarche réalisés par les différents professionnels de la MDA.

Pratiques d'écriture des professionnels

Les informations sont consignées par les professionnels dans les dossiers individuels des jeunes, au fur et à mesure des prises en charge à la MDA.

Les dossiers sont ainsi construits comme des supports à l'activité du dispositif.

- D'une part, ces dossiers visent à garder la mémoire de l'ensemble des interventions menées auprès des jeunes, de leur famille et des autres professionnels qui les connaissent. Ils permettent ainsi aux professionnels :
 - de reprendre une prise en charge, quand un jeune revient à la MDA, même plusieurs années après la fin de la prise en charge précédente,
 - de travailler à plusieurs sans nécessité de formaliser des temps de transmission des informations, par exemple quand un jeune rencontre à la fois un assistant social, un infirmier et un psychologue au cours de la même prise en charge,
 - de se remplacer (arrêts de travail, temps partiels),
 - de rédiger de rapports administratifs, notamment dans le cadre des procédures de saisine de la protection de l'enfance, ces rapports reprenant alors précisément la chronologie des prises en charge ;
- D'autre part, ces dossiers sont construits pour homogénéiser les prises en charge, conçues d'emblée pour être pluridisciplinaires et pluripartenariales. Leur contenu porte par exemple une attention particulière à l'entretien dit de « premier accueil », mené par les référents socioéducatifs lors de la première venue des jeunes et/ou des familles, afin de recueillir systématiquement des informations considérées par

l'ensemble de l'équipe comme nécessaires à l'analyse des situations et à la définition des objectifs du travail à mener.

Des observations des entretiens socioéducatifs ont été menées lors du premier accueil, pour comprendre les contextes et les opérations de prise de notes par les professionnels en situation.

- Les notes sont prises pendant l'entretien, sur ordinateur ou sur un cahier pour être ensuite recopiées dans la fiche individuelle informatisée, ce qui limite la perte d'informations. Elles sont largement détaillées. Les professionnels remplissent de manière exhaustive les items prévus et ils précisent pourquoi certains sont laissés vides (on trouve par exemple des formulations telles que « *RAS* » ou « *non questionné* »);
- Les retranscriptions reprennent bien souvent et précisément les propos des jeunes ou des familles, cités entre guillemets, en particulier quand ils évoquent des expériences de façon négative (par exemple les propos relatifs aux envies de mourir, aux interactions familiales conflictuelles ou aux épreuves scolaires);
- Les informations éventuellement filtrées au moment de la retranscription dans les dossiers n'apparaissent pas absolument nécessaires à la recherche (il s'agit par exemple des éclats de rire, de récits de vacances ou de commentaires sur l'utilité des prises en charge précédentes);
- Ces pratiques de retranscription sont généralisées parmi les professionnels, même si les formulations sont variables selon les expressions de chacun (par exemple certains retranscrivent « *avoir peur* » quand d'autre écrivent « *être très inquiet* » ou « *se sentir angoissé* »). Ces habitudes se transmettent aux nouveaux recrutés, qui passent leurs premières semaines à observer les interventions des autres. En outre, de manière systématique, chaque fiche individuelle est projetée pour être lue par tous lors des réunions de l'équipe ce qui favorise une forme de contagion dans les pratiques discursives (illustrée par l'exemple de notre entrée sur le terrain, la forme lexicale « *souffrance* » apparaissant de plus en plus souvent dans les fiches individuelles tout au long de la thèse).

Certes, les dossiers analysés présentent des données indirectes, recueillies avec d'autres objectifs que ceux de la recherche, sous la forme d'extraits retranscrits et de synthèses des échanges entre les jeunes et les professionnels, nécessairement parcellaires, préconstruites et filtrées par l'analyse professionnelle.

Cependant, ce matériau apporte de nombreuses informations précises et diversi-

fiées sur le quotidien des jeunes, leur entourage, leurs pratiques et leur état de santé physique et mentale, leur scolarité et leurs stratégies de présentation d'eux-mêmes quand ils demandent de l'aide à la MDA.

Ces dossiers constituent donc un matériau d'une grande richesse pour saisir les expériences de la souffrance vécues par les jeunes qui y sont pris en charge.

Anonymat et confidentialité de données sensibles

Le choix de mener une analyse quantitative et l'engagement à respecter l'anonymat et la confidentialité des données individuelles recueillies pour la recherche ont permis d'accéder, sans restriction, à l'ensemble des dossiers de prise en charge à la MDA.

Cette autorisation institutionnelle ne dégage évidemment pas des réflexions déontologiques associées aux collectes de données pour la recherche.

En particulier parce qu'en raison des missions qui lui sont confiées, la MDA prend en charge des mineurs, parfois sans en informer les parents. De plus, ces jeunes sont susceptibles de vivre des difficultés notamment relatives à la santé ou à la vie sexuelle. Les dossiers traitent donc régulièrement de données à caractère sensible⁶.

Ces données informent sur la situation de mineurs et de familles qui n'ont pas été expressément consultés quant à notre recherche. Certes, ils donnent leur accord de principe pour le traitement informatisé et l'archivage de leurs dossiers quand ils viennent pour la première fois à la MDA, mais cela n'est pas suffisant.

Il est donc nécessaire de garantir – aux jeunes et aux familles qui fréquentent le dispositif – à la fois l'anonymat (par rapport à la masse anonyme des lecteurs potentiels de la recherche) et la confidentialité (par rapport à ceux qui les connaissent, proches ou professionnels)⁷. Un simple changement de prénom, d'âge ou de lieu de résidence n'est donc pas suffisant.

Il s'agit alors de limiter les risques que des jeunes puissent se reconnaître ou être reconnus, d'éviter qu'ils accèdent aux discours éventuellement produits sur eux (par les membres de leur famille ou les professionnels qu'ils croisent au quotidien) et

⁶ L'article 8 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifié par l'article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé définit comme « sensibles » : « *des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle de celles-ci* »

⁷ Voir notamment : BÉLIARD, EIDELIMAN, 2008

aux analyses et stratégies d'intervention construites par les professionnels de la MDA (même si la plupart des professionnels ont l'habitude de partager leurs analyses avec les jeunes qu'ils accompagnent).

Le dispositif méthodologique doit donc prendre en compte ces impératifs.

- Le traitement quantitatif des données, collectées par et pour d'autres, permet de ne pas les associer à des individus singuliers. L'interdit légal de la collecte de données sensibles et les règles quant à leur traitement sont donc respectés, le recueil de données sous la seule forme de lignes d'indicateurs absents ou présents et les méthodes statistiques permettant en quelque sorte « d'effacer » les situations individuelles ;
- Dans les exemples courts, seuls le sexe et l'âge sont précisés, sans indiquer le niveau scolaire, la configuration familiale ni le métier des parents. Toute particularité individuelle susceptible de trahir la confidentialité des données est donc écartée ;
- Les vignettes présentant en détail quelques dossiers individuels, pour affiner la compréhension de processus généraux mis en exergue par les analyses quantitatives, sont des situations fictives, reconstruites à partir de plusieurs dossiers, retenus pour leur faible variance entre eux quant aux thématiques à illustrer. Les prénoms sont systématiquement modifiés. Les éléments de la vignette (caractéristiques sociodémographiques, parcours de prise en charge, verbatims d'entretiens retranscrits) sont puisés dans chacun des dossiers retenus pour la construire. Il s'agit ainsi de mélanger des cas particuliers pour les rendre impossibles à reconnaître et sans modifier les conclusions des analyses.

Construction du corpus des dossiers

L'accès privilégié aux dossiers a nécessité de construire un corpus, la MDA accueillant chaque année plus d'un millier de jeunes (et/ou familles, professionnels).

Le corpus est composé de dossiers de jeunes pris en charge à la MDA au cours de l'année 2017, ciblée pour être l'année la plus récente accessible au moment de l'analyse. La MDA enregistre alors 1 222 dossiers (correspondant au nombre de jeunes et/ou de familles qui se sont présentés à l'accueil entre janvier et décembre 2017 et ont été reçus au moins une fois par un professionnel).

Le temps nécessaire au codage de chaque dossier est estimé de cinq à vingt-cinq minutes. Ces variations s'expliquent par le nombre de rendez-vous et d'interventions menés par les professionnels du dispositif (chaque consultation et action générant un compte-rendu dans la fiche individuelle) ou par les éventuelles pièces supplémen-

taires présentes dans les dossiers (rapports, courriers...). Au vu du planning de la recherche, nous avons décidé d'analyser un quart des dossiers enregistrés en 2017.

Quatre mois dans l'année sont choisis : le premier mois de chaque trimestre. Ce choix peut être considéré comme aléatoire, dans la mesure où il tient compte des variations de l'activité de la MDA, qui peuvent être ponctuelles (associées à la particularité de certaines journées ou de certaines semaines, par exemple avec ou sans jours fériés, ou encore pendant des périodes de travaux urbains ou de mouvements sociaux) ou saisonnières (notamment en lien avec les périodes de vacances scolaires). Le panel intègre donc des mois entiers, avec ou sans périodes particulières, avec ou sans vacances, avant ou après des vacances.

La comparaison de la répartition des modalités de quelques indicateurs de notre corpus avec ceux issus des statistiques annuelles produites par la MDA la même année (quand ils sont comparables, par exemple le sexe, l'âge, les personnes présentes à la première venue ou les acteurs qui orientent vers la MDA) confirme que les données présentent les mêmes tendances générales. Les dossiers analysés sont donc représentatifs de l'ensemble des dossiers des jeunes pris en charge à la MDA.

Au total, les dossiers individuels enregistrés pendant les quatre mois ciblés ont tous été retrouvés, ils sont au nombre de 302 (soit un quart de l'ensemble des dossiers individuels pour l'année 2017). Pour chaque dossier analysé, l'intégralité des documents accessibles ont systématiquement été consultés.

Traitements statistiques des données⁸

L'enjeu central dans l'analyse de ces dossiers consiste à se départir des catégories professionnelles, tant en termes de catégories de langage que de catégories d'analyse.

Les variables (et leurs indicateurs dans la grille de recueil de données) sont donc principalement construites à partir des catégories mobilisées par Emmanuel RENAULT, Serge PAUGAM ou David LE BRETON et sont systématiquement présentées dans les chapitres relatifs aux expériences juvéniles de la souffrance prises en charge à la MDA.

⁸ Cette présentation s'appuie notamment sur : BACCINI Alain, *Statistique descriptive multidimensionnelle (pour les nuls)*, Toulouse, Publications de l'institut de mathématiques de Toulouse, mai 2010 ; DE SINGLY, 2000 ; ILARI Estelle, DARIDAN Daniel, FRAYSSE Jean-Louis, FRAYSSE Joël, « Typologie des exploitations françaises ayant des porcs : méthodologie, analyse statistique et premiers résultats », *35^{èmes} Journées de la Recherche Porcine*, février 2003 ; KUENTZ-SIMONET Vanessa, LYSER Sandrine, CANDAU Jacqueline, DEUFFIC Philippe, CHAVENT Marie, SARACCO Jérôme, « Classification de variables qualitatives pour la compréhension de la prise en compte de l'environnement par les agriculteurs », *Journées de méthodologie statistique de l'INSEE*, 24 janvier 2012 ; MARTIN, 2012

La base de données qui sert de support aux analyses statistiques est construite avec le logiciel EXCEL. Chaque ligne représente un dossier, chaque colonne un indicateur.

Chaque indicateur est codé sous la forme présence/absence. Il s'agit ainsi notamment de faire apparaître la faible représentation de certaines informations sur l'ensemble du corpus et de limiter les biais de surreprésentation de certaines thématiques dans les dossiers. Par exemple, les informations relatives aux interactions conflictuelles entre les jeunes et leurs parents, qui apparaissent à de multiples reprises dans plusieurs dossiers, sont considérées une fois pour toutes comme présentes ou absentes, sans tenir compte de l'importance qui leur est accordée dans les analyses professionnelles menées par l'équipe de la MDA.

Les informations présentes ou absentes dans chaque dossier sont d'abord codées de façon systématique, le recueil initial des données visant l'exhaustivité. Dans un deuxième temps, les indicateurs sont regroupés pour présenter des effectifs homogènes et suffisants pour les traitements statistiques.

- D'une part, les raisonnements statistiques s'appuient sur les corrélations entre les indicateurs, l'attention étant portée sur leurs variations simultanées, sans préjuger de liens éventuels de cause à effet.

La dépendance entre deux indicateurs est appréciée au regard de la probabilité (*p-value*) de prouver que l'hypothèse d'une corrélation est nulle. Les seules corrélations au seuil significatif de 5 % (soit *p-value* < 0,05) sont retenues (autrement dit, le seuil indique une probabilité de 95 % pour que les dépendances entre les indicateurs ne soient pas dues au hasard) ;

- D'autre part, une typologie est proposée. La « partition » des expériences juvéniles de la souffrance à la MDA est produite par l'analyse des correspondances multiples (ACM) menée sur les variables, suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) menée sur les facteurs de l'ACM.

MÉTHODOLOGIE – CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE

Il s'agit de regrouper les individus du corpus qui se ressemblent au sein de mêmes « classes », distinctes les unes des autres.

Le logiciel XLSTAT fournit les différents algorithmes (ACM, CAH) et les outils de visualisation de leurs résultats.

...

...

La classification ascendante hiérarchique procède à la construction de classes par regroupement des individus. Elle agglomère successivement, deux à deux, les individus les plus proches, tout en recherchant les dissimilarités pour séparer les individus les plus distincts.

Pour l'algorithme, les individus sont ici les dossiers individuels des jeunes pris en charge à la MDA, représentés dans la base de données par des lignes de 0 et de 1 – ou, pour l'algorithme, par des points projetés sur un espace à n dimensions (n étant le nombre de facteurs construits par l'ACM).

En termes statistiques, ces analyses visent donc à regrouper les individus dans des classes, en recherchant la plus petite inertie intra-classe (mesurant l'hétérogénéité de chaque classe) et la plus grande inertie inter-classe (mesurant la dispersion des classes entre elles).

Notons que la classification *k-means* (classification autour de centres mobiles) a également été testée. Les résultats convergent avec ceux de la CAH, cette méthode n'est donc pas présentée.

Caractéristiques du corpus

Avant de présenter le modèle conceptuel et les résultats des analyses, il convient de présenter rapidement quelques caractéristiques sociodémographiques du corpus des 302 dossiers de jeunes pris en charge à la MDA en 2017.

Elles sont comparées, quand c'est possible, avec les caractéristiques du public de la MDA (à partir des statistiques annuelles produites par le dispositif, accessibles de 2016 à 2019) et avec celle de la population départementale (à partir des données académiques ou du recensement de la population départementale en 2017).

Répartition selon le sexe

La répartition entre filles et garçons est relativement équilibrée dans le corpus. Les filles sont un peu plus nombreuses, mais les garçons sont largement présents dans les dossiers de la MDA (53 % de filles, 47 % de garçons).

La comparaison avec les statistiques annuelles de la MDA montre la même tendance, avec quelques années où les garçons sont autant voire un plus nombreux que les filles (entre 2016 et 2019, la proportion de filles alterne de 48 à 59 % et la proportion de garçons de 41 à 52 %).

Au prisme du sexe, le public de la MDA est représentatif de la population des jeunes âgés de 11 à 21 ans dans le département (50,1 % de filles, 49,9 % de garçons)⁹.

Répartition selon l'âge

Les jeunes âgés de 14 à 17 ans sont majoritaires dans notre corpus (61 %).

Toutefois, en construisant des catégories d'âges, par exemple associées au temps scolaire (les jeunes collégiens âgés de 11 à 14 ans, les jeunes au début des années lycée âgés de 15 à 16 ans et les jeunes post scolarité obligatoire âgés de 17 ans et plus), alors les âges sont répartis de façon équilibrée.

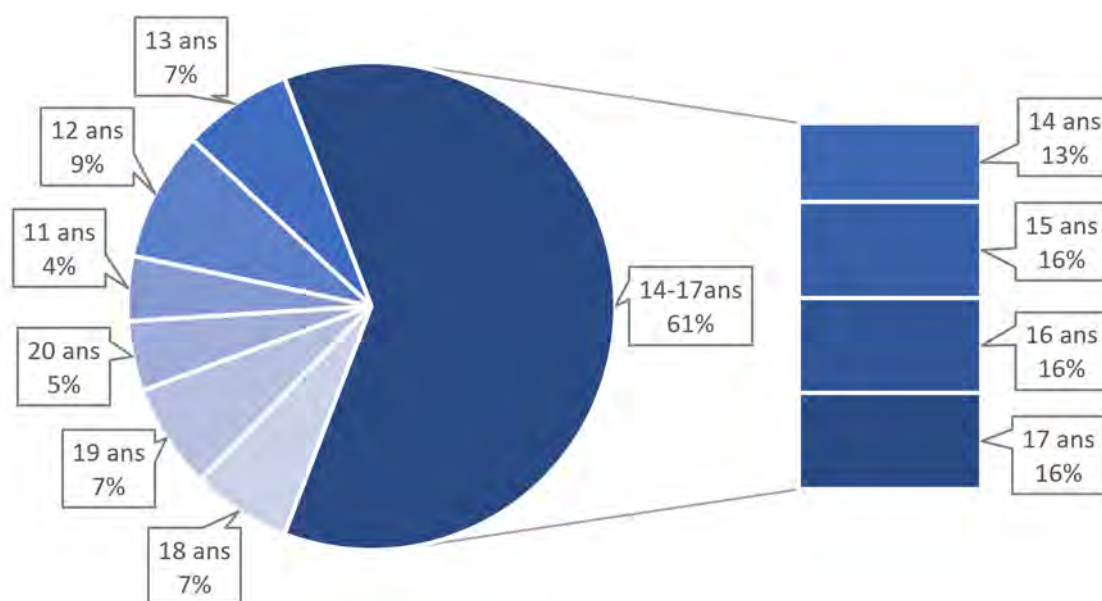


FIGURE 11 – Répartition des âges (fréquences en %)

Champ : Corpus des dossiers de jeunes de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

La comparaison avec les statistiques annuelles de la MDA montre les mêmes tendances :

- les jeunes âgés de 14 à 17 ans sont majoritaires dans le public (entre 2016 et 2019, leur proportion alterne de 60 à 65 %);
- la répartition des catégories d'âges associées au temps scolaire est à peu près équilibrée (entre 2016 et 2019, la proportion des collégiens varie de 33 à 38 %, la proportion des plus jeunes lycéens varie de 32 à 37 %, la proportion des plus âgés augmente chaque année pour passer de 28 à 32 %).

⁹ Source : INSEE, RP 2017, Exploitation principale, Géographie au 1^{er} janvier 2020, POP1B (population par sexe et âge) pour le département du Sud

Remarque : l'ensemble des jeunes de 11 à 21 ans (soit 194 834 individus) représentent 14,3 % de la population totale dans le département

Au prisme de ces catégories d'âges, le public de la MDA n'est pas représentatif de la population départementale, caractérisée quant à elle par la présence majoritaire des grands adolescents et des jeunes adultes

En lien avec les caractéristiques démographiques du département du Sud, particulièrement attractif pour les jeunes étudiants, les jeunes âgés de 17 à 21 ans représentent à eux seuls un peu plus de la moitié des jeunes âgés de 11 à 21 ans résidant dans le département (52 %, alors qu'ils ne représentent qu'un peu plus d'un tiers des jeunes de notre corpus) ¹⁰.

Répartition selon la situation scolaire et professionnelle

La répartition des âges dans notre corpus se retrouve logiquement dans la répartition des formes de scolarité ou de situation professionnelle des jeunes. Un tiers sont des collégiens, la moitié sont des lycéens (parmi eux, la majorité sont alors scolarisés en CAP ou en classe de seconde dans un lycée général, technologique ou professionnel), quelques-uns font des études supérieures, quelques autres sont demandeurs d'emploi ou salariés.

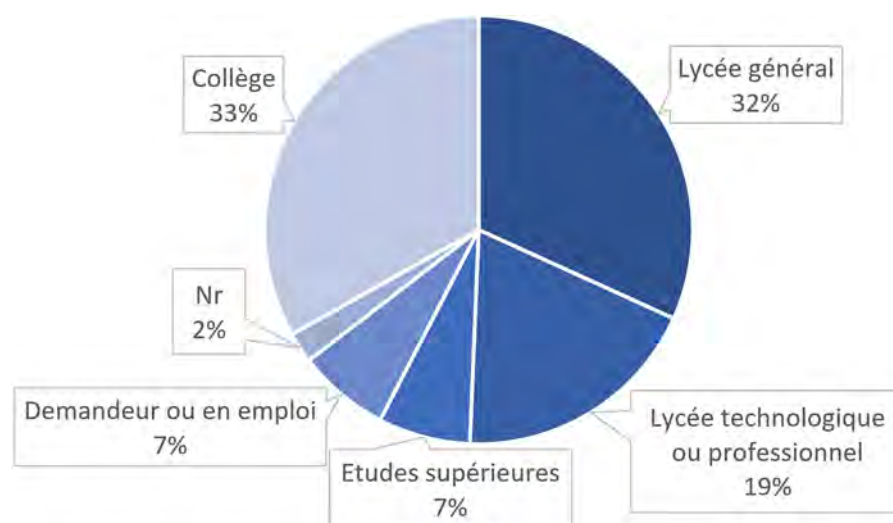


FIGURE 12 – Répartition (fréquences en %) des formes de scolarité ou de situations professionnelles

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

¹⁰ *Ibid.*

Remarque : la répartition par âges dans notre corpus n'est pas non plus représentative de la population départementale des jeunes âgés de 11 à 21 ans. Parmi eux, les âges sont répartis de façon équilibrée entre 11 et 17 ans (chaque âge représente alors 8 % de la population départementale âgée de 11 à 21 ans) et entre 18 et 21 ans (chaque âge représente alors 11 % de cette population)

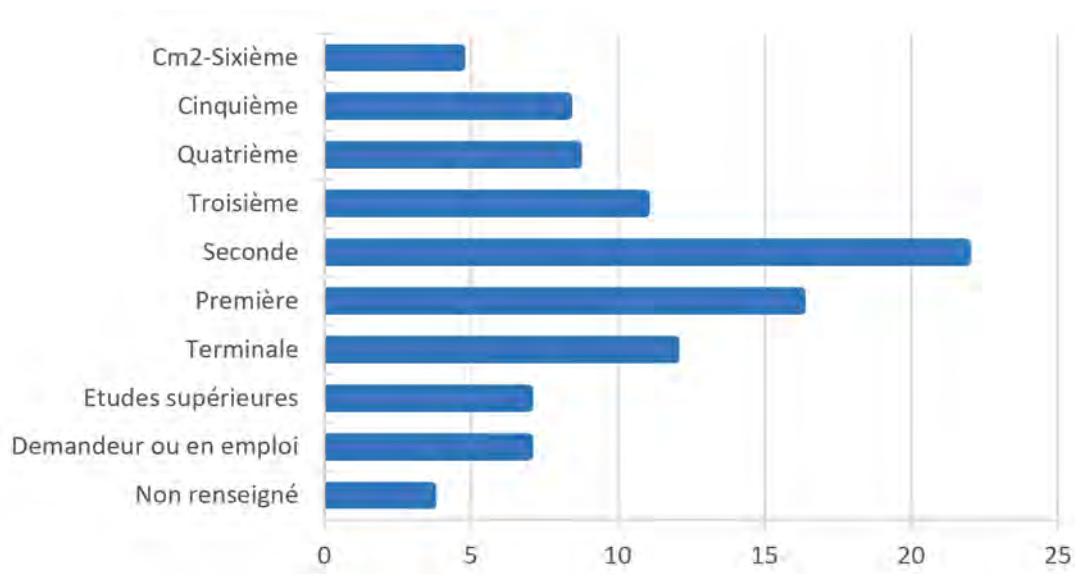


FIGURE 13 – Répartition (fréquences en %) des niveaux scolaires ou des situations professionnelles

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

La comparaison n'est pas possible avec le public de la MDA, les statistiques produites par le dispositif n'incluant pas ces indicateurs.

La comparaison avec la population des adolescents et jeunes adultes dans le département du Sud est complexe, mais les données accessibles tendent à montrer que le public de la MDA n'est pas représentatif de la population départementale en matière de situation scolaire ou professionnelle :

- parmi les seuls effectifs des jeunes scolarisés dans le second degré et le supérieur, la proportion des jeunes scolarisés dans l'enseignement supérieur est faible dans notre corpus et majoritaire dans la population départementale (52 % dans l'enseignement supérieur et 48 % pour les collèges et lycées) ¹¹ ;
- parmi les seuls effectifs scolaires du second degré, la proportion des jeunes scolarisés en lycée (général, technologiques ou professionnels) est majoritaire dans notre corpus, tandis que les collégiens sont largement majoritaires dans la population départementale (60 % des jeunes scolarisés dans le second degré résidant dans le département sont collégiens, 15 % sont scolarisés en CAP ou en seconde, 13 % en première, 12 % en terminale) ¹² ;

¹¹ Source : INSEE, Effectifs scolaires du premier et second degré et du supérieur en 2018–2019, Comparaisons régionales et départementales et nos calculs

¹² Source : Système d'information statistique consolidé académique (SYSCA), Constat définitif du second degré 2020 par établissement public et privé et nos calculs
Champ : Effectifs d'élèves du second degré à la rentrée 2019 dans le département du Sud

- en ce qui concerne les jeunes demandeurs d'emploi ou en emploi, leur proportion est faible dans notre corpus et plus importante dans la population départementale. Même si les catégories d'âges limitent la portée de la comparaison, il apparaît de manière flagrante que les jeunes actifs ou chômeurs sont sous-représentés parmi les jeunes pris en charge à la MDA par rapport à la population départementale (ils représentent 15 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans résidant dans le département, ou 39 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans)¹³.

Néanmoins, une tendance est similaire : parmi les jeunes lycéens, la répartition entre la filière générale et les filières technologiques ou professionnelles est la même dans notre corpus et dans la population départementale (environ deux tiers des jeunes lycéens de notre corpus ou résidant dans le département sont scolarisés en lycée général, un tiers dans des filières technologiques et professionnelles)¹⁴.

Répartition selon les groupes socioprofessionnels des parents

À partir de la hiérarchisation des professions et catégories socioprofessionnelles (Pcs) construite pour la recherche, quelques tendances se dégagent et permettent de considérer que les parents des jeunes pris en charge à la MDA travaillent dans des métiers des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale.

Au niveau le plus agrégé de la nomenclature proposée par l'INSEE :

- Quel que soit l'indicateur retenu (Pcs du père, de la mère, ou la plus élevée des deux parents), les groupes socioprofessionnels des agriculteurs exploitants, des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, des ouvriers, des retraités et des personnes sans activité professionnelle (Pcs 1, 2, 6, 7 et 8) sont systématiquement peu nombreux dans notre corpus (ces groupes représentent chaque fois moins de 35 dossiers) ;
- Quand les métiers des mères sont connus, elles sont majoritairement catégorisées dans les groupes socioprofessionnels des professions intermédiaires (la Pcs 4 regroupe un quart de l'ensemble des mères), viennent ensuite les employées (la Pcs 5 regroupe 22 % de l'ensemble des mères) puis les cadres et professions intellectuelles supérieures (la Pcs 3 regroupe 12 % des mères) ;

¹³ Source : INSEE, Recensement de la population 2017, Exploitation principale, Géographie au 1^{er} janvier 2020, EMP T2 (activité et emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge)

¹⁴ Source : Système d'information statistique consolidé académique, 2020, *op. cit.* et nos calculs
Champ : Effectifs des élèves à la rentrée 2019 scolarisés en certificat d'aptitude professionnelle, brevet professionnel, brevet des métiers d'arts, mission de lutte contre le décrochage scolaire et en seconde, première et terminale générales, technologiques et professionnelles



FIGURE 14 – Répartition (fréquences en %) des groupes socioprofessionnels des mères et des pères

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA



FIGURE 15 – Répartition (fréquences %) des groupes socioprofessionnels les plus élevés entre les deux parents

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA réduit aux dossiers qui signalent le métier de l'un au moins des deux parents (N = 246)

- Quand les métiers des pères sont connus, ils sont majoritairement catégorisés dans les groupes socioprofessionnels des cadres et professions intellectuelles supérieures (17% des pères en Pcs 3) ou des professions intermédiaires (12% en Pcs 4);
- Au regard du groupe socioprofessionnel le plus élevé des deux parents et quand le métier d'au moins un parent est connu, les groupes socioprofessionnels des cadres et professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires et des employés sont largement majoritaires (Pcs 3, 4 et 5). En ne retenant que

les deux premiers groupes, plus de la moitié des jeunes de notre corpus ont au moins un parent catégorisé en tant que cadre et profession intellectuelle supérieure ou profession intermédiaire (Pcs 3 et 4).

En catégorisant les métiers déclarés des parents selon le deuxième niveau de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles proposée par l'INSEE, il apparaît que les fractions populaires les plus précaires et les niveaux plus élevés et bourgeois de la hiérarchie sociale font peu ou pas partie du public de la MDA.

Le public de la Mda est majoritairement composé de jeunes dont les parents sont enseignants (du premier et second degré, 13 % des parents en activité sont catégorisés en Pcs 42), viennent ensuite (par ordre décroissant de leur proportion parmi les parents en activité) des travailleurs sociaux et professions intermédiaires de la santé (9 % sont catégorisés en Pcs 43), des ingénieurs et cadres techniques d'entreprise (8 % sont catégorisés en Pcs 38) et des personnels des services directs aux particuliers, presque toujours les mères, qui sont alors le plus souvent assistantes maternelles ou employées de l'hôtellerie ou de la restauration (8 % sont catégorisées en Pcs 56).

Sans être exhaustif, les professions libérales, les professions des arts et des spectacles, les professions scientifiques ou les chefs de grandes entreprises sont peu représentés, de même que les ouvriers non qualifiés, les employés de commerce ou les artisans.

Sans disposer des informations relatives au statut social des familles, à leurs ressources économiques et patrimoniales et à leur distance par rapport au capital culturel qui permettraient des analyses plus fines, nous considérons que le public de la MDA est majoritairement composé de jeunes issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale.

Dit autrement, nous pourrions envisager qu'ils sont issus des fractions médianes des classes populaires aux fractions basses des classes supérieures [BERNARD, MAS-CLET *et al.*, 2019]. Cependant, non seulement une telle précision serait abusive à partir des seuls métiers déclarés, mais la formulation retenue permet aussi d'insister sur la proportion majoritaire des professions intermédiaires et des cadres dans notre corpus.

La comparaison de la répartition des groupes socioprofessionnels de notre corpus avec le public de la MDA n'est pas possible, les statistiques produites par le dispositif n'incluant pas ces indicateurs.

Néanmoins, même si les métiers des parents ne font pas l'objet d'une attention particulière pour rendre compte de leur activité, plusieurs professionnels de l'équipe confirment ces tendances et la spécificité de leur public, issu des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale, par rapport au public de la plupart des autres organisations qui s'adressent aux jeunes en souffrance, plus souvent décrits comme issus des niveaux inférieurs de cette hiérarchie.

Au prisme des groupes socioprofessionnels des parents, notre corpus n'est pas représentatif de la population départementale au sens strict du terme. Les proportions ne sont pas exactement les mêmes et les individus ne sont pas comptés de la même manière. Toutefois, les mêmes tendances se dégagent de notre corpus et du recensement de la population âgée de 15 à 64 ans et dite « active » dans le département (c'est-à-dire hors élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés, retraités et personnes sans activité professionnelle).

En particulier, il est notable que les groupes socioprofessionnels des cadres et professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires et des employés sont largement majoritaires. Ces trois groupes (Pcs 3, 4 et 5) représentent alors à eux seuls environ 80 % des actifs (pour notre corpus, il s'agit de 83 % des dossiers individuels qui représentent chacun un jeune et un ou deux parents, pour les données du recensement départemental, il s'agit de 78 % des individus âgés de 15 à 64 ans résidant dans le département)¹⁵. Notons que cette proportion à l'échelle de notre corpus représente 10 points de plus que le total de ces trois groupes socioprofessionnels (Pcs 3, 4 et 5) à l'échelle du pays¹⁶.

¹⁵ Dans la population départementale, les trois groupes socioprofessionnels sont représentés dans des proportions à peu près égales (dans l'ordre décroissant des effectifs : les individus exerçant une profession intermédiaire représentent 28 % de la population des actifs âgés de 15 à 64 ans, les employés 26 %, les cadres et professions intellectuelles supérieures 25 %).

Source : INSEE, Recensement de la population 2017, Exploitation principale, Géographie au 1^{er} janvier 2020, EMP T1 (population de 15 à 64 ans par type d'activité) et EMP T3 (population active de 15 à 64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle)

Dans notre corpus, les jeunes pour qui au moins l'un des deux parents exerce une fonction de cadre ou une profession intellectuelle supérieure passent au premier rang (33 % des dossiers ou au moins l'un des parents est actif, les professions intermédiaires représentant 29 %, les employés 21 %)

Champ : corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA réduit aux dossiers qui signalent le métier de l'un au moins des deux parents, hors retraités et personnes sans activité professionnelle ($N = 224$)

¹⁶ Dans la population française (hors Mayotte), ces trois groupes socioprofessionnels représentent 72 % des personnes en emploi en 2019 (les employés représentent 27 % des personnes en emploi, les professions intermédiaires 26 % et les cadres et professions intellectuelles supérieures 19 %)

Source : INSEE, Enquête Emploi 2019

En résumé, notre corpus est représentatif du public de la MDA et il est représentatif de la population juvénile départementale en matière de sexe et de groupes socioprofessionnels des parents.

Ainsi, même si la construction du public de ce dispositif, issu des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale, génère des représentations négatives et des critiques parmi les acteurs locaux de la jeunesse, il correspond aux caractéristiques associées à la répartition des différents niveaux de la hiérarchie sociale dans le département du Sud.

En matière de recherche sociologique, l'analyse des dossiers des jeunes pris en charge dans cette maison des adolescents représente donc une opportunité d'appréhender une forme particulière de l'expérience juvénile contemporaine, rarement étudiée : celle d'adolescents et de jeunes adultes issus de milieux non précaires voire relativement favorisés qui demandent de l'aide pour affronter leur souffrance.

CHAPITRE 5

La souffrance comme objet de recherche

En mobilisant la notion de souffrance dans cette recherche pour décrire et analyser sociologiquement des expériences juvéniles contemporaines, nous mobilisons le même vocabulaire que les acteurs de l'action publique en direction des jeunes et que les chercheurs des disciplines intéressées par le psychisme des individus.

Néanmoins, nous considérons que ce mot n'appartient ni aux représentants de l'État, ni aux professionnels de terrain, ni aux chercheurs en psychologie ou en psychiatrie. Un détour linguistique permet de montrer que la souffrance porte, dans sa définition littérale, une dimension sociale et la littérature montre à son tour que cette notion fait partie du vocabulaire des sciences humaines et sociales.

Pour les linguistes¹, la souffrance est définie comme le « *fait de souffrir, d'éprouver une douleur physique ou morale* » ou l'« *état de celui qui souffre* »². La souffrance est donc effectivement une expérience personnelle et individuelle, mais elle dérive du verbe souffrir qui présente quant à lui un caractère potentiellement interactionnel.

Souffrir est ainsi, à son tour, d'abord défini par la douleur physique ou morale, mais il s'agit également de « *souffrir par/pour quelqu'un* » et de « *souffrir de* » quelque chose : « *du mal du pays* », « *du qu'en dira-t-on* », « *des reproches* », « *de l'absence de ceux qu'on aime* », « *d'ingratitude* », « *du chômage* », ou encore « *de la crise économique* ».

Pour la langue française, la souffrance concerne donc à la fois une expérience intime et corporelle, mais aussi une expérience sociale, puisqu'elle s'inscrit dans des interactions et des contextes sociaux particuliers.

Les sciences humaines et sociales se sont intéressées depuis longtemps à la notion de souffrance.

1 Les citations en italique et entre guillemets dans ce paragraphe et les suivants sont issues du dictionnaire Trésor de la langue française informatisé (TLFI, 2004), accessible en ligne sur le site internet du centre national de ressources textuelles et lexicales : <https://www.cnrtl.fr/>

2 Nous laissons ici volontairement de côté les autres définitions du terme « souffrance » quand elles sont associées à la jurisprudence ou à des objets : « *tolérance en vertu de laquelle on accepte certaines choses que l'on pourrait empêcher* », ou « *affaires qui sont en suspens* », « *colis qui n'a pas été délivré, ou qui n'a pas été réclamé* »

Pour une rapide revue de la littérature qui croise ces deux dimensions, nous nous appuyons notamment sur les travaux du philosophe Emmanuel RENAULT [2008], qui a consacré un ouvrage éponyme à la conceptualisation de la souffrance sociale en montrant son intérêt analytique. Il propose en effet un examen critique détaillé de l'ensemble des modèles théoriques par lesquels différentes disciplines des sciences humaines et sociales tentent d'analyser cette notion.

5.1 Rapide revue de la littérature dans les sciences humaines et sociales

Même si les disciplines du psychisme sont écartées de nos analyses des expériences juvéniles de la souffrance, il faut évoquer les apports de la psychanalyse, avec l'œuvre de Sigmund FREUD au début du XX^e siècle³, sur lesquels s'appuie Emmanuel RENAULT pour conceptualiser la souffrance sociale.

Sigmund FREUD n'a pas directement traité la souffrance comme un concept déterminant, mais Emmanuel RENAULT montre qu'il est possible de reconstituer une théorie freudienne de la souffrance sociale à partir de ses écrits. Sans détailler cette analyse et sans s'attarder non plus sur la distinction freudienne entre les « *souffrances normales* » et les « *souffrances pathologiques* », notons que Sigmund FREUD considère que la souffrance sociale combine trois modèles explicatifs : « *un premier renvoie à la pression exercée par la civilisation sur le psychisme individuel, un deuxième à un défaut d'identification à la vie sociale, un troisième à l'effet de circonstances sociales particulières* ». Pour le dire rapidement, Sigmund FREUD considère que la souffrance intime et individuelle, autrement dit la souffrance psychique, est intrinsèquement liée à (pour lui elle est causée par) un contexte sociétal et culturel spécifique, mais aussi à une difficulté des individus à trouver leur place dans ce contexte social, ou encore à des événements particuliers dans leurs trajectoires biographiques.

Pour l'un des pères fondateurs de la psychologie et de la psychanalyse, la souffrance est donc à la fois une catégorie psychologique, mais aussi un objet potentiel d'analyse pour les sciences sociales. À la suite de ses travaux, de nombreux chercheurs en psychologie ou en psychiatrie continuent de mobiliser cette notion en s'intéressant à ses dimensions sociales.

³ Voir notamment les références et citations [citées dans RENAULT, 2008] issues de : FREUD Sigmund, *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1987 ; *Le Malaise dans la culture*, Paris, Presses universitaires de France, 1995 ; *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968

L'objet de recherche que constitue la souffrance mobilise ainsi l'ensemble des sciences humaines et sociales et tend à brouiller les frontières entre les disciplines.

En ce qui concerne la littérature en sciences sociales, les analyses sociohistoriques [COUTANT, WANG, 2018 ; RENAULT, 2008] de l'usage de la notion de souffrance rappellent que l'anthropologie s'est intéressée aux expériences intimes et au psychisme individuel, quand la sociologie apparaît moins concernée.

Marcel MAUSS est cité pour ses analyses – lui aussi au début du XX^e siècle – relatives à la part non négligeable du psychisme individuel et de l'adhésion personnelle aux valeurs sociales, même s'il affirme la surdétermination du social⁴.

Par la suite, les travaux anthropologiques sont nombreux à s'intéresser aux troubles psychiques, aux cures et aux croyances personnelles pour lutter contre la maladie et la souffrance. Plus récemment, les travaux de Veena DAS en anthropologie médicale en 2006⁵ sont cités, quand elle analyse les souffrances à long terme dans l'univers domestique, générées par la violence interconfessionnelle dans l'Inde post indépendance.

Les pères fondateurs de la sociologie mobilisent eux aussi la notion de souffrance dans leurs travaux. Logiquement, Emmanuel RENAULT souligne que les dimensions individuelles et psychiques de l'expérience de la souffrance sont alors en arrière-plan : soit elles sont évincées de l'analyse, soit elles sont considérées comme les conséquences individuelles de dynamiques sociales sur lesquelles les chercheurs portent davantage leur attention.

En premier lieu, les analyses sociohistoriques de l'intérêt sociologique pour le psychisme, ou au moins pour ses manifestations individuelles, citent systématiquement les travaux sur le suicide. Si les analyses d'Émile DURKHEIM des conditions sociales du suicide en 1897⁶ visent à créer les contours de la discipline et en excluent donc toute dimension psychique ou individuelle, la reprise de ces travaux par Maurice HALBWACHS en 1930⁷ est mentionnée de façon prioritaire et quasiment systématique, dans la mesure où ce dernier intègre désormais les motivations individuelles à l'ana-

4 MAUSS Marcel, « Débat sur les rapports entre la sociologie et la psychologie », 1927, In *Œuvres*, 3, *Cohésion sociale et division de la sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1969

5 ASSAYAG Jackie, « Arthur KLEINMAN, Veena DAS, Margaret LOCK, *Social Suffering* », *L'Homme*, n° 149, vol. 39, 1999

6 DURKHEIM Émile, *Le suicide*, Paris, Alcan, 1897

7 HALBWACHS Maurice, *Les causes du suicide*, Paris, Alcan, 1930 (cité dans BAUDELOT Christian, ESTABLET Roger, « Le suicide, un fait social » [In COUTANT, WANG, 2018])

lyse sociologique du suicide. Pour Maurice HALBWACHS, le suicide est un phénomène social et les motivations personnelles au suicide dépendent de la structure du corps social. Il montre ainsi la légitimité de la sociologie à s'intéresser aux dimensions psychologiques de certains faits sociaux.

Ensuite, les travaux de Karl MARX sont également référencés, dans la mesure où il considère que la critique du capitalisme doit passer par la description de ses effets sur les individus, en matière de conditions de vie, de contrainte sur les corps et les esprits et d'affaiblissement des ressources sociales, permettant d'affronter les difficultés de l'existence.

Les travaux des sociologues de l'École de Chicago dans les années 1920-1930 sont aussi signalés, quand ils s'intéressent aux liens entre les conditions de vie et les pathologies mentales.

De même, Norbert ELIAS est régulièrement cité pour son intérêt quant à la personnalité des individus et son analyse de leur difficile équilibre psychique. Selon la théorie eliasienne, les individus sont ainsi pris entre la pression externe et leurs tendances internes, c'est-à-dire entre la nécessité de contrôler leurs pulsions et leurs affects et celle de leur donner satisfaction⁸.

Outre ces travaux précurseurs, il faut ensuite attendre la fin du XX^e siècle et la diffusion massive du langage de la souffrance dans les politiques publiques. La sociologie française s'intéresse alors à nouveau aux liens entre l'état psychique des individus et leur position dans la société.

Sont notamment cités à cette période les travaux de Vincent DE GAULEJAC sur la *névrose de classe* en 1987⁹, qui associe les dimensions psychologiques et sociologiques de la mobilité sociale, pour des individus en situation d'ascension ou de déclassement, éventuellement confrontés à l'humiliation, au sentiment d'infériorité ou de culpabilité. Ou encore les analyses de Serge PAUGAM en 1991 sur l'intériorisation par les individus de la *disqualification sociale*¹⁰.

Mais selon toutes les analyses sociohistoriques, les premiers travaux sociologiques d'ampleur relatifs à la souffrance comme fait social sont ceux de Pierre BOURDIEU et

⁸ Pour l'analyse des travaux de Norbert ELIAS, voir : JOLY Marc, BOLZ Daphné, « Processus de civilisation et "bien-être" : la quête de l'équilibre ? » [In COUTANT, WANG, 2018]

⁹ DE GAULEJAC Vincent, *La névrose de classe : trajectoires sociales et conflits d'identité*, Paris, Hommes et groupes, 1987 (cité dans WANG Simeng, « Étudier les souffrances de migrants : L'exemple de la population chinoise en France » [In COUTANT, WANG, 2018])

¹⁰ PAUGAM Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, Presses Universitaires de France, 8^e édition, 2009 [1^{re} édition 1991]

son équipe dans *La misère du monde* [2007, 1^{re} édition 1993]. Le terme de souffrance avait été envisagé dans un premier temps mais n'est pas resté dans le titre, la notion de misère lui ayant été préférée pour articuler la réflexion entre misère de situation et misère de position. Néanmoins, il est question tout au long de l'ouvrage de souffrance individuelle générée par le social et de souffrance partagée par différents groupes sociaux, c'est-à-dire tant de la souffrance des pauvres que de celle des professionnels chargés de les accompagner.

La notion de souffrance réapparaît explicitement dans ses *Méditations pascaliennes* en 1997¹¹, pour analyser les habitus désajustés et les habitus désaccordés. Emmanuel RENAULT analyse alors la conceptualisation bourdieusienne de la souffrance sociale comme « *les dommages subis par les individus quand le poids des dominations se fait plus insupportable dans un contexte marqué par la déstructuration des relations sociales qui avaient caractérisé l'ordre social fordiste et par le démantèlement de protections caractéristiques de l'État-providence* », mais aussi comme les « *désajustements et désaccords intérieurs [qui] en viennent à susciter de nouveaux comportements (violence, racisme et xénophobie) qui induisent à leur tour de nouvelles souffrances* » [2008, pp.196-198].

À la suite de ces travaux – et outre les analyses relatives à la construction sociale de la souffrance, à la diffusion de ses représentations ou de son répertoire lexical dans le débat public¹² –, la sociologie continue de traiter des interactions entre les dimensions psychiques individuelles et la vie ou la structure sociale.

Pour en citer quelques exemples, de façon non exhaustive et à grands traits (les termes en italique et entre guillemets sont ceux empruntés aux auteurs) :

- Bernard LAHIRE en 1998¹³, qui analyse le « *malaise individuel* » ressenti quand les multiples « *dispositions incorporées* » d'un individu ne trouvent pas l'occasion de se manifester dans un monde social « *différencié et contraignant* », ou quand la multiplicité des « *investissements sociaux* » les rend « *incompatibles* » ;
- Alain EHRENBURG [1998], avec ses travaux sur la « *dépression* » en lien avec les évolutions normatives, dans une société qui prône « *l'autonomie* », la « *performance* »

11 BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Le Seuil, 1997 [cité dans RENAULT, 2008]

12 Voir notamment : BOLTANSKI Luc, *La souffrance à distance*, Paris, Métailié, 1993 [cité dans RENAULT, 2008] ; FASSIN, 2004 ; ION Jacques *et al.*, *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, 2005 [cité dans RENAULT, 2008] ; LAVAL Christian, *Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique*, Thèse de doctorat, Lyon II, 2003 [cité dans RENAULT, 2008]

13 LAHIRE Bernard, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 1998 (cité dans LAHIRE Bernard, « Pour une sociologie à l'échelle individuelle » [In COUTANT, WANG, 2018])

et la « *responsabilité* » individuelle ;

- Michel JOUBERT en 2001 ¹⁴, selon lequel la perte du « *support social* », qui permet de supporter la « *violence* » associée aux contextes sociaux où le risque de violence est accru, génère structurellement la souffrance ;
- Philippe BRAUD [2003], avec son analyse de la souffrance associée aux conséquences « *identitaires* » de la « *violence symbolique* » subie ;
- Jean FOUCART [2003], qui analyse la souffrance comme une « *crise de la confiance* » en soi, dans les autres et dans le monde ;
- Ou encore Marc-Henry SOULET [2007], avec son analyse des liens entre « *vulnérabilité structurelle* » et souffrance individuelle.

Parallèlement, après les travaux d'Abdelmalek SAYAD sur les illusions et les souffrances des émigrés en 1999 ¹⁵, les années 2010 voient se multiplier des travaux sociologiques qui s'intéressent à des scènes sociales particulières, susceptibles de générer des souffrances individuelles, ou à des catégories de population pour lesquelles la notion de souffrance est considérée comme heuristique dans l'analyse des expériences sociales.

À nouveau, quelques exemples illustrent l'intérêt des sociologues :

- Sandra GAVIRIA [2012] analyse la souffrance associée à la première expérience de vie autonome des étudiants ;
- Baptiste BROSSARD [2014] s'intéresse à la corporéisation de la souffrance chez les jeunes qui s'automutilent ;
- Manuella ROUPNEL-FUENTES [2014] analyse les souffrances associées à la situation de chômage des anciens salariés de Moulinex ;
- Cristina FIGUEIREDO [2014] interroge la souffrance des familles de jeunes déscolarisés ;
- Marie-Carmen GARCIA [2015] analyse les souffrances de femmes qui sont les maîtresses d'hommes mariés ;
- Stéphane HEAS et Christophe DARGÈRE [2015] mobilisent la notion de souffrance pour analyser les expériences de jeunes scolarisés en institut médico-professionnel et d'adultes qui ont fait de leurs habiletés physiques un métier ;

¹⁴ JOUBERT Michel, « Précarisation et santé mentale. Déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires », In JOUBERT Michel, CHAUVIN Pierre et al., *Précarisation, risque et santé*, Paris, INSERM, 2001 [cité dans RENAULT, 2008]

¹⁵ MUEL-DREYFUS Francine, « Abdelmalek SAYAD : sociologie historique et sociologie clinique de l'émigration/immigration » [In COUTANT, WANG, 2018]

- Marc LORIOL [2015] analyse l'expérience de la souffrance chez les soignantes hospitalières ;
- Jean-Baptiste PESQUET [2015] analyse les récits de souffrance chez les réfugiés syriens ;
- Pascale MANUELLO et François SICOT [2015] analysent les souffrances repérées par les professionnels dans des quartiers de relégation sociale ;
- Ou encore Simeng WANG [2016] qui s'intéresse aux souffrances des adolescents français d'origine chinoise à Paris.

Quand la littérature sociologique s'intéresse à l'expérience de la souffrance, sans se préoccuper de ses liens avec la structure sociale ni avec des contextes particuliers, mais en tentant d'en définir le contenu, les chercheurs mettent en exergue différentes caractéristiques, synthétisées ici en quelques thématiques.

Ces différents éléments ne sont pas hiérarchisés, ils ne sont pas exclusifs les uns des autres ni nécessairement tous présents dans l'expérience de la souffrance et ils ne sont pas spécifiquement mobilisés pour analyser les expériences juvéniles. En outre, dans la mesure où les chercheurs mettent l'accent sur l'une ou l'autre des dimensions qu'ils associent à la souffrance, cette liste n'est vraisemblablement pas exhaustive ¹⁶.

- En premier lieu, la « *corporéité* » de la souffrance est un aspect régulièrement souligné. Les auteurs montrent que la souffrance s'inscrit dans les corps, qu'elle est associée à la « *douleur* » physique, à la sensation de « *fatigue* » et parfois à divers « *troubles de santé* ».
- À l'inverse, elle peut être associée à la « *déshabitation de soi* », le corps étant dit « *anesthésié* » ou en « *hypoesthésie* », c'est-à-dire que les individus perdent leur sensibilité corporelle ;
- Ensuite, elle est associée à des manques, des pertes ou des problèmes dans la sociabilité. Selon les auteurs, il est question d'« *isolement social* », de « *solitude* », de « *fermeture sur soi* », de « *désocialisation progressive* », de « *ruptures des liens sociaux* », ou encore de « *difficultés communicationnelles* », de « *relations conflictuelles à autrui* », de « *peur des autres* » ;
- En outre, dans la mesure où la souffrance a toujours « *à voir avec un échec de l'inscription dans les formes sociales* » [RENAULT, 2008, p.34], son expérience est

¹⁶ Nous ne référençons pas systématiquement les auteurs qui évoquent l'une ou l'autre des dimensions listées, puisque la plupart sont systématiquement présentes dans plusieurs publications déjà citées, les termes mobilisés par un ou plusieurs auteurs sont écrits en italique et entre guillemets

associée à la sensation de ne pas avoir sa place dans le monde, à la « *désaffiliation* », aux processus de « *déliation* », à un « *défaut du sentiment d'appartenance* », à l'« *absence de perception d'un soutien possible* », ou encore à un « *déni de reconnaissance* » dans les interactions sociales ;

- Plusieurs auteurs soulignent que les individus souffrants sont confrontés à la « *perte de sens* » dans leurs activités quotidiennes, mobilisant les notions d'ébranlement des « *repères sociaux* », de « *sentiment de désœuvrement* », d'« *inutilité sociale* » ;
- Une caractéristique relative à l'« *insécurité* » apparaît également de façon récurrente. La souffrance est ainsi associée à l'« *incertitude* » sur le devenir professionnel, à la « *peur* » de l'avenir, à l'« *angoisse du vide* », à l'« *anxiété de se sentir vulnérable* », ou à la « *terreur existentielle* ». Les individus, même s'ils se sentent en sécurité dans leur existence physique, sont décrits comme vivant une profonde « *insécurité de statut et de niveau de vie* », associée à la crainte du « *déclassement* » ;
- Le sentiment d'« *injustice* » est lui aussi souligné dans les analyses de la souffrance, associé par exemple aux orientations scolaires ou aux contraintes professionnelles subies, ou encore à l'expérience de la « *discrimination* », de la « *stigmatisation* », ou de la « *violence symbolique* » ;
- Par ailleurs, la sociologie mobilise la notion de « *définition de soi* », qui serait mise en doute dans l'expérience de la souffrance.

Les individus souffrants sont réputés confrontés à une incertitude identitaire potentiellement destructrice, puisqu'elle concerne les craintes quant à l'« *unité* », la « *permanence* » et la « *cohérence* » de soi dans le temps, considérées comme des besoins existentiels profonds et communs à tous les êtres humains. Certains auteurs montrent ainsi comment des individus décrivent un sentiment d'« *étrangeté* », d'« *anormalité* » dans la définition d'eux-mêmes ;

- La souffrance est encore associée à la « *dépréciation de soi* », à la « *honte* », à la « *culpabilité* », à la « *crainte de l'incompétence* », au « *sentiment d'infériorité* », à la « *fragilisation de la confiance en soi* », au « *sentiment de faillite personnelle* » ou « *d'insuffisance* ».

Les individus qui font l'expérience de la souffrance sont supposés avoir intériorisé la « *disqualification* », certains ne peuvent pas être ce qu'ils voudraient être, ils sont confrontés à la gestion des « *écarts* » entre la « *position désirée* », les « *valeurs intériorisées* » et la « *réalité vécue* » ; d'autres ont vécu des échecs et anticipent systématiquement les suivants ; d'autres encore ont subi des « *humiliations* », des « *jugements négatifs* » qui ont dégradé leur « *estime d'eux-mêmes* » ;

- La souffrance est aussi fréquemment associée à des conséquences émotionnelles, certains auteurs soulignent comment les « *affects* » peuvent s’émousser ou au contraire comment l’excitabilité peut être permanente ;
- Elle est parfois associée à l’« *autonomisation des pensées* », dans le sens où les individus « *se focalisent, divaguent, ressassent* » ;
- La souffrance est enfin régulièrement associée au sentiment d’« *impuissance* », à la « *passivité de la vie* », à la « *déresponsabilisation* » et au « *manque de motivation* », d’autant plus que les individus sont confrontés à une incertitude relative à leur souffrance-même, quant à sa « *nature* », sa « *profondeur* », sa « *durée* », son « *sens* ». Plusieurs auteurs citent alors Paul Ricoeur qui définissait la souffrance comme « *une impuissance à dire, à faire, à raconter, à s’estimer* »¹⁷.

À la suite de ces travaux et malgré les critiques théoriques et politiques à l’encontre de la conceptualisation de la souffrance¹⁸, nous pensons que la notion de souffrance est pertinente pour décrire, analyser et comprendre les expériences sociales des jeunes âgés de 11 à 21 ans qui demandent de l’aide à la MDA dans le département du Sud.

5.2 Modèle conceptuel pour l’analyse des expériences juvéniles de la souffrance

Pour analyser notre corpus des dossiers des jeunes pris en charge à la MDA, nous nous appuyons sur la conceptualisation de la souffrance sociale proposée par Emmanuel RENAULT [2008], complétée par les analyses des expériences de la souffrance pour les adolescents et les jeunes adultes, menées par Serge PAUGAM [2014] et David LE BRETON [2007] (d’autres études menées sur des aspects particuliers de l’expérience juvénile de la souffrance étant toutefois ponctuellement mobilisées).

À notre connaissance, les travaux de Serge PAUGAM et David LE BRETON sont les seuls mobilisant la méthode sociologique et s’intéressant spécifiquement à la souffrance des adolescents et des jeunes adultes, construite en objet de recherche :

¹⁷ RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990 [cité dans DE GAULEJAC, 2009]

¹⁸ L’ensemble des obstacles et des critiques sont recensés par Emmanuel RENAULT [2008] (voir le chapitre « Les obstacles à l’analyse de la souffrance sociale », pp.15-39) notamment :

- la théorisation de la souffrance participerait à la victimisation d’individus impuissants, considérés comme souffrants et par là-même incapables de réagir et d’œuvrer pour leur réussite sociale ;
- le discours de la souffrance dans l’action publique renforcerait le gouvernement des corps et du psychisme individuel, la domination et la moralisation, la responsabilisation individuelle et la psychologisation du social, tout en gommant les facteurs structurels et politiques de la souffrance ;
- l’expérience individuelle de la souffrance sociale serait inaccessible pour le chercheur, confronté à un objet au moins partiellement inexprimable

- Le rapport de l'enquête UNICEF France, *Écoutons ce que les enfants ont à nous dire* [PAUGAM, 2014].

Dans son édition de 2014, cette enquête (régulièrement renouvelée depuis 2013) est menée par questionnaires auprès de 11 232 enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans (avec 71 % des jeunes âgés de 11 à 18 ans, c'est-à-dire à des âges correspondant à ceux des jeunes de notre corpus). Elle est réalisée avec la participation de Serge PAUGAM dans les phases d'analyse des données collectées et d'interprétation des résultats. Elle s'intéresse spécifiquement aux différentes formes de la souffrance, en particulier pour les plus grands. Elle est d'ailleurs sous-titrée *Adolescents en France : le grand malaise* ;

- L'essai de David LE BRETON, publié en 2007 sous le titre *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*.

Il ne s'agit pas d'une publication à vocation scientifique (l'éditeur définissant cet ouvrage comme un « *manuel pour les parents* »). Les analyses portent sur « *des centaines d'entretiens avec des jeunes de Strasbourg et de sa région* » menés depuis 1996 avec l'aide d'étudiants en sociologie dans le cadre d'une enquête sur les conduites dites « à risque ». Ici aussi, la souffrance des adolescents et des jeunes adultes est au cœur de l'ouvrage, proposé par un sociologue et anthropologue initialement diplômé en psychologie, qui s'intéresse aux conditions sociales contemporaines de l'expérience juvénile individuelle de la souffrance.

Ces deux publications ont vocation à analyser les expériences juvéniles de la souffrance en population générale (ciblée simplement à partir de critères d'âges). Elles sont mobilisées à la fois pour compléter la conceptualisation de la souffrance proposée par Emmanuel RENAULT et pour comparer, discuter, opposer nos résultats et conclusions.

En ce qui concerne le modèle conceptuel construit par Emmanuel RENAULT¹⁹, quelques caractéristiques générales doivent être soulignées.

En premier lieu, à l'exception des « *souffrances pathologiques* » (dans cette recherche, il s'agit de souffrances prises en charge dans les services de la psychiatrie infanto-juvénile, quelquefois repérées à la MDA, mais de façon plutôt exceptionnelle), Emmanuel RENAULT considère que si la souffrance présente une dimension intime et subjective, elle est toujours aussi une expérience sociale.

¹⁹ Voir notamment le chapitre « Contenu de la souffrance », *In* RENAULT, 2008, pp.307-324

Il définit alors la souffrance comme l'expérience « *insupportable* » pour les individus – au sens où les épreuves sociales excèdent leurs possibilités de résistance – de la non-satisfaction sociale de l'ensemble des « *besoins fondamentaux liés aux parts corporelle, psychique et sociale de notre existence* » [p.308]. Nos analyses de ces expériences insupportables, complexes et protéiformes, distinguent donc leurs dimensions psychiques, physiques et sociales, associées à la non-satisfaction de besoins psychiques, physiques et sociaux.

Pour Emmanuel RENAULT, ces besoins fondamentaux relèvent « *principalement des besoins organiques, du principe de conservation, des pulsions et des demandes de reconnaissance* » [p.308]. Serge PAUGAM évoque quant à lui deux dimensions inhérentes à toutes les formes de lien social, avec les besoins de protection et de reconnaissance. Pour David LE BRETON, même s'il ne formule pas son raisonnement en termes de besoins non-satisfaits, les besoins de sens et de reconnaissance sont centraux dans ses analyses des expériences juvéniles de la souffrance.

Il est donc question de besoins individuels entendus dans un sens très large, allant du besoin de s'alimenter au besoin de dormir, du besoin d'être en sécurité au besoin de réaliser ses désirs, du besoin d'être reconnu comme un individu égal aux autres en valeur au besoin de cohérence identitaire. L'expérience de la souffrance consiste alors en une expérience individuelle et insupportable de ne pas satisfaire ces besoins psychiques, corporels et/ou sociaux.

Emmanuel RENAULT considère également la souffrance comme le « *résultat d'une non-satisfaction durable et insupportable* » de ces besoins fondamentaux (qu'il nomme « *besoins du moi* » en entendant la notion de « *moi* » en un sens non pas psychanalytique mais « *en un sens tout à fait général* ») [pp.307-308].

Dans cette recherche, plutôt que considérer la souffrance comme le *résultat* des expériences insupportables de la non-satisfaction des besoins des jeunes, nous considérons que l'expérience de la souffrance *est* l'expérience insupportable de cette non-satisfaction des besoins psychiques, physiques et/ou sociaux. Nous nous intéressons donc – pour les jeunes de notre corpus – à leur expérience psychique, physique, et/ou sociale de la souffrance.

En outre, nous ne prenons pas en compte le caractère « *durable* » de la souffrance. en effet, nous nous intéressons aux expériences de la souffrance qui concernent exclusivement des adolescents ou des jeunes adultes, quand elles s'expriment, se montrent ou quand elles poussent à demander de l'aide à la MDA. À part quelques situations

rapportées, nous n'avons pas d'information quant à la durabilité de l'expérience de la souffrance pour les jeunes de nos corpus.

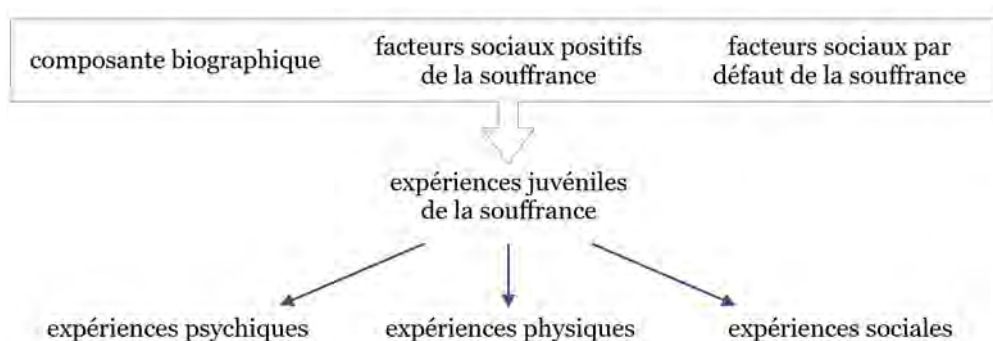
Cependant, puisque ces jeunes disent leur souffrance à leur entourage ou à des professionnels, ou qu'ils la laissent être suffisamment visible pour qu'elle soit repérée, ou qu'ils veulent être aidés pour lutter contre elle, nous considérons que ces expériences relèvent du contenu de la souffrance comme une expérience insupportable, telle que définie par Emmanuel RENAULT.

Surtout, Emmanuel RENAULT définit la souffrance comme « *la dimension proprement sociale d'atteintes subjectives qui peuvent être dites relever de la souffrance à proprement parler dans la mesure où elles appartiennent à la vie affective des individus* » [p.48].

La souffrance intègre à la fois le biographique et le social, elle est le produit [p.332] :

- D'une « *composante biographique* » ou d'une « *dynamique psychique singulière* » (tout individu placé dans le même contexte social ne décrit pas nécessairement son expérience comme souffrante) ;
- De « *facteurs sociaux* » : « *positifs* » (dans le sens où l'environnement social et ses contraintes spécifiques produisent la souffrance) ou « *par défaut* » (dans le sens où « *l'absence des conditions sociales de la lutte contre la souffrance* » ne permet pas de l'affronter ni de la dépasser).

À partir des diagrammes construits par Emmanuel RENAULT, l'un pour distinguer les contenus de la souffrance [p.310], l'autre pour montrer sa dynamique [p.332], nous construisons le schéma suivant, qui illustre notre raisonnement pour analyser les expériences juvéniles de la souffrance.



À ce stade de la réflexion théorique et à partir des analyses multidimensionnelles exploratoires menées sur notre corpus, plusieurs indicateurs sont construits (et présentés dans les chapitres suivants) pour appréhender ces expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance, pour les adolescents et les jeunes adultes pris en charge à la MDA.

Avant de décrire le contenu de ces expériences, le tableau suivant illustre leur répartition dans notre corpus.

		Effectifs	Fréquence
Souffrances psychiques		204	67,5 %
Souffrances physiques		232	76,8 %
Souffrances sociales	Faiblesse des appuis sociaux	223	73,8 %
	Rapport négatif à soi	206	68,2 %
	Souffrance dans les interactions	210	69,5 %
Au moins une expérience de la souffrance		291	96,4 %

TABLE 4 – Répartition des expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance

Champ : Corpus des dossiers de jeunes pris en charge en 2017 à la MDA

D'une part, ce tableau montre que la MDA est bien un lieu de prise en charge de la souffrance, dans la mesure où presque tous les jeunes décrivent au moins une expérience psychique, physique ou sociale insupportable. D'autre part, il confirme le caractère protéiforme de la souffrance juvénile. Il permet de commencer à mesurer que la souffrance s'inscrit dans un cumul d'expériences physiques, psychiques et sociales insupportables.

Dans les chapitres suivants, chaque catégorie des expériences de la souffrance construite pour la recherche est présentée : les souffrances psychiques, les souffrances physiques et les souffrances sociales, à partir de leurs dimensions saillantes et de vignettes individuelles illustrant ces tendances. Pour rappel, les vignettes sont créées à partir de plusieurs dossiers, pour mieux comprendre comment ces dimensions s'articulent dans des expériences juvéniles individuelles insupportables.

Le dernier chapitre de cette partie est ensuite consacré à la construction d'une typologie des expériences juvéniles de la souffrance prises en charge à la MDA.

CHAPITRE 6

Souffrances psychiques et apprentissage de la régulation des émotions

Les expériences psychiques de la souffrance sont celles qui suscitent le plus d'attentes de la part des pouvoirs publics et de mobilisation chez les professionnels, l'action publique de santé en direction de la jeunesse visant notamment à repérer l'émergence de pathologies psychiatriques et à limiter les risques suicidaires.

Ce chapitre se place le plus souvent du point de vue des jeunes qui les vivent et viennent demander de l'aide à la MDA.

À l'échelle nationale, les maisons des adolescents prennent effectivement en charge des jeunes qui font l'expérience psychique de la souffrance. C'est même le motif principal énoncé par les jeunes et les familles pour leur première venue. Dans les statistiques récemment produites par l'association nationale des maisons des adolescents, la catégorie « *santé mentale (mal-être, anxiété, pathologies psychiatriques...)* » est ainsi à la première place¹.

À l'échelle du département du Sud, dans les statistiques produites par la MDA pour les trois dernières années, la catégorie « *mal-être* » est systématiquement à la première place (elle passe de 37 % des motifs de la venue en 2017, à 42 % en 2018 et 45 % en 2019)².

En ce qui concerne notre corpus, nous explicitons un peu plus loin la construction de nos propres catégories pour la recherche, mais nous pouvons d'ores et déjà souligner la part importante des jeunes qui font l'expérience psychique de la souffrance. Les motifs de la venue à la MDA en lien avec les souffrances psychiques sont aussi à la première place, étant énoncés d'emblée pour plus de la moitié des jeunes (52 %).

¹ Soit 26 % des motifs de venue dans les maisons des adolescents sur l'ensemble du territoire national, *ex-æquo* avec la catégorie « *vie scolaire et professionnelle (absentéisme, difficultés d'apprentissage, décrochage)* » et devant les catégories « *violences et conflits intrafamiliaux* » (19 %), « *vie affective et relationnelle (estime de soi, relations amoureuses...)* » (14 %), « *harcèlement, violences entre pairs* » (5 %), « *santé somatique (obésité, scarification, sommeil...)* » (4 %), etc.

Source : Enquête menée par l'association nationale des maisons des adolescents en 2018, *op. cit.*

² Devant les catégories « *vie affective* » (18 à 24 %), « *scolarité* » (10 à 13 %), « *troubles comportementaux* » (6 à 9 %), « *vie sociale* » (3 à 6 %), « *passage à l'acte* » (4 %), « *consommation excessive* » (3 à 4 %), « *violences subies* » (2 à 4 %), etc.

Source : statistiques annuelles produites par la MDA pour les années 2017, 2018 et 2019

Enfin, si nous ne nous contentons pas des discours retranscrits lors de la première consultation mais que nous regardons l'ensemble des dossiers, alors plus de deux jeunes sur trois font l'expérience psychique de la souffrance.

Les jeunes qui viennent à la MDA sont parfois concernés par l'émergence de troubles mentaux³. Les dossiers indiquent ainsi quelques diagnostics de dépression (un peu plus souvent des épisodes dépressifs, éventuellement qualifiés de sévères), de troubles du comportement alimentaire (tels que l'anorexie mentale ou la boulimie), de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles du fonctionnement social (tels que le mutisme sélectif) ou de troubles anxieux (notamment la phobie scolaire).

D'autres troubles, déjà diagnostiqués par d'autres, peuvent également apparaître dans les dossiers, comme l'autisme, les troubles de l'attention, ou les troubles des apprentissages (tels que la dyslexie, la dyspraxie, etc.).

Mais la question des troubles psychiatriques est loin d'être présente dans la majorité des situations. À la MDA, il est question de bien d'autres formes de souffrances psychiques, à l'écart des classifications psychiatriques. Les jeunes qui viennent sont tristes, angoissés, en colère quand ils ne parviennent pas à satisfaire leurs besoins fondamentaux (psychiques, corporels ou sociaux), plusieurs pensent à la mort et quelques-uns envisagent de se suicider.

Ces souffrances psychiques ne sont ainsi qu'une composante de l'expérience juvénile de la souffrance. Il est en effet notable que, même si la plupart des jeunes de notre corpus font l'expérience psychique de la souffrance, ces souffrances psychiques sont un peu moins représentées que les autres.

Dans un premier temps, les contours de ces expériences, proprement individuelles, subjectives et intimes de la souffrance sont délimités, avant de montrer comment ces souffrances psychiques sont systématiquement associées à d'autres expériences, physiques et sociales, de la souffrance.

Les enjeux que constituent à la fois le repérage des émotions, mais aussi l'apprentissage de leur régulation, tant pour l'action publique et pour l'entourage familial et professionnel des jeunes que pour les jeunes eux-mêmes, sont donc analysés.

³ Au sens défini par les classifications psychiatriques (notamment la CFTMEA – Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ou le DSM 5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

6.1 Souffrances psychiques et dimension émotionnelle de leur expérience à l'adolescence

La notion de souffrance psychique apparaît presque systématiquement dans les différents travaux sociologiques déjà cités, mais les chercheurs sont peu nombreux à la décrire ou à la définir.

Elle apparaît dans la littérature comme un allant de soi, une expérience universelle, vécue par tous les individus à un moment ou un autre de leur trajectoire et sans distinction d'âge, de sexe, ou de milieu social. Le fait de souffrir serait une expérience ordinaire, dans le sens où tout le monde connaît ou a connu dans sa vie au moins un épisode de souffrance psychique. Il n'apparaîtrait alors pas nécessaire de la préciser. En outre, cette expérience vécue étant subjective et ressentie, elle est supposée varier d'un individu à un autre, il serait donc risqué de vouloir la délimiter.

Notre modèle conceptuel permet néanmoins de tenter d'avancer vers une définition de l'expérience psychique de la souffrance.

Emmanuel RENAULT [2008] s'intéresse aux sources de la souffrance psychique et la définit en s'appuyant sur les théories freudiennes de l'appareil psychique. Pour le philosophe social, la souffrance psychique est alors le résultat de la non-satisfaction des besoins liés au processus de structuration du psychisme individuel. Il précise que la souffrance psychique « *remonte aux tensions traversant les structures de l'appareil psychique : conflits du ça avec le moi et le surmoi, conflits du principe de plaisir avec le principe de réalité, conflit des pulsions* » [p.312].

En demandant au lecteur de se rappeler notre compréhension limitée des mécanismes et des concepts psychologiques et psychanalytiques, nous proposons de traduire cette affirmation ainsi : la souffrance psychique s'inscrit dans l'intrication étroite de la biographie et de la subjectivité des individus (tous les individus confrontés à des expériences sociales négatives ne les vivent pas et ne les ressentent pas de la même manière) et de leurs expériences sociales nécessairement contraignantes.

Plus précisément, pour Emmanuel RENAULT, la souffrance psychique relève :

- Des écarts entre, d'une part, les représentations de soi et du monde et, d'autre part, la confrontation au réel avec les interactions du quotidien (pour cette recherche, la souffrance psychique s'inscrit donc dans le désajustement entre ce que les jeunes pensent être et ce qu'ils aimeraient être, ce que les autres pensent qu'ils sont, ou ce que les autres voudraient qu'ils soient);

- Des écarts entre, d'une part, les objectifs individuels socialement valorisés (par exemple le bonheur, l'intégration sociale ou encore la réussite) et, d'autre part, les possibilités de les réaliser, dans un contexte social incertain et contraignant ;
- Des conflits subjectifs entre, d'une part, ces aspirations individuelles à l'épanouissement et à la réalisation de soi et, d'autre part, les aspirations individuelles et universelles à la destruction (pour cette recherche, elles sont associées à l'agressivité, à la colère, aux envies de faire mal ou de se faire mal, voire de mourir).

Emmanuel RENAULT considère que ces différentes sources peuvent produire directement la souffrance psychique ou la réactualiser, quand un événement ou un contexte social particulier la réveille. Il cite alors des expériences psychiques de la souffrance telles que l'angoisse, l'effraction traumatique, la perte d'objet ou l'insatisfaction des pulsions [p.312]. Ces expériences infrapsychiques sont difficilement accessibles dans le cadre d'une enquête sociologique, encore plus à partir d'un matériau indirect, mais nous retenons que ces expériences sont ressenties au plus profond de soi et qu'elles mettent en jeu des affects.

La sociologie des émotions peut donc être utilement mobilisée pour accéder aux expériences psychiques de la souffrance pour les jeunes pris en charge à la MDA.

Précisons d'emblée que, même si cette distinction est artificielle et parfois sujette à caution, nous distinguons les émotions « positives » et « négatives ».

« Le qualificatif "négatif" (ou son inverse, "positif") ne doit pas être entendu dans un sens normatif mais relatif à la valence de l'émotion et à ses effets sur l'action. Est négative une émotion pénible ou douloureuse qui a pour effet d'empêcher d'agir. Est positive l'émotion plaisante ou agréable qui invite à agir pour la satisfaire. La première est rétention, la seconde est relâchement » [DÉCHAUX, 2015]

Pour accéder à la souffrance psychique, les émotions négatives sont retenues, au sens des ressentis individuels – émotions et pensées – qui résultent de l'impossibilité à satisfaire ses aspirations, qui inhibent les capacités d'action, ou qui tendent à enrayer l'incertitude du monde et de l'avenir au travers de stratégies d'autodestruction.

À partir de la conceptualisation proposée par Emmanuel RENAULT [2008], nous décidons que la souffrance psychique est l'expérience insupportable d'émotions négatives, souvent vécues avec intensité (la tristesse, la peur ou la colère), ou encore d'une

perte du goût de la vie (avec les pensées macabres et en particulier l'envie de mourir).

L'expérience juvénile de la souffrance psychique est ainsi repérée, dans les dossiers de notre corpus, à partir des indicateurs relevant de ces pensées et émotions négatives⁴ :

- La tristesse, cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les dossiers mobilisent les répertoires lexicaux du chagrin, du mal-être ou de la dépression pour parler des jeunes (ou quand les jeunes les utilisent eux-mêmes pour se décrire ou pour expliquer leur venue à la MDA), par exemple avec des formulations telles que « *triste* », « *malheureux* », « *déprimé* », « *dépressif* », « *dépression* », « *se sentir mal* », « *ne pas aller bien* », « *mal-être* »,
 - quand les dossiers décrivent des pleurs, voire des crises de larmes difficilement arrêtables,
 - ou quand les dossiers retranscrivent les propos des jeunes qui décrivent négativement leur moral ou qui autoévaluent leur moral, sur une échelle de 0 à 10, comme inférieur à 4 ;
- La peur, cet indicateur étant considéré présent quand les dossiers retranscrivent explicitement les mots « *stress* », « *peur* », « *angoisse* », « *inquiétude* », « *phobie* ». La peur peut être présentée comme ponctuelle ou persistante, diffuse ou intense. Quand son origine est connue (ce qui est le plus souvent le cas dans notre corpus), il s'agit le plus souvent de la peur de l'échec à des examens scolaires, de la peur d'être victime de brimades ou de violences physiques, ou de la peur pour un parent, alcoolique, malade ou en situation de précarité ;
- La colère, cet indicateur étant considéré présent dans les dossiers :
 - quand cette émotion est explicitement indiquée, soit comme retranscription des propos des jeunes (ou des familles qui parlent d'eux), soit comme analyse des émotions perçues par les professionnels,
 - ou quand les dossiers retranscrivent des discours associés à la vengeance ou à la haine ;
- Les pensées macabres, cet indicateur étant considéré présent dans les dossiers quand les jeunes disent penser à la mort et en particulier au suicide, de façon ponctuelle ou régulière. Les termes mobilisés dans les dossiers sont le plus souvent « *idées noires* » ou « *idées suicidaires* ».

⁴ Les formes lexicales et les citations en italique et entre guillemets dans les paragraphes suivants sont toutes issues des dossiers individuels des jeunes pris en charge à la MDA

Nous tentons donc, sociologiquement, de nous appuyer sur des données principalement émotionnelles, à partir d'une démarche quantitative. Ce choix méthodologique doit être précisé et défendu, puisqu'il s'inscrit directement dans les critiques portées à l'égard de certaines analyses des émotions.

D'abord, il est important de préciser que la thèse ne s'inscrit pas dans une sociologie des émotions. Les données émotionnelles analysées sont construites par d'autres, les professionnels retranscrivant les discours émotionnels des jeunes en souffrance ou, plus largement, utilisant le registre émotionnel dans leurs écrits qui retracent les prises en charge à la MDA. Les émotions ne sont pas construites comme objet de la recherche. Nous nous intéressons au répertoire lexical des émotions mobilisé dans la description des expériences juvéniles de la souffrance psychique.

Les études sociologiques *sur* les émotions tendent le plus souvent à analyser « *des sujets affectés par des émotions* » [LE BRETON, 2004]. Elles s'intéressent notamment aux variations émotionnelles inter-individuelles ou aux variations pour le même individu, selon les événements ou les contextes particuliers. La sociologie des émotions montre ainsi, par exemple, comment les attentes sociales genrées influencent les réactions affectives et génèrent une expression différenciée des sentiments⁵, ou encore comment l'économie émotionnelle organise et régule les interactions selon les contextes sociaux.

Les chercheurs qui veulent analyser la dynamique émotionnelle des interactions sociales considèrent bien souvent que les enquêtes empiriques doivent s'appuyer sur des méthodes qualitatives, au plus près des acteurs, pour tenter d'accéder directement à leurs émotions. Cette position est notamment celle de David LE BRETON. Si les émotions ne sont pas centrales dans ses recherches, il les évoque dans ses travaux sur les jeunes en souffrance [2007] et il y consacre plusieurs articles dans les années 2000 [LE BRETON, 1998 ; 2004 ; janvier-février-mars 2004] – sans qu'il soit alors spécifiquement question des adolescents. Non seulement il critique les approches

⁵ Notons ici que sur le choix des formes lexicales, la plupart du temps les sociologues parlent indifféremment des « *émotions* », des « *affects* » ou des « *sentiments* » (même si la forme lexicale « *sentiment* » peut être utilisée parfois au sens de croyances, impliquant un caractère plus stable dans la durée et davantage d'évaluations morales). Certains auteurs parlent éventuellement des « *passions* » (le plus souvent quand les individus, de façon intense, mettent en jeu la plupart des ressources dont ils disposent dans un projet socialement reconnu), des « *humeurs* » (plus indéfinies quant à leur objet), ou encore des « *sensations* » (pour désigner un signal corporel, qui n'est pas nécessairement associé à un contenu affectif).

Pour ces distinctions lexicales, voir notamment : DONNA Julien, TERONI Fabrice, *Qu'est-ce qu'une émotion ?*, Paris, Vrin, 2008 [cité dans DÉCHAUX, 2015]

naturalistes (qui tentent de considérer les émotions comme des données objectives, indépendantes de leur contexte social), mais surtout, il met en question les méthodes d'analyses statistiques des émotions, puisqu'elles ne peuvent pas rendre compte de leur dimension subjective ni de leurs variations dans les interactions. Il propose quant à lui d'analyser les émotions avec des « *modalités de recherches plus soucieuses d'une rencontre réelle avec les acteurs sur le fond de méthodologies d'observation, d'entretiens, d'histoires de vie, etc.* » [LE BRETON, 2004].

Cependant, cette recherche ne vise pas à enquêter sur les émotions, mais à comprendre comment les émotions sont mobilisées dans le discours des jeunes en souffrance et comment elles s'inscrivent dans leurs interactions avec le dispositif qui les prend en charge.

Il s'agit donc de considérer les données émotionnelles issues des dossiers de prise en charge à la MDA seulement pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des informations relatives à ce que les jeunes désignent comme émotionnel. Nous analysons ce qui est catégorisé comme émotionnel dans les retranscriptions des échanges avec des jeunes en souffrance (ou avec leur famille, ou avec d'autres professionnels). Ces données ne disent alors rien sur l'expérience proprement émotionnelle, ses variations, ses nuances ni ses éventuelles mises en scène. Elles ne disent rien non plus sur ce que les individus veulent précisément décrire quand ils nomment des émotions.

Malgré tout, cette position apparemment contestable comporte des avantages. En particulier, « *elle permet de ne pas postuler A PRIORI de ce qui est une émotion pour les populations étudiées et de respecter les manières dont les individus interprètent le monde social* » [BERNARD, 2015].

Notre choix méthodologique peut ainsi être confirmé, en particulier quant à l'usage des statistiques pour analyser les dynamiques et les tendances associées à la présence-absence des émotions négatives dans les dossiers, construites comme des indicateurs de la souffrance psychique (la tristesse, la peur, la colère, auxquelles nous ajoutons les pensées macabres).

Dans la même logique, la mobilisation du répertoire émotionnel dans le discours public est analysée. La récurrence des formes lexicales associées aux émotions, quand l'action publique de santé organise la prise en charge de la souffrance juvénile, représente à son tour un intérêt pour la recherche, dans la mesure où le discours public influence les pratiques professionnelles et les interactions entre les jeunes en souffrance et ceux qui les prennent en charge. L'analyse lexicométrique du discours public,

au prisme des émotions, permet ainsi de mieux comprendre le traitement social des expériences psychiques de la souffrance juvénile.

6.2 Souffrances psychiques à la MDA

Si au moins l'un des indicateurs est présent, nous considérons que les jeunes font l'expérience de la souffrance psychique.

Presque la moitié des jeunes cumulent au moins deux indicateurs. Certains se sentent à la fois déprimés et inquiets, d'autres cumulent des crises de colère avec des moments de grande tristesse et des envies de mourir. La tristesse et la peur sont les indicateurs les plus représentés, mais presque un jeune de notre corpus sur quatre disent aussi penser à la mort et presque un sur cinq évoquent également leur colère.

		Effectifs	Fréquence
Tristesse		152	50,3 %
Peur		122	40,4 %
Colère		54	17,9 %
Pensées macabres		74	24,5 %
Cumul des indicateurs de la souffrance psychique	Au moins un	204	67,5 %
	Au moins deux	137	45,4 %
	Au moins trois	51	16,9 %
	Les quatre	10	3,3 %

TABLE 5 – Répartition des indicateurs de la souffrance psychique
Champ : Corpus des dossiers de jeunes pris en charge en 2017 à la MDA

Le répertoire lexical des émotions est largement mobilisé par les jeunes qui viennent à la MDA, souvent dès le premier accueil.

Dans plus d'un tiers des dossiers de notre corpus, la tristesse, la peur, quelquefois la colère ou encore la difficulté à interpréter et contrôler ces émotions sont nommées d'emblée, comme motif à la première venue. Si nous ajoutons, à ce langage des émotions, les jeunes (ou les familles) qui parlent dès leur premier entretien à la MDA de leurs envies de mourir et les jeunes qui demandent à rencontrer un professionnel du psychisme⁶, c'est alors plus de la moitié des jeunes de notre corpus qui viennent à la MDA au motif de l'expérience psychique de la souffrance.

⁶ Les demandes d'accès à un professionnel du psychisme concernent les dossiers où les jeunes (ou leurs familles) demandent à rencontrer un psychologue, un psychiatre ou quand ils retranscrivent la formulation « *demande un espace de parole* »

	Effectifs	Fréquence
Motif énoncé : tristesse	82	27,15 %
Motif énoncé : peur	25	8,28 %
Motif énoncé : pensées macabres	4	1,32 %
Motif énoncé : colère	8	2,65 %
Motif énoncé : accès à un professionnel du psychisme	64	21,19 %
Au moins un motif associé à la souffrance psychique	158	52,32 %

TABLE 6 – Répartition des motifs de la venue associés à la souffrance psychique
Champ : Corpus des dossiers de jeunes de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

Ainsi, les jeunes parlent de leurs émotions quand ils parlent de leur souffrance, ou justement quand ils n'arrivent pas à nommer leur souffrance. Ils décrivent alors leur expérience de la confrontation à des émotions négatives et souvent incontrôlables, qui les poussent à demander de l'aide à des professionnels.

Au moment de ces premiers échanges à la MDA et quand les jeunes viennent seuls, les dossiers retranscrivent des formulations telles que :

« Ça ne va pas trop, je pleure tout le temps si on me demande comment ça va » ; « je ne me sens pas bien, je ne dors pas bien, je suis triste pour beaucoup de raisons, j'ai du mal à me défaire de mes problèmes » ; « d'un naturel très anxieux, je stresse souvent, je pleure souvent (un jour sur deux, voire tous les jours) » ; « je suis très sensible, je peux paniquer pour diverses raisons (scolarité, situation parentale, relation amoureuse...) » ; « crise de nerfs au lycée » ; « elle n'arrive pas à travailler ses cours, deux crises d'angoisse en une semaine "j'ai peur de ne pas y arriver plus tard" "je veux voir un psy" » ; « je viens pour parler, j'ai des excès de tristesse sans prévenir » ; « mes amis me disent que je suis bipolaire parce que je change souvent d'humeur, je peux être super joyeuse un jour et chiante un autre jour » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes et des familles]

De plus, ces émotions sont régulièrement caractérisées par leur intensité. Les dossiers retranscrivent de nombreux superlatifs, les jeunes sont décrits ou se décrivent eux-mêmes avec des formulations telles que « beaucoup de tristesse », « très angoissé », « accès de colère » ; « énorme colère » ; « pleurs +++ ».

Dans le même ordre d'idées, la forme lexicale « crise » est fréquemment utilisée

en lien avec les émotions, avec des formulations telles que « *crise de larmes* », « *crise de panique* », « *crise de colère* ».

De manière générale, il apparaît clairement que les émotions sont convoquées dans les discours des jeunes quand elles sont considérées comme intenses et disproportionnées. Les épisodes décrits comme des crises sont souvent cités par les jeunes ou leur famille comme le déclencheur de la venue à la MDA. Mais ces émotions se retrouvent aussi tout au long des prises en charge.

Par ailleurs, ces souffrances psychiques ne sont jamais vécues seules, elles sont toujours cumulées à au moins une autre expérience physique ou sociale de la souffrance (présentées dans les chapitres suivants). Les jeunes qui sont tristes, qui ont peur, qui pensent à mourir ou qui sont en colère sont toujours en même temps en souffrance dans leur corps et en souffrance dans leur vie sociale.

Les expériences psychiques de la souffrance sont ainsi significativement ⁷ associées avec (présentées ici dans l'ordre croissant des corrélations) :

- les expériences de la souffrance dans les interactions, avec notamment les brimades et autres humiliations subies (par les pairs, par les professionnels du monde scolaire, par les parents) ou le retrait de la scène sociale, par exemple quand les jeunes se replient dans leur chambre ;
- les expériences de la souffrance associées au rapport négatif à soi, avec notamment la perception négative de soi, l'apathie, les anticipations de l'échec scolaire, ainsi que les difficultés à se motiver et à se projeter dans sa scolarité, ou encore le sentiment d'être différent des autres jeunes de son âge ;
- les expériences physiques de la souffrance, avec notamment les problèmes de sommeil, les douleurs corporelles, les violences subies, la perte de poids, les tentatives de suicides et autres attaques de son propre corps ;
- la faiblesse des appuis sociaux de l'existence : avec notamment la perte d'un autrui significatif et en particulier les deuils, la mésentente parentale, le sentiment de solitude, ou encore l'absence de perception d'un soutien familial possible.

⁷ Tout au long des analyses des expériences de la souffrance parmi les jeunes de notre corpus, les seules corrélations présentées entre les indicateurs et/ou les catégories de souffrance sont significatives au seuil de 0,05 % (soit *p-value* < 0,0005), les seuils n'étant précisés que lorsqu'ils sont encore plus significatifs

		Effectifs	Fréquence
Souffrances physiques		172	84,3 %
Faiblesse des appuis sociaux de l'existence		168	82,4 %
Rapport négatif à soi		155	76,0 %
Souffrances dans les interactions		154	75,5 %
Cumul des souffrances psychiques avec les autres expériences de la souffrance	Au moins une autre expérience	204	100 %
	Au moins deux autres expériences	193	94,6 %
	Au moins trois autres expériences	166	81,4 %
	Toutes les autres expériences	86	42,2 %

TABLE 7 – Répartition des expériences physiques et sociales cumulées aux expériences psychiques de la souffrance

Champ : Corpus des dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA et qui vivent au moins une expérience psychique de la souffrance ($N = 204$)

Les expériences juvéniles de la souffrance sont donc multidimensionnelles et protéiformes, les émotions insupportables et les pensées macabres se cumulant la plupart du temps avec d'autres expériences physiques et sociales de la souffrance.

Pour mieux comprendre comment les différentes composantes de la souffrance s'enchevêtrent dans les situations individuelles, une vignette illustrative est présentée, représentative des situations où les souffrances psychiques, physiques et sociales se cumulent les unes avec les autres.

Le prénom est fictif, les données et les citations en italique et entre guillemets sont issues des quatre dossiers utilisés pour construire cette vignette et cumulant chacun toutes les expériences de la souffrance. Le plus souvent, les citations retenues sont des extraits des dossiers, où les professionnels de la MDA retranscrivent les propos des jeunes (entre guillemets dans les dossiers).

VIGNETTE 1. AURÉLIE
SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET CUMUL AVEC D'AUTRES EXPÉRIENCES,
PHYSIQUES ET SOCIALES, DE LA SOUFFRANCE

Fille, 15 ans, scolarisée en 2^{de} dans un lycée général, vit avec sa mère, son petit frère et sa petite sœur, à quelques kilomètres au nord de la ville métropolitaine. Sa mère est cadre commerciale dans une entreprise, son père est technicien informatique.
Elle vient seule à la MDA (dont elle a entendu parler dans le journal).

...

...

PREMIÈRE VENUE À LA MDA

Pour expliquer ce qui l'amène, Aurélie dit : « *il faut que ça aille mieux, que j'arrête de souffrir* ». Elle se décrit d'emblée comme « *émotive, triste depuis longtemps* », « *je me sens juste pas bien* », « *j'ai toujours eu des phases de tristesse* ». En ce moment, cela s'aggrave « *je ne peux plus retenir les pleurs, il n'y a rien qui va* ». Elle a déjà pensé à se jeter d'une fenêtre ou à se couper les veines « *mais je ne passerai pas à l'acte, j'ai une peur phobique de la mort* ». Elle décrit aussi des moments où elle est en colère et agressive avec son entourage.

Le dossier indique qu'Aurélie « *se mésestime, n'a pas confiance en elle* ». Le référent socioéducatif retranscrit ses propos auto-dépréciatifs « *j'ai l'impression qu'on ne m'aime pas alors que je sais que ça n'est pas vrai. Je ne vaud pas le coup, je ne suis pas intéressante, quand je me vois je ne m'aime pas. Et c'est pas un sentiment nouveau. Depuis le collègue je n'aime pas comment je suis. Je ne suis pas belle, pas intelligente. J'ai l'impression de tout faire mal* » « *je suis grosse et moche* ».

Quant à la scolarité, Aurélie semble aller en cours parce qu'il faut y aller, sans donner de sens à sa scolarité « *je n'aime pas ma classe, je m'ennuie, je ne me sens pas bien, c'est comme ça, je suis habituée maintenant* ». Elle raconte comment elle et ses amies ont été victimes de brimades au moment du collègue « *t'es moche et tous ces trucs là* ».

Même si son sommeil s'améliore un peu, Aurélie a également des difficultés à s'endormir, elle est « *fatiguée depuis 3 semaines* » et se réveille parfois la nuit après des cauchemars. Elle dit aussi qu'elle a mal au ventre. Elle décrit une douleur insupportable, mais sans en connaître l'origine.

Interrogée sur sa vie familiale, elle explique que ses parents se sont séparés quand elle était petite, dans un contexte qu'elle décrit comme violent, avec des coups portés par son père sur sa mère.

Aurélie dit de son père qu'elle « *ne le supporte plus. Je le vois très peu, seulement une demi-heure de temps en temps et ça suffit largement. Il ne s'est jamais occupé de moi* ». Elle décrit un père « *très dénigrant avec elle, elle parle de mots violents* » et elle raconte comment « *il faut avoir le moral* ».

Quant à ses relations avec sa mère, elle évoque leur détérioration « *au début, on avait des petites disputes avec ma mère, maintenant ça hurle tout le temps* ».

À la fin de ce premier accueil, le référent socioéducatif lui demande de formuler ses attentes pour sa prise en charge à la MDA : « *je viens pour changer les choses, ça devient invivable partout pour moi* ». Aurélie accepte de revenir pour d'autres rendez-vous, mais elle ne souhaite pas rencontrer de professionnels du psychisme « *j'ai déjà vu des psychologues, je ne leur fais pas confiance* ».

...

...

LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE SEPT ENTRETIENS
AVEC LE RÉFÉRENT SOCIOÉDUCATIF
SUR UNE PÉRIODE DE SIX MOIS POUR AURÉLIE, SEULE OU AVEC SA MÈRE

Aux rendez-vous suivants, Aurélie décrit toujours sa tristesse et sa fatigue. Elle a peur de s'endormir « *en pensant aux cauchemars que je pourrais faire* ». Elle continue chaque fois de se décrire de façon négative « *je me perçois nulle, j'arrive jamais à bout de rien, je ne m'aime pas* ». Elle écrit des poèmes mais elle en a honte, parce qu'elle « *s'y dévalorise ++, pense que ça ne donne pas une bonne image d'elle-même* ».

Aurélie parle souvent de ses interactions avec sa mère, marquées par la conflictualité et l'absence de perception d'un soutien.

Elle dit que sa mère crie tout le temps, lui fait des reproches et des remarques négatives en permanence. Aurélie raconte les escalades dans les moments de tensions, surtout sur le thème de la scolarité « *je lui demande d'arrêter parce que je sais comment ça va finir, mais elle continue et ça finit mal* ». Elle dit aussi que sa mère « *prend tout mal* » et rend ses enfants responsables de ses propres difficultés « *[ma mère] dit qu'elle n'arrive pas à nous supporter, elle se plaint sans arrêt, elle dit "vous voulez me faire mourir"* ». Dans le même temps, sa mère ne semble pas réagir quand ses enfants lui disent qu'ils vont mal « *elle ne nous écoute pas et nous dit "ça va passer" pour tout* ».

Aurélie dit que ses parents ne s'inquiètent pas pour elle « *mon père et ma mère ne sont jamais là pour me soutenir* ». Elle ne sent bien nulle part « *je ne suis pas à ma place, ni chez ma mère ni chez mon père* ». Alors elle fait tout pour éviter de rentrer trop tôt le soir. Puis elle commence à dormir plus souvent chez un autre membre de la famille, où elle « *se sent toujours mieux, ambiance plus paisible, peut aller à son rythme* ».

Contactée par le référent socioéducatif, la mère d'Aurélie accepte de le rencontrer. Elle se plaint du comportement de sa fille, qu'elle ne sait plus comment aider « *Aurélie est perturbée, elle a besoin d'évacuer la colère qu'elle a en elle* » « *madame dit ne plus avoir confiance en sa fille* ». Quand la mère s'effondre en pleurs lors d'un entretien, le référent socioéducatif note que « *madame ne peut à ce moment-là que déverser et mettre toutes les responsabilités sur sa fille "je n'en peux plus"* ». Plus tard, la mère explique s'inquiéter de l'émergence d'une dépression chez sa fille.

Concernant son entourage, Aurélie cite des deuils qui l'ont marquée. Elle raconte les décès de ses grands-parents et d'une amie de sa mère plus récemment, dont elle se sentait « *très proche* ». Sur son réseau amical, elle se dit bien entourée « *mais je peux être désagréable avec les copines sans savoir pourquoi, alors je me mets à distance pour éviter les problèmes* ». Elle parle aussi spontanément de ses difficultés dans les relations amoureuses, elle n'a jamais été en couple alors qu'elle en a très envie. Elle est persuadée de ne pas plaire aux garçons et « *en souffre* ».

...

...

À cette occasion, Aurélie dit la perception négative qu'elle a de son corps « *voudrait être plus grande, plus fine, que son visage fasse plus femme, avoir moins de poitrine, déteste son ventre* ».

Au quotidien au lycée, elle n'arrive pas à se concentrer en cours. Les jugements scolaires s'en ressentent « *je prends des cartons* ». Aurélie était une excellente élève jusqu'à l'an dernier. Cependant, cette année les professeurs lui demandent de se ressaisir pour pouvoir poursuivre la scolarité au lycée général. Le référent note : « *Aurélie dit que ça participe à sa souffrance, mais elle n'arrive pas à se mettre au travail* ».

Elle commence à cumuler les retards en cours, elle explique qu'elle a « *du mal à se lever car se sent fatiguée et n'a pas de motivation réelle pour ses études* ». Elle évoque aussi ses « *relations difficiles avec certains professeurs, le fait qu'elle ressent que certains ne l'apprécient pas* ». Sa motivation et ses absences, mais aussi son mal-être manifeste (il lui arrive de quitter un cours en pleurs), inquiètent la vie scolaire qui en informe le référent socioéducatif de la MDA.

Progressivement, les absences scolaires se répètent. Toutefois, Aurélie finit par réagir quand elle comprend que des sanctions pourraient être prises « *ça va mieux, je ne manque plus les cours. Ils allaient me dénoncer au rectorat et je n'ai pas envie* ». Alors elle fait des efforts, pour être présente à l'heure et elle se remet au travail. D'ailleurs aux derniers examens scolaires, elle décrit de « *bons résultats* ».

Lors des derniers entretiens à la MDA, elle décrit une amélioration dans les interactions avec sa mère « *encore un peu compliqué mais climat meilleur à la maison* », « *avec ma mère, nous avons des grands moments de complicité* ». Aurélie dit qu'elle a fait des efforts et que les relations sont plus apaisées. Elle relève aussi que depuis ses échanges avec le référent de la MDA, sa mère l'écoute davantage.

Le dernier rendez-vous avec le référent socioéducatif est aussi l'occasion de faire un point sur sa souffrance psychique. Elle ressent une amélioration « *avec moi-même ça va mieux* ». Elle a trouvé des solutions pour s'apaiser « *par moments, j'ai besoin d'être seule, au calme, avec la musique sur les oreilles* ».

Alors qu'une orientation vers un psychologue avait été plusieurs fois évoquée au cours de la prise en charge, Aurélie explique désormais qu'elle « *se sent mieux et ne souhaite pas aller [voir le psychologue], elle reviendra à la maison des adolescents si besoin* ».

Cette vignette illustre ce qui apparaît au fur et à mesure de la lecture des dossiers de la MDA. Les souffrances psychiques (repérées ici à partir de la tristesse, de la colère et des pensées macabres) semblent présentes au quotidien, elles sont associées aux douleurs, à la perception négative des transformations de son corps et aux difficultés à dormir, elles accompagnent les expériences régulièrement répétées de la conflictualité, de la disqualification et de la non-satisfaction du besoin de se réaliser, elles-mêmes

renforcées par la faiblesse des appuis sociaux disponibles pour affronter ces épreuves et la souffrance qui les caractérise.

En revenant aux tendances plus générales, il apparaît que le cumul des souffrances est significativement corrélé avec les prises en charge les plus longues à la MDA. Certes, plus les consultations sont nombreuses, plus les dossiers sont épais et plus les informations sur les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance sont susceptibles d'être nombreuses. Cependant, il faut souligner que la plupart des jeunes qui cumulent des souffrances psychiques, physiques et sociales acceptent de revenir plusieurs fois et ce, qu'ils soient seuls ou accompagnés de leurs amis, de leur famille ou de professionnels quand ils viennent la première fois à la MDA.

Au regard des seules expériences psychiques de la souffrance, la même corrélation significative apparaît avec la fréquence des consultations. Les jeunes qui vivent la tristesse, la peur, la colère ou qui pensent à mourir sont nombreux à accepter de venir au moins cinq fois à la MDA, seulement un sur trois y rencontrant un professionnel du psychisme.

Les souffrances psychiques, qui se cumulent systématiquement avec d'autres expériences de la souffrance, sont donc massivement associées à une demande de prise en charge et à l'acceptation de consultations répétées.

La mobilisation du répertoire lexical des émotions par les jeunes pour décrire leurs souffrances psychiques s'inscrit dans les pratiques de prise en charge proposées à la MDA. En effet, le discours public dans le programme *maisons des adolescents* s'appuie lui aussi sur le registre émotionnel lorsqu'il est question de la souffrance psychique (plutôt que des acteurs ou de l'organisation de sa prise en charge).

Il existe ainsi des corrélations significatives entre la thématique du repérage de la souffrance et le répertoire lexical émotionnel. Quand il est question de souffrance psychique, le discours public mobilise massivement les formes lexicales « *affectif* » et « *sentiment* »⁸.

Leur contexte d'usage dans les textes (avec l'édition de concordanciers proposée par le logiciel IRaMuTeQ), montre qu'à travers le langage des émotions, la souffrance psychique est associée dans le programme public :

⁸ Ces deux formes sont corrélées à la classe lexicale relative au repérage de la souffrance au seuil de 0,01 % (avec *p-value* < 0,0001)

- D'une part, aux « *manques affectifs* », aux « *dépendances affectives* » ou aux « *ruptures de liens affectifs* » – le discours public prend donc en compte l'imaturité affective des adolescents et des jeunes adultes, les événements qui mettent en jeu les émotions dans les interactions des jeunes ou leur fragilités émotionnelles étant alors considérés comme des facteurs de risque de souffrance ;
- D'autre part, aux sentiments de « *honte* », « *d'impuissance* », « *de profonde insécurité* », « *d'injustice* », « *d'arbitraire* », « *d'abandon* », « *de perte* », « *de dévalorisation* », « *d'incapacité* », « *de ne pas être à la hauteur* », « *de mépris social* », « *de culpabilité* », « *d'enfermement* », « *de solitude* », ou encore à l'absence du « *sentiment d'appartenance* » – l'usage du répertoire lexical des émotions semblant alors atténuer la réalité des violences symboliques vécues par les jeunes, telles que la domination ou les discriminations (il est ainsi question de « *sentiment de disqualification* » et pas d'expérience de la disqualification).

Le répertoire des émotions et des sentiments illustre néanmoins que le programme public associe la souffrance psychique au contexte social.

La souffrance psychique est ainsi considérée comme générée par de multiples expériences sociales, notamment « *l'éloignement familial* » et « *géographique* », les « *difficultés économiques* », la « *solitude* », « *l'échec scolaire* », le « *désir de réussite* » et « *d'excellence* » scolaire, le « *décrochage scolaire* », la « *radicalisation* », les « *parcours en protection de l'enfance* », les « *ruptures amoureuses* », les « *violences subies* », les « *relations conflictuelles* », la « *maladie* », le « *handicap* », « *l'homosexualité* », ou encore le « *surpoids* ».

Cependant, la plupart des préconisations d'intervention sont centrées sur les individus eux-mêmes. Les maisons des adolescents sont donc bien appelées à prendre en charge les conséquences individuelles, personnelles et intimes, de difficultés vécues dans le lien social.

Par ailleurs, si le registre de la peur est significativement présent dans le programme public lorsqu'il traite du repérage de la souffrance (avec les formes « *inquiétude* » et « *angoisse* »⁹), les registres de la tristesse et de la colère apparaissent quant à eux dans la thématique des pratiques juvéniles considérées « à risque ».

⁹ Ces deux formes sont elles aussi corrélées à la classe lexicale relative au repérage de la souffrance au seuil de 0,01 % (avec *p-value* < 0,0001)

Reprenant les préoccupations des politiques publiques, l'usage du répertoire des émotions s'inscrit donc dans les représentations d'une jeunesse en danger, qu'il s'agit de protéger (dans leur contexte d'usage, la tristesse et les pensées macabres étant ainsi associées au risque de développement de la dépression et à la mortalité par suicide) et d'une jeunesse dangereuse, qu'il s'agit d'encadrer (la colère étant quant à elle associée au risque de violence).

Au croisement des expériences psychiques vécues par les jeunes et des préoccupations de l'action publique à l'égard de la jeunesse, le répertoire lexical des émotions s'invite dans les interactions avec les professionnels qui prennent en charge la souffrance, notamment à partir du repérage des émotions intenses et disproportionnées.

6.3 Repérer la souffrance psychique et réguler les émotions

Dans les dossiers des jeunes en souffrance pris en charge à la MDA, mais aussi dans les narrations des situations de souffrance par les professionnels rencontrés dans le département du Sud, il apparaît que les souffrances psychiques sont visibles, palpables, apparentes, voire flagrantes et évidentes. Ces expériences intimes et subjectives de l'insupportable prennent des formes manifestes et repérables, pour les jeunes eux-mêmes et pour tous ceux qui les entourent au quotidien.

Les narrations des professionnels ou les discours des familles prises en charge à la MDA sont ainsi émaillés de formulations telles que :

« Je vois bien qu'il y a de la souffrance » ; « on sentait qu'il était un peu triste, un peu pas intégré quoi [...] il n'avait pas l'air très heureux » ; « je ne l'ai jamais vue sourire, même quand elle me parlait [...] au téléphone, ça s'entend un sourire [...] Non, moi je pense que c'est quelqu'un qui est effectivement très triste, qui a des choses qui sont...qu'elle n'a pas réglées, qui sont compliquées pour elle, mais qu'elle garde... » [Entretiens avec des professionnels du département]

« Je sens mon fils en douleur » ; « on ne la sent pas très bien en ce moment, crise de pleurs l'avant-veille » ; « je vois que ma fille n'est pas heureuse » ; « je pense qu'il souffre » ; « madame trouve sa fille en souffrance et ne sait pas comment l'aider » ; « monsieur trouve son fils triste et veut lui redonner le sourire » ; « madame s'inquiète de l'hypersensibilité de son fils » ; « madame trouve sa fille nerveuse et angoissée » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des familles]

Pour rappel, le repérage de la souffrance, en particulier son repérage précoce, est une préoccupation majeure du programme public *maisons des adolescents* qui mobilise de nombreux acteurs, en particulier les familles et les professionnels du monde scolaire ou les médecins traitants appelés à être attentifs à ses « signes », notamment corporels et comportementaux.

La plupart du temps, les manifestations de la souffrance psychique sont ainsi considérées comme largement visibles, mais l'action publique se préoccupe aussi de la souffrance « diffuse », « méconnue », « pas reconnue », « silencieuse », « ignorée » ou encore « intériorisée ».

Le discours public vise alors à définir les pratiques des professionnels chargés de repérer, comprendre et éventuellement prendre en charge la souffrance psychique. Il s'agit d'« accueillir et écouter », « détecter », « déceler », « alerter », « accompagner », « orienter », « apaiser », « traiter », « lutter contre » la souffrance et la « guérir ».

Cette attente publique se traduit concrètement dans les situations de jeunes qui font l'expérience psychique de la souffrance – c'est-à-dire dans les dossiers des jeunes pris en charge à la MDA ou dans les narrations de situations de jeunes en souffrance par les professionnels rencontrés.

Il est en effet notable que les émotions intenses et disproportionnées – dans le sens où elles ne sont pas adaptées au contexte social dans lequel elles se montrent – amènent l'entourage du quotidien ou les professionnels à envisager qu'un jeune est en souffrance et à organiser une prise en charge.

Par exemple, un infirmier scolaire décrit la situation d'un garçon de 18 ans. L'équipe scolaire s'inquiète « *c'est les profs et les surveillants qui ont vu qu'il était toujours triste* ». Parallèlement, ce jeune commence à se démotiver dans sa scolarité qui ne lui plaît pas, « *à être un peu absent, tout ça, à ne plus venir au lycée, à être mal, à ne pas travailler* ». Dans ce contexte, l'équipe de direction puis l'assistante sociale reçoivent les parents et s'inquiètent des conditions de vie et d'éducation de ce garçon « *c'était limite de la maltraitance* ». L'infirmière décrit comment les pratiques corporelles de ce jeune (qui attaque son propre corps) mais aussi ses émotions inhabituelles dans le monde scolaire (ici la permanence de la tristesse) lui permettent de mesurer sa souffrance psychique « *je sentais qu'il était malheureux, je le voyais souvent quand même, je le sentais* ». Elle oriente le jeune vers la MDA, puis une prise en charge est organisée avec une équipe de psychiatrie.

Ou encore, une fille de 17 ans est orientée vers le service social scolaire. Elle a été confrontée au deuil et à la maladie dans son environnement familial. Dans son quotidien au lycée, elle pleure beaucoup et « *elle a des angoisses de mort, elle en parle à tous* ». Dans le même temps, elle est présentée comme une jeune « *à fleur de peau, à vif, elle répond agressivement* ». Les professeurs s'inquiètent de sa tristesse et de sa colère, deux émotions qui agissent comme des indicateurs de l'aggravation de sa souffrance et ils demandent qu'une prise en charge soit organisée.

Si la dimension émotionnelle de l'expérience psychique de la souffrance est susceptible d'alerter l'entourage et de susciter des prises en charge, elle semble aussi constituer une expérience de l'inadaptation des jeunes de notre corpus aux règles d'expression des émotions dans les différents mondes sociaux qu'ils traversent au quotidien.

Il est acceptable pour une adolescente de pleurer avec ses amies ou pour un garçon d'être en colère après ses frères et sœurs, mais ce n'est pas le cas quand les jeunes tremblent de peur à l'école, qu'ils pleurent sans s'arrêter dans les cabinets de la médecine de ville, ou quand ils hurlent leur rage contre un entraîneur sportif. Ces manifestations d'émotions suscitent alors des réactions sociales.

De multiples exemples soulignent ainsi la pertinence toujours actuelle de la thèse eliasienne de la civilisation des mœurs, les individus étant confrontés aux exigences sociales d'une parfaite maîtrise de leurs émotions, qu'ils doivent apprendre à discipliner, contrôler, contraindre.

Quand ils n'y arrivent pas, les réactions sociales de leur entourage du quotidien les rappellent rapidement à l'ordre. Si la plupart des jeunes de notre corpus acceptent les prises en charge qui leur sont proposées, nous pouvons supposer qu'un nombre non négligeable d'adolescents qui pleurent, qui ont peur ou qui sont en colère, ne sont pas en demande d'une telle attention.

L'adolescence serait alors une période particulière pour l'apprentissage de la « *grammaire sociale* »¹⁰ des émotions, les jeunes tentant progressivement de les apprivoiser ou au moins d'en limiter les manifestations.

Notons ici que Marcel MAUSS [1921] parle de « *langage* » des émotions, pour signifier notamment que les sentiments sont dits aux autres et compris par les autres.

¹⁰ Nous empruntons cette formulation à Marcelo OTERO et Dahlia NAMIAN, qui traitent quant à eux des grammaires sociales de la souffrance [OTERO, NAMIAN, 2011]

David LE BRETON montre quant à lui que les « *cultures affectives* » génèrent un « *répertoire culturel* » des émotions, qui varient d'une culture à une autre, d'une époque à une autre [janvier-février-mars 2004]. D'autres auteurs parlent des « *règles de sentiments* » [HOCHSCHILD, 2003 ; BERNARD, 2015], pour souligner notamment les attentes sociales, assorties d'efforts individuels pour adapter les manifestations émotionnelles aux contextes sociaux.

Nous préférons le terme « grammaire ». Non seulement il indique qu'il existe un répertoire des émotions, qui n'appartiennent pas seulement aux individus puisqu'elles font l'objet d'attentes sociales, avec des règles et leurs exceptions pour éprouver, dire et manifester ces émotions, mais il souligne aussi que ce répertoire et ces règles émotionnelles s'apprennent.

Les chercheurs qui se sont intéressés à la socialisation des émotions considèrent que cet apprentissage s'inscrit dans un double processus.

- D'une part, l'action des socialisateurs (parents, enseignants et autres éducateurs, dans le sens de ceux qui participent à l'éducation) qui apprennent aux individus que « *certaines émotions ou sentiments doivent être contrôlés, camouflés, transformés, pour être socialement acceptables* » [MCCOY, MASTERS, 1985, cité dans MONTANDON, OSIEK, 1996], quand d'autres émotions peuvent être attendues dans des contextes sociaux particuliers, comme la tristesse après un deuil ou la fierté après la réussite à un examen ;
- D'autre part, l'action des socialisés (les enfants et dans cette recherche les adolescents) qui « *apprennent progressivement à identifier leurs émotions, à interpréter leurs sentiments, à modifier l'expression de ces affects selon des règles qui leur sont transmises par leurs éducateurs* » [POLLAK, THOITS, 1989, cité dans MONTANDON, OSIEK, 1996].

Nos analyses statistiques confirment ce processus d'apprentissage, dans la mesure où la présence d'au moins une émotion est corrélée¹¹ avec les âges les plus jeunes.

Certes, les jeunes ressentent des émotions et en parlent ou les manifestent, qu'ils soient enfants d'employés ou de cadres supérieurs, qu'ils vivent dans la métropole ou dans une zone rurale, qu'ils soient un garçon ou une fille – même si garçons et filles ne décrivent pas tout à fait les mêmes émotions (par exemple la peur et la tristesse sont significativement corrélées avec le fait d'être une fille).

¹¹ Un indicateur est créé pour vérifier la présence d'au moins une émotion (la colère ou la peur ou la tristesse). Les corrélations significatives sont retenues au seuil de 0,05 % (soit *p-value* < 0,0005)

Cependant, de façon significative, la présence des émotions dans les dossiers ou les narrations de situations de jeunes en souffrance est inversement corrélée avec le fait d'être âgé d'au moins 18 ans. Ainsi, les plus âgés ne semblent plus concernés.

Nous pouvons donc supposer que plus les jeunes avancent en âge, plus ils maîtrisent la grammaire sociale des émotions et moins les émotions intenses et disproportionnées sont apparentes.

L'adolescence apparaît donc bien comme un moment particulier dans cet apprentissage de la grammaire sociale des émotions.

Par ailleurs, si les manifestations émotionnelles hors normes alertent l'entourage et génèrent des prises en charge, il est aussi frappant de constater qu'elles suscitent des demandes d'aide formulées explicitement par les jeunes eux-mêmes.

Quand les jeunes de notre corpus – filles ou garçons, dans la mesure où les sexes sont alors répartis de façon équilibrée – viennent à la MDA pour la première fois, certains veulent comprendre ce qu'ils ressentent et beaucoup veulent être aidés pour apprendre à réguler leurs émotions.

« Difficultés de gestion de ses émotions » ; « être aidé à contrôler mes pensées » ; « je veux voir un psychologue car je fais des crises d'angoisse » ; « comment gérer ses émotions ? que vous m'aidiez à savoir ce qui m'arrive avec [ma petite amie] et ma relations avec les autres » ; « en ce moment je réponds aux profs ou aux adultes, m'aider à arriver à me contrôler » ; « les éducateurs m'envoient ici pour m'aider à être moins impulsive »
[Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Il semble donc que pour ces jeunes, non seulement les émotions sont mobilisées pour décrire leur souffrance psychique – les émotions négatives envahissantes les empêchant de se concentrer, de travailler, parfois de dormir ou de voir leurs amis –, mais l'absence de maîtrise de ses émotions peut aussi être considérée, en elle-même, comme une expérience insupportable.

Un nombre non négligeable de jeunes pris en charge à la MDA semblent bien mesurer l'écart entre ce qu'ils ressentent et ce qu'ils devraient ressentir, ou *a minima* entre la manière dont se manifestent leurs émotions et la manière dont il est attendu qu'elles se manifestent.

En faisant l'expérience de la déviance aux règles de la grammaire sociale des émotions, ils apprennent qu'il est des émotions légitimes dans certains contextes et inquiétantes ou désapprouvées dans d'autres.

En considérant que les expériences de la déviance sont susceptibles d'être associées à la volonté de revenir à la norme, il n'est alors pas surprenant que les jeunes qui s'écartent des règles d'expression et de maîtrise des sentiments demandent de l'aide pour apprendre à mieux contrôler leurs émotions.

D'ailleurs, pour d'autres motifs relevant davantage d'une logique de responsabilisation des usagers et de prévention des risques éventuels, l'action publique est tout à fait encline à proposer des programmes qui visent à développer les compétences émotionnelles des jeunes.

Le programme public de prise en charge de la souffrance semble ainsi vouloir endosser le rôle de socialisateur pour ce qui concerne les émotions. Il s'agit alors de favoriser l'apprentissage, par les jeunes eux-mêmes, de la maîtrise de leurs émotions.

La construction de l'offre de prise en charge dans les maisons des adolescents s'inscrit vraisemblablement ici dans les processus d'individualisation du traitement des problèmes sociaux, déjà montrés par les sociologues qui ont analysé la transformation des politiques sociales depuis la fin des années 1980¹². L'action publique vise ainsi à rendre le bénéficiaire – ici les jeunes en souffrance, sommés de vouloir s'en sortir par eux-mêmes et à partir d'eux-mêmes – « *"compétent", c'est-à-dire qui ne fait pas que "pâtir", mais qui devient capable de "gérer" ses symptômes en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu dans la résolution de "son" problème de santé mentale* » [OTERO, 2005].

Dans l'objectif de l'apprentissage de la régulation des émotions, le programme public *maisons des adolescents* vise à mobiliser les jeunes en souffrance, pour qu'ils trouvent eux-mêmes les réponses à leurs difficultés, au risque d'en minorer les causes sociales et donc la nécessité de solutions collectives. Les pratiques des professionnels qui visent le développement des techniques de connaissance de soi, de gestion et d'adaptation émotionnelles sont encouragées, dans une dynamique plus générale de valorisation des programmes de développement des compétences psychosociales des jeunes – dynamique qui ne se limite pas à l'action publique de santé mais se retrouve dans les programmes scolaires ou encore dans le monde de l'insertion par exemple.

Le département du Sud propose ainsi une offre relativement riche à l'intention des jeunes en souffrance, pour apprendre à mieux maîtriser leurs émotions. Il existe des

¹² Voir notamment : ASTIER, 2007 ; DUVOUX Nicolas, *L'autonomie des assistés, Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Le lien social », 2009 ; PAUGAM, 2009, *op. cit.*

ateliers spécifiquement construits par des équipes de la psychiatrie infanto-juvénile locale, ainsi que des espaces dédiés à la relaxation et à l'apaisement dans certains établissements scolaires, ou encore des séances d'initiation à la sophrologie et un atelier collectif qui vise la confiance en soi et la gestion des émotions à la MDA – ces deux propositions suscitant d'ailleurs une forte attente et ne désempissant pas. Il faut ajouter que localement, le secteur privé propose aussi une offre diversifiée et largement développée, allant des thérapies au coaching personnel, de la sophrologie au qi gong, des ateliers de gestion du stress aux exercices d'affirmation de soi et de l'hypnose à la méditation.

Parmi les jeunes pris en charge à la MDA, deux jeunes sur trois font l'expérience psychique de la souffrance. Dans des contextes sociaux associés par exemple aux violences subies dans les interactions, à la solitude, à l'absence de perception d'un soutien familial possible, à l'anticipation de l'échec dans la scolarité, ou encore à la perception négative de soi, leurs émotions négatives ou leurs pensées macabres les inquiètent ou inquiètent leur entourage. L'expérience de la souffrance psychique est ainsi une variable massivement présente dans notre corpus mais elle ne peut résumer à elle seule l'ensemble des expériences juvéniles de la souffrance.

La conceptualisation de la souffrance proposée par Emmanuel RENAULT définit les expériences de la souffrance comme les expériences de la non-satisfaction durable et insupportable des besoins des individus, qui sont des besoins certes psychiques, mais aussi des besoins corporels et sociaux.

Le chapitre suivant s'intéresse à l'expérience physique de la souffrance.

CHAPITRE 7

Souffrances physiques et corporéité des expériences juvéniles

À l'adolescence, la question du corps et de ses transformations est centrale. La puberté implique que les jeunes, non seulement continuent de grandir, mais aussi vivent rapidement de nombreux changements dans leur apparence, associés à l'accès à la sexualité.

Les corps des filles développent de nouvelles formes avec la production de progestérone et d'œstrogène (gonflement des seins, élargissement du bassin), en même temps qu'elles vivent l'arrivée des règles et leurs premières pertes vaginales.

Avec la reprise de la production de testostérone et l'accélération de la production de l'hormone de croissance, les garçons changent de voix, mais aussi ils voient leur pilosité se développer, la taille de leur organes génitaux et leur musculature augmenter et les premières érections nocturnes, accompagnées d'éjaculations, apparaître.

Chez les garçons comme les filles, ces changements hormonaux s'accompagnent aussi de l'apparition de la sueur apocrine (avec les glandes situées dans les zones sexuelles et aux aisselles) et de ses nouvelles odeurs associées et prédisposent au risque de développement de l'acné.

Le répertoire lexical du corps, notamment associé aux manifestations corporelles et aux pratiques physiques juvéniles est lui aussi largement mobilisé dans le programme public *maisons des adolescents*.

En premier lieu, les corps adolescents suscitent des attentes en matière de repérage et de prise en charge, en particulier pour les jeunes susceptibles de vivre les transformations de la puberté avec difficulté.

« L'adolescence est d'abord, et avant tout, une période de modifications du corps, la transformation pubertaire, un moment d'interrogation sur ces mutations et leur signification. Ce moment complexe ne trouve pas toujours les réponses adéquates. Il doit être mieux accompagné tant physiquement que psychologiquement » [Rapport préparatoire à la conférence de la famille, 2004, p.106]

« La plupart des adolescents vont plutôt bien. Quelques-uns cependant se trouvent emportés, engloutis parfois, dans ce tourbillon de transformations du corps, du cœur et de l'esprit qui les conduit vers l'âge adulte »
 [Adolescents en souffrance, Rapport défenseure des enfants, 2007, p.110]

Pour l'action publique, comme avec les émotions intenses et disproportionnées, les corps juvéniles sont supposés rendre la souffrance psychique visible, repérable. Les professionnels sont appelés à porter leur attention sur les plaintes somatiques, ainsi que sur les pratiques corporelles dites « à risque », considérées dans le discours public comme des signes ou des manifestations de la souffrance psychique.

Effectivement dans le quotidien des maisons des adolescents, les dimensions corporelles de l'expérience juvénile sont présentes dès les premières interactions des jeunes et des familles avec les professionnels.

Pour les voir apparaître dans les données présentées par l'association nationale des maisons des adolescents¹, il faut le plus souvent regrouper des catégories distinctes. En effet, à l'instar du programme public, quand l'association nationale veut décrire les pratiques de recours au dispositif, elle construit des indicateurs qui associent les corps et les pratiques corporelles juvéniles aux expériences psychiques et sociales négatives, ainsi qu'aux conduites dites « à risque ». psychique

Par exemple, les violences physiques subies sont associées, d'une part, à la conflictualité dans les interactions familiales (la catégorie « *violences et conflits intrafamiliaux* » est le troisième motif de venue dans les maisons des adolescents du territoire national en 2018) et, d'autre part, aux discriminations dans les interactions avec les pairs (la catégorie « *harcèlement, violences entre pairs* » apparaît quant à elle à la 5^e place). Ou encore, les attaques de son propre corps et certaines réactions incontrôlées du corps sont regroupées dans une même catégorie, peu représentée (la catégorie « *santé somatique (obésité, scarification, sommeil...)* » est à la 6^e place et représente 4 % des motifs de venue). De même, les consommations de produits avec un effet sur la perception sont associées dans la même catégorie aux consommations de tabac ou aux usages mal contrôlés des écrans (la catégorie « *consommations et addictions (produits, écrans...)* » étant à la dernière place des motifs de venue dans les maisons des adolescents, juste avant la catégorie « *autres* »).

¹ Source : Enquête menée par l'association nationale des maisons des adolescents en 2018, *op. cit.*

Nous considérons quant à nous que, si les souffrances physiques sont bien souvent associées aux souffrances psychiques et sociales, les informations sur les corps et les pratiques corporelles relèvent pour la plupart d'une expérience à part entière de la souffrance. psychique

Les corps sont largement convoqués par les jeunes dans leurs récits de souffrance, les expériences physiques de la souffrance s'inscrivent alors dans des rapports sociaux spécifiques au public du dispositif.

7.1 Souffrances physiques et dimension corporelle de leur expérience à l'adolescence

À la lecture de la définition de la souffrance physique proposée par Emmanuel RENAULT [2008], il apparaît qu'outre ce qui concerne les besoins organiques non satisfaits (privations alimentaires ou de sommeil par exemple), le corps est un lieu potentiellement privilégié pour expérimenter la souffrance.

Ainsi, la souffrance physique n'est pas seulement physiologique. Elle ne doit pas être associée aux seuls dysfonctionnements organiques, douleurs ou privations corporelles, puisque chaque individu est apte à les supporter à des degrés variables.

Emmanuel RENAULT considère que la souffrance physique comporte toujours une dimension psychique, voire interactionnelle. L'expérience corporelle de la souffrance est alors la manière dont chaque individu vit les expériences physiques négatives, ainsi que la manière dont le corps est susceptible – même si ce n'est pas systématique – d'être un lieu de manifestation des expériences psychiques et sociales de la souffrance.

Pour l'auteur, la souffrance physique permet de « *rendre compte des souffrances attribuées au corps* » ou des souffrances « *vécues par l'intermédiaire du corps* » [pp.310-311]. Plus précisément, il définit la souffrance physique comme :

- soit une expérience directe de la souffrance – pour cette recherche, il s'agit des jeunes vivant les changements de leurs corps et les sensations associées comme un dysfonctionnement, ou pour qui leur corps est le lieu d'atteintes et de privations (d'autres auteurs parlent à ce sujet de « *corporéisation du mal-être* », quand les individus ont défini leur corps comme le lieu ou la source de leur souffrance [BROSSARD, 2014, pp.267-299]);
- soit une manière dont les individus investissent corporellement les autres expériences de la souffrance, notamment sous la forme de somatisations ;
- soit une manière d'investir négativement son corps dans les interactions sociales.

L'expérience physique de la souffrance relève donc des atteintes corporelles, des somatisations, et/ou de l'investissement négatif du corps dans les interactions.

Pour cette recherche, nous définissons ces trois types d'expériences corporelles comme des indicateurs des souffrances physiques juvéniles, à partir des informations relatives au corps et aux pratiques corporelles, multiples et diversifiées, massivement représentées dans les dossiers de notre corpus :

- Les atteintes corporelles, cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les jeunes attaquent eux-mêmes leur corps (41 jeunes dans notre corpus décrivent des pratiques d'automutilations ou disent se porter des coups sur eux-mêmes),
 - quand les dossiers mentionnent explicitement une ou plusieurs tentatives de suicide (13 jeunes),
 - quand les jeunes décrivent leurs consommations de produits ayant un effet sur la perception² (61 jeunes sont concernés, il s'agit le plus souvent de cannabis ou d'alcool, de façon ponctuelle il s'agit aussi de consommations d'ecstasy ou de cocaïne),
 - quand les jeunes déclarent être victimes de violences physiques ou sexuelles (65 jeunes décrivent des violences portées sur eux par d'autres jeunes ou par des adultes de la famille ou de l'entourage du quotidien – ces violences peuvent être ponctuelles ou répétées, sur des périodes courtes ou pendant plusieurs mois ou années),
 - ou quand les jeunes décrivent des pratiques de contrôle alimentaire (11 jeunes sont concernés, les dossiers nomment alors explicitement l'anorexie, ou décrivent des choix de restrictions alimentaires);
- Les somatisations, cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les jeunes se plaignent de douleurs corporelles (86 jeunes décrivent des douleurs sans raison physiologique connue – il s'agit majoritairement de mal à la tête ou de mal au ventre, il peut s'agir aussi de mal aux yeux, aux bras, aux

² Nous ne retenons pas les déclarations relatives à la consommation de tabac, *a priori* sans effet en matière de perception, parce que le tabagisme – contrairement aux consommations de drogues ou d'alcool – n'est pas systématiquement questionné par les professionnels de la MDA. Même si le tabagisme est historiquement à la baisse chez les jeunes – comme pour les autres âges de la vie – depuis 2017, les mentions relatives au tabac dans les dossiers ont donc de grandes chances d'être sous-estimées dans notre corpus.

Pour les tendances à la baisse de l'usage quotidien du tabac selon les âges, voir notamment : DOUCHET Marc-Antoine, *Tabagisme et arrêt du tabac en 2019*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, février 2020, [En ligne]

- genoux, aux jambes, au dos, aux articulations, au cou, à la gorge, aux dents, ou encore de problèmes de peau qui font souffrir),
- quand les jeunes décrivent des changements de leur volume corporel, éventuellement liés à des pratiques alimentaires incontrôlées (64 jeunes disent avoir perdu ou pris du poids, être en surpoids ou obèses, manger « *trop* », « *beaucoup* », éventuellement en secret, quelques-uns parlant de « *crises de boulimie* », d'autres disent ne plus avoir d'appétit ou ne pas réussir à manger),
 - quand les jeunes décrivent les réactions incontrôlées de leur corps (50 jeunes décrivent diverses manifestations corporelles, alors associées à la gêne et à l'impuissance, il peut s'agir de nausées ou de vomissements non contrôlés, de malaises ou de vertiges, de suées, du cœur qui bat trop vite, de difficultés à respirer, de tremblements, de tics faciaux, ou encore de perte des cheveux),
 - ou quand les jeunes décrivent leurs problèmes de sommeil (la question du sommeil est systématiquement posée dès le premier accueil à la MDA, 139 jeunes évoquent leurs difficultés à s'endormir, leurs réveils nocturnes, leurs cauchemars, ou leurs insomnies³);
 - L'investissement négatif du corps dans les interactions, cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les jeunes décrivent une différence notable, souvent associée à des brimades ou une mise à l'écart par les autres jeunes (11 jeunes décrivent leur écart aux normes corporelles – au sens de la moyenne des autres jeunes de leur âge – en matière de taille, de volume du corps, de développement de la pilosité ou des formes, ainsi que des problèmes d'élocution, l'implantation disgracieuse des dents, la couleur de la peau, etc.),
 - ou quand les jeunes se sentent mal dans leur corps, qui ne correspond pas à ce qu'eux-mêmes considèrent comme esthétique ou comme un corps normé (29 jeunes se plaignent de leur corps, décrits comme laids, trop petits, trop gros, ou encore des jeunes filles qui sont gênées par le regard des autres sur elles depuis que leurs seins se développent, des garçons qui se sentent filles ou des filles qui se sentent garçons).

3 Même si les problèmes de sommeil sont beaucoup plus présents que les autres indicateurs, nous considérons que cela ne représente pas un biais pour nos analyses statistiques des expériences physiques de la souffrance. En effet, les problèmes de sommeil sont rarement isolés. Seuls une vingtaine de jeunes concernés par les difficultés associées au sommeil ne sont concernés par aucun autre indicateur des souffrances physiques et seuls une quarantaine ne sont concernés par aucun autre indicateur des somatisations

		Effectifs	Fréquence
Atteintes corporelles		135	44,7 %
Somatisations		180	59,6 %
Investissement négatif du corps dans les interactions		39	12,9 %
Cumul des indicateurs de la souffrance physique	Au moins un	232	76,8 %
	Au moins deux	101	32,4 %
	Les trois	21	7,0 %

TABLE 8 – Répartition des indicateurs de la souffrance physique

Champ : Corpus des dossiers de jeunes pris en charge en 2017 à la MDA

Par choix méthodologique, les comportements violents dont les jeunes sont auteurs sont exclus des indicateurs de la souffrance physique, même si les informations sur les comportements violents sont présentes en nombre suffisant dans les dossiers. En effet, dans notre corpus, les discours des jeunes auteurs de violence ne mobilisent pas les répertoires de la plainte ni de la souffrance. En outre, la présence des violences physiques dans les dossiers est significativement corrélée avec l'absence des jeunes auteurs lors de la première venue à la MDA.

Ainsi, ce sont bien souvent les familles (avec la présence non-négligeable des pères) qui viennent à la MDA parler des violences de leur adolescent, citant plus précisément des violences sur les objets, des bagarres entre pairs et parfois des bousculades, plus rarement des coups, portés sur les membres de la famille.

En écartant les comportements violents de nos analyses des expériences physiques de la souffrance juvénile, nous rejoignons d'une certaine manière les propositions de David LE BRETON [2007]. Il analyse les conduites violentes et délinquantes des garçons qui vivent dans des quartiers populaires au prisme du genre. Même si les jeunes de notre corpus sont peu nombreux à vivre dans ce type de quartier⁴, les violences agies sont effectivement et significativement des comportements masculins. David LE BRETON montre alors que ces violences peuvent être associées à une socialité juvénile masculine, valorisant une certaine représentation de la virilité. Les provocations et les bagarres seraient des comportements physiques, certes stigmatisés à l'échelle de la société, mais éventuellement ludiques et attendus par les pairs.

⁴ Il est difficile de qualifier les lieux de résidence pour les jeunes qui viennent à la MDA à partir des seules adresses déclarées dans les dossiers. Néanmoins, les instances de gouvernance récentes ont souligné la nécessité pour le dispositif d'être plus accessible aux jeunes qui vivent dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, ce qui montre, en creux, le diagnostic d'une faible représentation des jeunes issus des quartiers populaires

D'autres indicateurs corporels sont écartés de notre définition des expériences physiques de la souffrance, en raison de leur absence notable (ou de leur trop faible effectif). Dans les méthodes statistiques, « *une modalité trop rare ou au contraire trop fréquente ne peut pas conduire à des analyses intéressantes* » [SELZ, 2012, p.253].

Le dispositif méthodologique construit pour cette recherche ne s'intéresse pas spécifiquement aux corps juvéniles. Nous ne nous inscrivons pas dans une sociologie du corps, comme celle proposée par David LE BRETON [2007] dans ses analyses de la souffrance des adolescents, multipliant les terrains pour accéder directement aux pratiques corporelles et analyser la mise en scène des corps juvéniles dans les interactions quotidiennes.

Comme pour les émotions, nous traitons indirectement des informations relatives aux corps et aux pratiques corporelles. Ce qui nous intéresse, c'est précisément leur présence ou leur absence dans les discours des jeunes en souffrance pris en charge à la MDA.

Parmi les données corporelles rares ou peu représentées dans notre corpus :

▷ Les privations corporelles et la non-satisfaction des besoins organiques évoquées par Emmanuel RENAULT [2008] ne concernent aucun jeune de notre corpus.

Même quand les jeunes qui fréquentent la MDA ne mangent pas, ce n'est pas parce que les moyens économiques leur manquent ou que d'autres individus les en empêchent, mais parce qu'ils n'y arrivent pas, ayant perdu l'appétit ou l'attrait pour la nourriture, ou parce qu'ils décident de ne pas le faire, en contrôlant leur alimentation par exemple pour perdre du poids qu'ils considèrent avoir en trop.

De même quand ils ne dorment pas, il ne s'agit jamais de privations contraintes, mais plutôt de difficultés à s'endormir ou de réveils nocturnes ;

▷ Les pratiques physiques et sportives dites extrêmes, décrites par David LE BRETON [2007], sont rares.

Les jeunes qui viennent à la MDA ne parlent pas de conduite automobile à grande vitesse. Quelques-uns évoquent des pratiques de sports dangereux, mais cette dimension de l'expérience juvénile est alors peu exploitée et rarement investiguée dans les consultations.

Ces pratiques, considérées « à risque » pour l'action publique et associées selon David LE BRETON au plaisir, à la passion et au vertige par les jeunes, apparaissent très rarement dans les discours adressés aux professionnels de la MDA. Certes, les

dossiers donnent quelques indications sur les activités physiques et sportives, mais il s'agit alors la plupart du temps de la réponse des jeunes aux questions relatives à leurs loisirs, lors du premier accueil. Ceci ne semble pas surprenant, dans la mesure où les jeunes viennent bien davantage parler de ce qui va mal plutôt que de ce qui leur fait plaisir ;

▷ Les pratiques de tatouage ou de piercing, elles aussi analysées par David LE BRETON [2007], sont peu évoquées à la MDA.

Ici encore, le filtre généré par les échanges avec des professionnels sanitaires et sociaux semble expliquer à lui seul cette faible représentation. Le caractère esthétique et symbolique, associé par David LE BRETON à ces marques corporelles, relèverait davantage de rites intimes et privés, éventuellement inscrits dans les interactions avec les pairs. Sauf si ces pratiques génèrent des infections ou d'autres désagréments, il n'y aurait donc aucune raison d'en parler avec des professionnels.

En outre, si les jeunes en parlent, ces données corporelles ne sont pas systématiquement retranscrites dans les dossiers, les professionnels de la MDA semblant considérer eux aussi qu'elles relèvent de l'intimité ;

▷ Les pratiques sexuelles sont faiblement représentées dans notre corpus.

Cette thématique pouvait pourtant être attendue, au vu de l'âge du public de la MDA – qui correspond à l'âge de l'accès à la sexualité⁵ – et au vu du discours public – qui associe régulièrement les pratiques sexuelles adolescentes aux risques pour la santé⁶.

⁵ Les enquêtes nationales relatives à l'accès à la sexualité continuent de montrer peu d'évolutions depuis les trente dernières années : les premiers baisers apparaissent au moment du collège (14,1 ans pour les filles et à 13,6 ans pour les garçons) et les premiers rapports sexuels sont expérimentés autour de la majorité (l'âge médian est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles)

⁶ La grande majorité de ces premiers rapports sexuels en France sont des rapports protégés, mais les accidents semblent effectivement encore nombreux :

- le recours à la contraception d'urgence reste important (environ 10 % des collégiennes sexuellement actives), de même que le recours à l'interruption volontaire de grossesse (qui en 2009 concernait 1 % des jeunes filles âgées de 15 à 18 ans et 2 % des filles âgées de 18 et 19 ans) – même si les interruptions de grossesse continuent de baisser chez les moins de 20 ans depuis 2010 ;
- la plupart des infections sexuellement transmissibles concernent les jeunes âgés de moins de 30 ans (voire elles les touchent particulièrement, par exemple pour les papillomavirus, les chlamydioses, les blennorragies) et quand les statistiques sont disponibles pour les moins de 20 ans, elles montrent qu'ils ne sont pas épargnés.

Sources : AMSELLEM-MAINGUY, 2016, 2019 ; EHLINGER, MAILLOCHON *et al.*, 2016 ; MAILLOCHON, 2012 ; MOISSEFF, 2010

Qu'il s'agisse des pratiques sexuelles ou de leurs éventuelles conséquences, les informations relatives à la sexualité sont peu présentes dans notre corpus, à l'exception de quelques données concernant l'accès à la contraception ou au désir (alors associé à la question du handicap, du couple, ou de l'orientation sexuelle).

La sexualité adolescente n'est pas un thème dont les jeunes parlent à la MDA, vraisemblablement parce qu'il existe d'autres offres de prise en charge spécialisées⁷.

Précisons toutefois que nous n'écartons pas de nos analyses les informations relatives aux violences sexuelles subies (retenues dans notre catégorie des violences subies, pour 11 jeunes) ni les informations relatives aux souffrances associées à la transidentité (apparaissant dans notre catégorie des jeunes qui se sentent mal dans leur corps, pour 3 jeunes) ;

▷ Les manifestations corporelles disgracieuses ou les sécrétions du corps sont elles aussi rares dans notre corpus (les questions relatives à l'acné sont quasiment absentes, seuls quelques dossiers évoquent les diarrhées, l'énurésie, les plaques sur la peau, alors signalées comme de l'eczéma ou du psoriasis, les règles, ou la transpiration excessive).

Une certaine forme de pudeur semble donc orienter les discours des jeunes à la MDA. Les excréments corporelles incontrôlées suscitent en effet le plus souvent du dégoût et de la répulsion. Elles sont associées au sale et à la souillure, leur « *présence est le signe d'une nature animale toujours persistante et inconvenante* »⁸. Il s'agit donc vraisemblablement pour les adolescents de notre corpus de mobiliser la pudeur et de civiliser leur discours corporel, pour se protéger du risque de dégoûter leur interlocuteur et d'être renvoyé à leur nature animale. Les jeunes qui viennent à la MDA excluraient ainsi de leur discours tout ce qui serait susceptible de relever d'un corps laid ou souillé. Notons d'ailleurs que non seulement ces thèmes sont rarement évoqués, mais aussi que s'ils le sont, c'est soit seulement dans le bureau du pédiatre, soit ce sont les parents qui en parlent.

⁷ Le contexte local propose par exemple de multiples permanences du centre départemental d'éducation et de planification familiale, des consultations de la santé scolaire dans tous les établissements (les infirmiers scolaires rencontrés ayant souvent souligné leur rôle en matière d'accompagnement de la sexualité, notamment pour l'accès à la contraception), ou encore une offre de prise en charge spécialisée à l'attention des jeunes homosexuels, bisexuels ou transsexuels, dans le secteur associatif ou au centre hospitalier local

⁸ RAVENEAU Gilles, « Suer. Traitements matériels et symboliques de la transpiration », *Ethnologie française*, vol.41, n° 1, 2011

Ainsi, les jeunes qui sont pris en charge à la MDA ne subissent pas de privations corporelles, n'évoquent pas leurs éventuelles pratiques physiques extrêmes, décrivent peu leurs tatouages et leurs piercings, abordent peu leurs pratiques sexuelles et parlent rarement des aspects disgracieux de leurs corps.

Malgré l'absence de ces différentes thématiques corporelles, les informations sur les corps et les pratiques corporelles juvéniles sont nombreuses et très hétérogènes dans notre corpus.

Nous considérons que les jeunes font l'expérience physique de la souffrance quand au moins un des indicateurs relatifs aux atteintes corporelles, aux somatisations, ou à l'investissement négatif du corps dans les interactions, est présent.

Que nous apprennent ces données quant à la corporéité de l'expérience de la souffrance pour les jeunes qui viennent à la MDA ? Comment les corps sont-ils mobilisés dans leurs interactions avec les professionnels du dispositif qui les prend en charge ?

7.2 Souffrances physiques à la MDA

Contrairement aux émotions qui génèrent des demandes de prise en charge des souffrances psychiques, les manifestations corporelles et les pratiques physiques suscitent rarement des demandes d'aide. Le discours des jeunes (ou des familles, ou des professionnels) mobilise peu le répertoire lexical du corps pour expliquer leur venue à la MDA.

Dans les statistiques annuelles produites par la MDA, les motifs de la venue sont peu associés au corps (en comparaison avec les catégories de recours associées à la souffrance psychique). La catégorie « *consommations excessives* » représente seulement 3 à 4 % des motifs entre 2017 et 2019 ; la catégorie « *violences subies* » seulement 2 à 4 % ; la catégorie « *sexualité* » ou encore la catégorie « *questions somatiques* » seulement 1 à 2 %.

On retrouve les mêmes tendances dans notre corpus, puisque seul un jeune sur six fait référence à son corps ou à ses pratiques corporelles pour motiver sa venue, ce qui en fait l'un des motifs énoncés les moins fréquents.

Il faut donc s'intéresser à l'intégralité des dossiers de notre corpus, c'est-à-dire aux retranscriptions de l'ensemble des rendez-vous des jeunes et des familles à la MDA, pour comprendre la mise en scène des corps dans les interactions associées à la prise en charge de la souffrance.

En particulier, l'organisation de l'offre de prise en charge à la MDA permet de comprendre la présence massive et diversifiée des informations sur les corps et les pratiques corporelles dans notre corpus.

Quand l'équipe met en place le premier projet de service en 2014, plus précisément quand elle organise le déroulé des premiers accueils, une attention particulière est portée aux corps adolescents. Pour rappel, l'entretien dit de « premier accueil » est guidé par une trame prédéfinie, qui vise à recueillir de façon uniformisée différentes informations. Cette trame est matérialisée par les trois premières pages du dossier, qui comporte une rubrique générale « *santé* ». Celle-ci est composée sur une demi-page de sous-titres explicites, notamment : « *sommeil* », « *alimentation* », « *consommation* » et d'un sous-titre plus ambigu mais qui laisse la place à la retranscription de la diversité des informations éventuellement recueillies : « *plaintes somatiques* » (ce sous-titre s'est plus récemment transformé en « *éléments somatiques* », encore plus large et visant bien à pouvoir retranscrire toutes les informations recueillies sur les corps).

D'emblée, les jeunes sont donc explicitement et systématiquement questionnés sur leur corps. Cette invitation initiale par les professionnels encourage les jeunes à réfléchir à la dimension corporelle de leurs expériences quotidiennes, à porter leur attention sur les manifestations de leurs corps et leurs pratiques corporelles. Les jeunes sont incités à observer eux-mêmes leur corps et à en parler. Il n'est donc pas surprenant que les discours des jeunes mobilisent ensuite leur corps tout au long de leurs interactions avec le dispositif local.

Les expériences corporelles sont ainsi présentes dans leur discours au fur et à mesure des consultations et quels que soient les professionnels rencontrés (assistant de service social, éducateur spécialisé, infirmier, pédiatre, psychologue ou psychiatre), comme si leur corps servait d'illustration pour décrire toutes leurs expériences de la souffrance, qu'elle soit vécue dans l'intimité ou dans les interactions sociales.

De manière générale et à la suite d'Emmanuel RENAULT [2008], nos analyses confirment alors que les souffrances physiques ne sont presque jamais complètement dissociées des souffrances psychiques et sociales.

Seuls trois dossiers ne présentent que des indicateurs corporels, sans autre référence à des expériences de la souffrance (un père qui s'inquiète de la perte d'appétit de sa fille, ou des professionnels qui se renseignent sur l'offre de prise en charge pour des jeunes consommateurs de cannabis). Au contraire et hors ces situations exceptionnelles, les souffrances physiques sont significativement corrélées avec le

cumul de plusieurs expériences psychiques et sociales de la souffrance. Presque trois dossiers sur quatre qui signalent des souffrances physiques signalent en même temps des souffrances psychiques, des souffrances associées au rapport négatif à soi et/ou des souffrances dans les interactions sociales.

Il est également notable que les jeunes qui vivent des expériences physiques de la souffrance acceptent des prises en charge longues à la MDA (presque trois de ces jeunes sur quatre viennent au moins quatre fois). La plupart acceptent aussi des consultations sur place avec plusieurs professionnels (issus du monde socioéducatif et du monde de la santé, physique ou mentale).

Par ailleurs, si les jeunes pris en charge à la MDA sont nombreux à vivre des expériences physiques de la souffrance (presque 77 % des jeunes de notre corpus), il apparaît que deux jeunes sur trois ne vivent cette expérience physique que sous une seule forme : les atteintes corporelles ou les somatisations.

Ces deux types d'expériences physiques de la souffrance se distinguent nettement.

- Les jeunes qui attaquent eux-mêmes leur corps, consomment de l'alcool ou du cannabis ou sont victimes de violences physiques et sexuelles sont significativement âgés d'au moins 17 ans quand ils viennent à la MDA. De façon encore plus significative (avec *p-value* < 0,01⁹), quelques-uns veulent alors rencontrer des professionnels, justement pour parler de leur corps attaqué.

En outre, l'expérience des atteintes corporelles est très significativement corrélée (avec *p-value* < 0,005) avec l'expérience du mépris social et de la stigmatisation (apparaissent notamment les déclarations de harcèlement scolaire), ainsi qu'avec les pensées macabres et l'apathie (c'est-à-dire l'absence d'énergie, la perte d'initiative et l'indifférence affective).

- Les jeunes qui perdent du poids ou en prennent sans le contrôler, qui ont mal, qui dorment mal, qui décrivent avec gêne et impuissance les réactions de leur corps, sont significativement des filles, dont les deux parents travaillent.

Quand ces jeunes viennent à la MDA, confrontées¹⁰ aux traductions corporelles de leur souffrance, elles ne viennent pas pour en parler. Pour la plupart et de façon très significative (avec *p-value* < 0,0001), elles veulent plutôt rencontrer des

⁹ Pour rappel, les seuils de significativité ne sont précisés que lorsqu'ils sont inférieurs à 0,05 %

¹⁰ Ce paragraphe est écrit au féminin dans la mesure où les filles sont significativement les plus concernées par les somatisations

professionnels pour être aidées à réguler les émotions intenses qui les débordent, en particulier la tristesse et la peur.

De plus, leur expérience des somatisations est significativement corrélée (avec $p\text{-value} < 0,001$) avec les expériences psychiques de la souffrance (les pensées macabres, la peur, la tristesse) et avec les expériences de la souffrance associée au rapport négatif à soi. Ces jeunes pensent à la mort, elles sont tristes, elles ont peur et se dévalorisent, elles perdent le goût de l'activité et de l'initiative, elles n'arrivent pas à se motiver, à se projeter et à se réaliser dans leur scolarité.

Pour mieux comprendre comment les corps et les pratiques corporelles s'associent aux souffrances psychiques et sociales dans les situations individuelles, une vignette représentative des situations où les expériences physiques, psychiques et sociales de la souffrance se cumulent et se confondent parfois les unes avec les autres est présentée.

Les citations en italique et entre guillemets sont issues des quatre dossiers utilisés pour construire cette vignette, cumulant chacun tous les indicateurs corrélés avec les expériences physiques de la souffrance.

VIGNETTE 2. BÉATRICE ATTEINTES CORPORELLES ET SOMATISATIONS

Fille, 17 ans, scolarisée en terminale dans un lycée général, vit avec sa mère et son beau-père à quelques kilomètres au sud-est de la métropole, voit son père un week-end sur deux. Sa mère est enseignante, son père ne travaille plus pour des raisons de santé. Elle vient à la MDA avec sa mère, orientée par le médecin traitant.

PREMIÈRE VENUE À LA MDA

Pour expliquer pourquoi elles viennent, la mère rapporte les inquiétudes du médecin de la famille quant à sa fille : « *tristesse importante, colères et perte de poids sur les dernières consultations* ». Surtout, la mère explique s'être rendue compte la veille que Béatrice se scarifie : « *ma fille a besoin d'aide, elle est en conflit intérieur et n'arrive pas à faire face* ». Interrogée à son tour, Béatrice dit : « *j'ai fait une crise, je me sentais perdue, je ne savais plus quoi faire* » « *je veux un entretien avec un psychologue, ça fait depuis juin [5 mois] que ça ne va pas* ».

Béatrice a déjà rencontré des professionnels du psychisme il y a plusieurs années, après la séparation de ses parents, puis à une période où elle « *entendait une voix dans sa tête* », qui lui disait de se faire du mal et lui faisait peur.

...

...

Son père n'est pas informé de sa venue à la MDA, Béatrice a l'impression qu'il « *ne comprend pas son mal-être, il lui dit que "ça va passer", elle ne se sent pas soutenue par lui* ».

Au lycée, elle cumule quelques absences et depuis plusieurs semaines ses notes sont en baisse, à peine au-dessus de la moyenne. Sa mère dit qu'elle « *devrait travailler plus, elle a des capacités mais ne le fait pas* ».

Sa mère a été convoquée au lycée car les professeurs sont inquiets : Béatrice est peu concentrée, elle est « *constamment dans sa bulle* » et « *alors qu'elle a un bon niveau et de quoi répondre, quand ils l'interrogent, elle s'effondre* ».

Béatrice explique, en pleurant, qu'un « *professeur lui a dit la semaine dernière qu'elle ne servait à rien* ».

Interrogée sur son entourage amical, Béatrice dit qu'il est « *peu fourni* ». Elle a quelques « *collègues* » au lycée « *mais pas des confidents* ». Elle décrit sa solitude « *ma vie ne me va pas car je suis toute seule* ». Elle explique sa difficulté à développer des amitiés « *j'ai toujours été dans mon coin...avec ce sentiment d'inconfiance, je sentais que j'étais un peu timide* ».

Interrogée sur son sommeil, Béatrice dit avoir du mal à s'endormir, « *elle pense beaucoup* » et elle se sent tout le temps fatiguée.

Elle dit aussi qu'elle n'a pas beaucoup d'appétit, « *il y a des jours où je ne mange pas mais ça va, je suis bien comme ça* ».

De temps en temps, elle se scarifie en se brûlant « *le dessus des poignets* », ça a commencé il y a plusieurs années en frottant sa main contre la tapisserie « *ça fait un peu du bien même si ce n'est pas bien* ».

Interrogée sur son moral, Béatrice l'évalue à trois sur dix. Elle dit qu'elle « *ne se sent pas bien, se sent triste* ». Il lui est déjà arrivé de « *pleurer toute la nuit* ».

Elle décrit aussi des « *crises de paniques : angoisse de l'avenir, pleurs le soir quand elle est seule, cris* », « *je n'ai pas confiance en moi, je culpabilise beaucoup* ».

Parfois elle pense au suicide « *j'ai des idées noires* », « *si je n'étais pas là, ça ne changerait rien* ». Elle a imaginé un scénario pour se tuer « *mais ça aurait fait trop de mal* » à sa famille, « *je ne pouvais pas leur faire ça* ».

Selon sa mère, « *Béatrice dit que les cours de philo lui donnent envie de mourir. Et elle a dit à sa prof qu'elle n'arrivait plus à penser* », « *elle fait des croix sur des feuilles à longueur de cours. On dirait que rien ne l'intéresse, qu'elle est vide* ».

Béatrice se sent mal depuis fin septembre, mais en ce moment « *ça empire* », « *je suis comme enfermée, j'ai pas de chemin pour s'en sortir, c'est le désespoir total* ». Elle en a parlé à sa mère qui lui a conseillé de voir un psychologue, elle n'en a pas parlé à son père.

...

...

À la fin de ce premier entretien, quand le référent socioéducatif lui demande de reformuler sa demande, Béatrice dit qu'elle voudrait « *un endroit pour parler* », « *essayer de comprendre pourquoi je ne suis pas bien* », « *reprendre confiance en moi pour aller plus facilement vers les autres* ». Sa mère s'inquiète quant à elle de sa scolarité « *je ne sais pas si volontairement elle n'est pas en train de se saborder* », elle voudrait que sa fille « *soit aidée dans sa concentration et dans sa sociabilisation* ».

LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE DIX RENDEZ-VOUS
AVEC LE RÉFÉRENT SOCIOÉDUCATIF ET UN PROFESSIONNEL DU PSYCHISME
SUR UNE PÉRIODE DE SIX MOIS, POUR BÉATRICE ET/OU SA MÈRE

Tout au long de la prise en charge, le dossier retranscrit plusieurs fois la préoccupation des professionnels quant aux épisodes de grande souffrance psychique vécue par Béatrice, décrivant la peur, la tristesse et les pensées macabres : « *angoisses envahissantes* », « *attaques de panique* », « *crise d'angoisse* », « *détresse psychique majeure* », « *tension interne importante* », « *symptomatologie dépressive marquée* », « *idées suicidaires* ». En outre, Béatrice décrit de plus en plus souvent des attaques contre son propre corps, inquiétant la famille et les professionnels, qui les retranscrivent dans le dossier (« *pulsions auto agressives* », « *scarifications* », « *automutilations* », « *dermabrasion* », « *cicatrices* », « *points de suture* », etc.). Selon les circonstances, le dossier indique qu'elles ont une fonction d'« *apaisement* » ou de « *régulation des émotions* ».

La mère de Béatrice est présentée comme un soutien pour la prise en charge de cette souffrance. Les professionnels indiquent dans le dossier que cette dernière « *est informée* », « *va augmenter la surveillance de sa fille par rapport aux scarifications* », « *prend en compte la priorité du soin face aux études* », etc. La mère représente aussi un appui pour Béatrice quand elle vit des moments difficiles. Béatrice dit qu'elle « *ne se sent rassurée qu'en sa présence* ». La mère participe ainsi à la plupart des consultations, au moins en partie, et elle évoque plusieurs fois ses propres difficultés face à la souffrance de sa fille, dont elle explique qu'elle « *ne peut en parler à quiconque* », sauf à son compagnon. À l'issue de la prise en charge, la mère dit qu'elle a « *compris beaucoup de choses* », « *va mieux, mais ça a été très difficile* ».

Béatrice cumule en effet, souvent en même temps, plusieurs expériences physiques, psychiques et sociales de la souffrance.

De même que les attaques contre son propre corps, les somatisations sont évoquées presque systématiquement. À côté de sa « *perte d'appétit* » et de son « *amaigrissement* » qui s'accroît, les problèmes de sommeil sont très présents. Béatrice n'arrive pas à s'endormir, elle se réveille régulièrement en pleurs, parfois plusieurs fois dans la nuit. À chaque consultation, elle continue de dire qu'elle « *appréhende le moment du coucher* ». Ses problèmes de sommeil génèrent une grande fatigue tout au long de la journée. Le dossier retranscrit plusieurs fois la « *persistance de l'asthénie* ».

...

...

Le dossier accumule ses récits d'épisodes de souffrance psychique majeure, où la tristesse et la peur semblent à elles-seules organiser le quotidien de Béatrice, qui attaque son corps, ne va plus au lycée, se replie sur elle, reste « *recroquevillée auprès de sa mère* », a « *envie de mourir* ». Mais il est aussi question d'une souffrance diffuse, permanente, persistante et usante. Les professionnels de la MDA décrivent une « *tristesse quotidienne* », des « *pleurs fréquents* », une « *anhédonie partielle* », « *pas d'amélioration clinique* ». Béatrice dit qu'elle « *n'a plus le goût à rien ni l'envie* », elle « *évoque un mal être qu'elle a du mal à définir, peut parler de tristesse, le décrit inchangé à celui des précédentes semaines* ». Au fur et à mesure des consultations qui s'enchaînent à la MDA, Béatrice commence à baisser les bras « *selon elle pas d'amélioration de son moral* », « *impression de lassitude du fait de la durée d'évolution et une envie d'arrêter de faire des efforts* », « *épuisement et sentiment d'incurabilité* ».

On retrouve cette démobilité dans sa scolarité, à laquelle Béatrice ne donne pas de sens et où elle ne parvient pas à se réaliser « *ça ne m'intéresse pas* », « *la terminale est compliquée en ce moment du fait de son manque de motivation* », « *n'arrive pas à remonter ses notes* », elle se questionne « *vis à vis de l'institution scolaire et du projet d'étude* ». Béatrice est souvent absente, certains jours elle est si fatiguée qu'elle n'arrive pas à sortir de son lit pour aller au lycée. Elle associe ces difficultés scolaires au moment de l'entrée au lycée « *elle avait l'impression d'être complètement "délaissée" car pas assez performante aux yeux des enseignants qui ne s'occupaient que des meilleurs. A vu ses compétences et sa créativité être "méprisées" et a perdu toute sa confiance en elle* ».

Le médecin de la MDA met en place un traitement médicamenteux pour l'aider à affronter ses peurs et sa tristesse, mais aussi pour l'aider à mieux dormir. Progressivement, Béatrice accepte l'orientation vers un service ambulatoire de la psychiatrie infanto-juvénile.

Cette vignette illustre comment les atteintes corporelles et les somatisations se cumulent avec les souffrances psychiques et sociales. Les jeunes qui viennent à la MDA sont ainsi susceptibles de vivre des expériences insupportables de la non-satisfaction récurrente et accumulée de leurs besoins fondamentaux, psychiques, physiques et sociaux.

Comment comprendre la place donnée aux corps dans les interactions entre les jeunes et les professionnels du dispositif? Et plus largement – dans la mesure où il s'agit du profil social des jeunes pris en charge à la MDA – que peut nous apprendre la corporalité de l'expérience de la souffrance sur le mal-être d'une partie de cette jeunesse contemporaine issue des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale?

7.3 Symptômes légitimes, contrôle du corps et genre des souffrances physiques

Les données qui mobilisent les corps et les pratiques corporelles sont nombreuses et diversifiées dans les dossiers des jeunes pris en charge à la MDA.

Non seulement les souffrances psychiques et sociales laissent des marques corporelles ou modifient les comportements qui mettent en scène les corps, mais aussi les discours sur la souffrance dans les dossiers de la MDA – ceux des jeunes, de leur entourage ou des professionnels – mobilisent largement le répertoire lexical du corps.

7.3.1 Repérer et justifier la souffrance par les corps

En premier lieu, les descriptions des corps et des manifestations corporelles apparaissent comme des symptômes légitimes de la souffrance, tant pour les professionnels, pour qui les manifestations corporelles permettent de repérer les jeunes en souffrance, que pour les jeunes en souffrance eux-mêmes, dans leurs interactions avec les professionnels du dispositif.

Les textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse encouragent les professionnels à observer les corps juvéniles, pour repérer la souffrance psychique quand elle ne peut pas se dire.

Les discours des professionnels retranscrits dans les dossiers de la MDA, observés lors des échanges pendant les réunions ou recueillis lors des entretiens) comportent de multiples références aux manifestations corporelles visibles, qui les amènent effectivement à considérer que les jeunes sont en souffrance.

Les dossiers de la MDA font ainsi apparaître les marques sur les corps ou les réactions physiques des jeunes, observées lors des consultations, comme les traces de coups, les scarifications, les yeux rougis après avoir pleuré, la maigreur, les visages sans cesse cachés derrière les cheveux, les départs du bureau en trombe en claquant la porte ou encore l'arrêt d'une activité sportive appréciée.

Ces observations relatives aux corps juvéniles sont également présentes dans nos entretiens avec les professionnels du département du Sud :

« Elle avait beaucoup maigri, elle était tout le temps fatiguée » ; « la jeune ne va plus à l'école, elle a mal au ventre, elle a vu un médecin » ; « un grand mal-être, avec des scarifications et elle se faisait vomir » ; « on ne

pouvait pas passer à côté d'elle sans être interpellé [...], elle était fermée, stressée tout le temps [...] c'était un bâton » ; « il pense tout le temps, donc il ne dort plus c'est compliqué » [Entretiens avec des professionnels du département]

De façon plus surprenante, les corps semblent alerter les jeunes eux-mêmes. Tout se passe comme si les corps se manifestaient pour leur montrer qu'ils ne vont pas bien.

De plus, quand ils demandent de l'aide à la MDA, ils ont déjà commencé à réfléchir à ces manifestations corporelles. Nous pouvons évidemment supposer qu'un bon nombre de jeunes ne viennent pas à la MDA et s'adressent plutôt à leurs médecins traitants ou aux professionnels de la santé scolaire quand ils ne comprennent pas ce qui leur arrive. Néanmoins, les retranscriptions dans les dossiers de notre corpus des échanges entre les jeunes et les professionnels montrent bien que la plupart d'entre eux ont déjà entamé une réflexion, au prisme de la souffrance psychique et sociale, pour comprendre les manifestations de leur corps.

C'est le cas en particulier des jeunes qui attaquent leur propre corps ou de ceux qui décrivent des réactions corporelles incontrôlées. Les dossiers retranscrivent ainsi des formulations telles que :

« Perte d'appétit quand il se sent mal » ; « maux de tête quand il ne va pas bien » ; « mal aux jambes et au bras quand elle est stressée » ; « perd ses cheveux depuis la reprise de la scolarité » ; « décrit des moments où elle ne se sent pas bien et son besoin de se mutiler est alors sa seule réponse » ; « elle a croisé des jeunes "harceleurs" de son ancien collège, épisode de scarification le soir » [Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Dans le discours des jeunes, retranscrits par les professionnels de la MDA, les manifestations corporelles sont alors bien souvent construites comme des symptômes qui leur permettent de prouver leur souffrance. Les corps sont moins des motifs pour venir à la MDA que des justifications de la nécessité d'être pris en charge.

Ainsi, les récits par les jeunes (retranscrits dans les dossiers) de leurs expériences psychiques et sociales de la souffrance s'accompagnent massivement de descriptions de leur corps et de manifestations corporelles. Ces dernières rendraient donc la souffrance légitime, aux yeux des jeunes, pour les professionnels à qui ils adressent leur discours.

Cette propension à construire les messages corporels en symptômes légitimes de la souffrance n'est pas indépendante du profil social des jeunes de notre corpus, âgés de 11 à 21 ans et dont les parents exercent majoritairement des professions catégorisées au niveau moyen voire supérieur de la hiérarchie sociale. Leur rapport à leur corps est nécessairement situé socialement.

Même si les travaux de Luc BOLTANSKI sur les usages sociaux des corps sont anciens [1971], ses analyses sont encore mobilisables pour comprendre ce processus. En particulier quand il montre que le rapport au corps est socialement différencié.

« L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, c'est-à-dire, d'une part à leur apparence physique, plaisante ou déplaisante, d'autre part, à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (passant des agriculteurs aux ouvriers, des ouvriers aux employés, des employés aux cadres) (...) »

En ce qui concerne l'argument du rapport à l'apparence physique socialement situé, l'âge du public de la MDA peut compléter ses caractéristiques sociales pour expliquer les données corporelles recueillies.

Les sociologues de la jeunesse ont ainsi montré que les jeunes sont particulièrement attentifs à leur apparence et qu'ils sont sensibles aux éventuelles moqueries et stigmatisations, en particulier quand la taille, le volume de leur corps ou leur maturité corporelle s'écartent des normes de leur catégorie d'âges [GALLAND, 2006 ; MARDON, 2010]. Les jeunes de notre corpus ne sont pas exempts de cette « *tyrannie de la majorité* » [PASQUIER, 2005], cette formule soulignant comment les interactions sociales entre pairs – peut-être davantage que les interactions familiales ou les règles scolaires – exercent une forte pression à se conformer aux modèles de comportement juvéniles.

Alors sans surprise, les dossiers qui signalent des souffrances physiques associées à l'investissement négatif du corps dans les interactions signalent en même temps – et de façon significative (avec *p-value* < 0,0001) – non seulement une perception négative de soi, mais aussi des violences subies dans les interactions avec les pairs. Ces violences peuvent être verbales ou physiques, allant des moqueries aux insultes voire aux coups portés sur eux, le plus souvent dans l'enceinte de l'établissement scolaire. Plus de la moitié des jeunes qui se sentent mal dans leur corps ou qui sont concernés par une différence corporelle notable – qu'il s'agisse par exemple d'une pilosité précoce ou d'une taille plus petite pour les garçons, du développement précoce

des seins ou d'une corpulence plus grosse que les autres pour les filles – décrivent ainsi leur expérience du mépris social ou de la stigmatisation et plus d'un de ces jeunes sur trois décrivent leur solitude.

En ce qui concerne l'argument de l'attention portée aux sensations physiques, notre corpus montre de façon saillante l'intérêt porté par les jeunes aux messages corporels qu'ils reçoivent (plus d'un quart d'entre eux signalant diverses douleurs, allant du mal à la tête au mal aux pieds, en passant par les douleurs du ventre, des articulations ou des bras).

LUC BOLTANSKI [1971] a montré que l'intensité avec laquelle les individus perçoivent et tolèrent leurs sensations corporelles varie selon les classes sociales. L'aptitude à repérer, sélectionner et interpréter les messages corporels, de même que l'aptitude à les exprimer, augmentent en même temps que l'on s'élève dans la hiérarchie des classes sociales. Il évoque même une tendance à « *surinterpréter les messages du corps* » dans les classes sociales supérieures. C'est-à-dire que non seulement les individus sont plus attentifs à leurs sensations corporelles, mais ils auraient aussi davantage tendance à considérer les manifestations de leur corps comme le signe d'une maladie.

Effectivement, les jeunes de notre corpus savent situer leurs sensations et peuvent en décrire les évolutions, la plupart du temps ils en ont parlé à leur médecin traitant et pour certains des examens médicaux sont en cours. Ainsi, quand ils font l'expérience de sensations corporelles désagréables, ils y accordent leur attention et ont tendance à considérer qu'elles doivent être prises en charge par des médecins.

Nos analyses des dossiers de prise en charge à la MDA confirment donc que ces jeunes, majoritairement issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale, transforment les messages envoyés par leur corps en symptômes de leur souffrance. Plus précisément, leurs discours présentent les messages de leurs corps comme des symptômes légitimes des souffrances psychiques et sociales. Ils font ainsi écho au programme public *maisons des adolescents* qui présente les corps adolescents comme un lieu pour repérer, déceler, décrypter, décoder les signes potentiels de la souffrance.

Certains dossiers apportent alors des indices quant à l'apprentissage familial de cette aptitude à transformer les sensations en symptômes, supposés légitimes pour les professionnels qui prennent en charge la souffrance.

Quelques exemples, tous issus des retranscriptions des propos de parents lors de consultations familiales, illustrent comment les sensations corporelles d'un adolescent peuvent être nommées devant lui en termes de symptômes de sa souffrance :

« Maux de ventre une semaine avant d'aller chez son père, qui a récemment insulté la famille maternelle, la jeune peut dire à sa mère "j'ai la tête qui bout" » ; « madame a repéré que les réactions disproportionnées de son fils (malaises, sur-transpiration, etc.) sont d'autant plus élevées qu'il y a des enjeux pour son avenir : scolarité, orientation » ; « ma fille a peur de l'échec, est à la recherche de la perfection, fonctionne à l'affect avec les professeurs, beaucoup d'angoisses, le matin elle peut passer une heure aux toilettes (vomissements, diarrhées...) » ; « maux de ventre qui se déclenchent le dimanche soir, madame parle de problème de confiance en lui » ; « madame trouve sa fille nerveuse et angoissée et pense que c'est lié à la relation père-fille, elle a vu un ostéopathe récemment pour maux de ventre et douleurs dorsales » [Extraits des dossiers de la Mda, Discours des parents]

Dans les dossiers de la MDA, la présence nombreuse et le caractère hétérogène des informations sur les corps et les pratiques corporelles des jeunes peut donc s'expliquer, au moins en partie, par la dynamique des interactions entre les jeunes et le dispositif et par la position de ces jeunes dans l'espace social.

Par ailleurs, à l'encontre des analyses de la dimension corporelle de la souffrance juvénile menées notamment par David LE BRETON [2011 ; 2012 ; 2013] et à l'encontre des représentations des corps et des pratiques corporelles juvéniles dans le discours de l'action publique de santé en direction de la jeunesse, les expériences physiques de la souffrance, dans notre corpus, ne peuvent pas être analysées en termes de « conduites à risque » adolescentes.

Quand David LE BRETON analyse les pratiques juvéniles en ces termes, il ne s'agit pas pour lui de comportements insouciant du danger, il n'est pas non plus question des risques épidémiologiques qui obèrent gravement le capital santé. Il considère que ces pratiques s'inscrivent dans une quête de sens et de valeurs. Il s'intéresse notamment aux tentatives de suicide, aux scarifications, aux toxicomanies, à l'anorexie, à l'errance, à la vitesse sur les routes, aux pratiques de sports extrêmes, ou encore aux comportements violents. Ces pratiques juvéniles qui mobilisent les corps représentent pour lui des « actes de passage » [LE BRETON, 2012], pour des jeunes qui ne trouvent pas leur place dans le monde et qui s'organisent des rites privés, intimes et individuels, pour résister à la souffrance.

Il analyse alors ces pratiques corporelles et le rapport des jeunes à leur corps au prisme des figures anthropologiques de l'ordalie (s'exposer à la mort pour en triompher), du sacrifice (perdre un peu pour sauver sa vie), de la blancheur (disparaître de soi et du monde) et de la dépendance (pour échapper à la complexité du monde). Pour lui, le rapport des jeunes à leur corps est ainsi inscrit dans une forme d'adaptation aux expériences de la souffrance, le corps et les pratiques corporelles étant mobilisés le plus souvent par les jeunes en souffrance pour gagner du temps, dans l'attente du moment où ils pourront revenir sur leur histoire et construire le sens de leur existence.

Ces analyses en termes de « conduites à risque » s'appliquent mal aux données recueillies dans notre corpus.

Certes, nous avons vu que les atteintes corporelles sont largement associées à la quête de sens dans le rapport à soi et au monde. Les corrélations sont notamment significatives avec l'apathie et les questionnements identitaires, ainsi qu'avec l'expérience du mépris social et de la stigmatisation. Plus précisément, les pratiques d'automutilation pourraient, effectivement, être appréhendées comme un rite sacrificiel, puisqu'il s'agit bien d'une forme de violence sanglante dans des contextes où les jeunes vivent des expériences psychiques ou sociales insupportables.

De même, les tentatives de suicide pourraient être comprises comme des pratiques ordaliques, certains jeunes qui échappent à la mort se sentant ensuite plus vivants. Ainsi, David LE BRETON insiste sur le caractère agi et impulsif de la plupart de ces tentatives de suicide à l'adolescence. Sans nier le risque de mort associé à ces pratiques, il les analyse essentiellement comme un rite de passage ordalique. Pourtant, dans notre corpus, les récits des expériences de tentatives de suicide par les treize jeunes concernés montrent que la plupart sont explicitement associées à l'envie de mourir. Dans une proportion non négligeable, ils expliquent aux professionnels de la MDA que ces atteintes corporelles sont précédées de plusieurs mois, voire plusieurs années, à y penser et quelques jeunes continuent à envisager de se tuer, parfois longtemps après leur première tentative.

Que dire encore des douleurs du corps, des réactions physiques incontrôlées ou des problèmes de sommeil, c'est-à-dire de toutes les somatisations, majoritaires parmi les données corporelles recueillies dans les dossiers de la MDA ? Le caractère non maîtrisé de ces dimensions de la corporéité de la souffrance juvénile ne peut pas être analysé en termes de « conduites à risque ». Dans notre corpus, beaucoup de jeunes ont mal sans pour autant se faire activement du mal.

Les manifestations des corps semblent ainsi loin de toutes représenter une recherche de sens ou une mise en danger de soi.

Alors, malgré les préoccupations récurrentes et massives de l'action publique pour les pratiques corporelles des jeunes quand elles sont considérées « à risque » pour la santé et malgré l'intérêt des professionnels des maisons des adolescents à l'échelle du territoire national pour les analyses proposées par David LE BRETON¹¹, il faut bien se rendre à l'évidence : l'analyse des données relatives aux corps dans notre corpus n'est pas pertinente en termes de « conduites à risque », ni en termes de fabrication de rites intimes pour lutter contre la souffrance.

7.3.2 S'écarter des normes corporelles

Une dimension saillante des souffrances physiques donne alors une autre piste pour comprendre les expériences physiques de souffrance pour les jeunes pris en charge à la MDA : l'absence de contrôle sur son corps.

Pour rappel, les somatisations concernent près de trois jeunes sur cinq, qui décrivent des douleurs corporelles, qui prennent du poids ou en perdent sans contrôler activement leur alimentation, qui se plaignent de leurs problèmes de sommeil, ou encore qui décrivent des réactions incontrôlées de leurs corps, avec gêne et impuissance. En outre, ces somatisations sont significativement cumulées avec des expériences psychiques et sociales de la souffrance (les corrélations sont présentées par ordre croissant, avec *p-value* < 0,005) :

- les souffrances dans les interactions – avec le retrait de la scène sociale et dans une moindre mesure avec la solitude et avec l'expérience du mépris social et de la stigmatisation ;
- les souffrances dans le rapport négatif à soi – avec la perception négative de soi, l'apathie et les questionnements identitaires et dans une moindre mesure avec les difficultés à se motiver, à se projeter et à réussir dans sa scolarité ;
- les souffrances psychiques – avec les pensées macabres, la peur et la tristesse.

¹¹ Nous pouvons citer notamment ses communications lors de divers colloques ou journées d'études organisées par des maisons des adolescents : « Quand le corps signe le mal-être... », en février 2010 à la maison des adolescents de Saint-Nazaire ; « L'adolescence meurtrière », en décembre 2014 à la maison des adolescents de Montpellier ; « Penser l'adolescence » en mai 2016 à la maison des adolescents de Strasbourg ; ou encore « La peau : enjeu d'identité chez les adolescents (entre tatouage et scarifications) » en septembre 2017 aux 9^{èmes} journées des maisons des adolescents organisées à la maison des adolescents de Nîmes

Être sujet à des maux de ventre en période d'examens scolaires, mal dormir quand l'un de ses parents est malade, ou encore perdre du poids après une rupture amicale ou amoureuse semblent *a priori* des manifestations corporelles, certes désagréables, mais tout à fait ordinaires.

L'analyse des dossiers de notre corpus montre pourtant que ces réactions incontrôlées du corps vont au-delà de simples expériences corporelles négatives. Elles sont bien souvent décrites dans les dossiers, par les jeunes concernés, comme des expériences physiques insupportables. Bien sûr, nous ne pouvons pas totalement exclure qu'à l'adolescence, les individus soient particulièrement sensibles aux expériences négatives et que leur rapport au temps, le plus souvent ancré dans l'immédiateté, ne leur permette pas de se projeter dans un après, qui leur serait plus favorable. Ils seraient donc susceptibles d'attribuer un caractère insupportable à l'absence de contrôle de leur corps, alors même que ces expériences s'avèreront passagères.

Cependant, la récurrence des discours qui mobilisent le répertoire de la souffrance pour parler des corps incontrôlés oblige à les prendre en compte et à aller plus loin que ces seuls arguments d'une jeunesse hypersensible qui ne vivrait que dans l'instant présent.

Ainsi, nous pensons plutôt que la norme de la maîtrise de soi et du contrôle de son corps est particulièrement agissante dans le quotidien des jeunes de notre corpus – c'est-à-dire des jeunes issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale et dont les souffrances ne relèvent pas des organisations habituellement dédiées à la prise en charge de la jeunesse.

La sociologie a depuis longtemps montré l'existence de normes corporelles. Les corps occupent une place centrale dans les interactions quotidiennes, ils signalent l'identité sociale et en particulier la position des individus dans la hiérarchie sociale, ils s'inscrivent dans des règles sociales et font courir le risque de la déviance pour les individus qui les transgressent.

Luc BOLTANSKI [1971] parle alors de « *culture somatique* » pour définir le système des « *règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux (...) [et qui] sont le produit des conditions objectives qu'elles retraduisent dans l'ordre culturel, c'est-à-dire sur le mode du devoir-être (...)* ». La culture somatique est une sorte de « *code des bonnes manières d'être avec son corps, profondément intériorisé et commun à tous les membres d'un groupe social déterminé* ». Luc BOLTANSKI cite par exemple la façon de marcher, de se vêtir, de se nourrir, ou encore « *la façon correcte*

dont doivent se dérouler les interactions physiques avec autrui », ainsi que « *les gestes qu'il est convenable d'accomplir en sa présence* ».

Les travaux plus récents de Michel PINÇON et Monique PINÇON-CHARLOT sur la noblesse et la bourgeoisie montrent bien – même si les jeunes de notre corpus sont loin de faire partie de ces groupes sociaux situés au plus haut de la hiérarchie sociale – que plus les individus s'élèvent dans cette hiérarchie, plus les règles qui régissent la présentation de soi et les pratiques corporelles visent la discipline et le contrôle des corps. Il faut se tenir, refuser le laisser-aller, avoir le corps fin et redressé, pour se distinguer des corps populaires plus souvent avachis et en surpoids. Le couple de sociologues observe ainsi dans les classes sociales supérieures comment « *les signes vestimentaires et corporels viennent signifier l'exception, le refus du laisser-aller, le souci du contrôle de soi et de son apparence* » [PINÇON, PINÇON-CHARLOT, 2005, p.37].

Les travaux qui mobilisent les usages sociaux des corps montrent donc que la perception des hiérarchies sociales passe par celle du maintien du corps. La manière de tenir son corps, de le maîtriser, de le discipliner, est un signe de la position sociale, qui permet non seulement de se distinguer mais aussi de se reconnaître entre individus du même milieu social. En outre et plus largement, les attentes relatives à la maîtrise de soi et de son corps se sont diffusées, contrôler son corps devenant un modèle social de comportement.

Alors quand les jeunes de notre corpus ne réussissent pas à maîtriser leur corps, quand ils sont confrontés à des manifestations corporelles incontrôlées et pour la plupart incontrôlables, ils sont susceptibles de faire l'expérience de la déviance. Ils sont déviants par rapport aux normes corporelles socialement valorisées et par rapport à la culture somatique de leur monde familial et social. Les messages envoyés par leur corps ne correspondent pas aux règles intériorisées du maintien de soi, associées à leur position dans l'espace social. L'absence de contrôle corporel risque alors d'être perçue par ces jeunes comme le signe d'un désajustement entre ce qu'ils sont et ce qu'ils devraient être ou ce que leur entourage voudrait qu'ils soient. Leurs corps échappent à leur contrôle, au risque que le regard des autres portés sur eux échappe lui aussi à leur contrôle.

La vignette suivante vise à illustrer comment les souffrances physiques prises en charge à la MDA peuvent relever d'une expérience de la déviance aux normes de contrôle du corps. Elle est construite à partir de cinq dossiers, qui cumulent tous

plusieurs indicateurs : les somatisations, l'investissement négatif du corps dans les interactions, la perception négative de soi, les deux parents en activité, dont l'un au moins exerce des fonctions de cadre ou une profession intellectuelle supérieure.

VIGNETTE 3. CÉLINE

RÉACTIONS INCONTRÔLÉES DU CORPS ET DÉVIANCE AUX NORMES CORPORELLES

Fille, 16 ans, scolarisée en 1^{re} dans un lycée général où elle est interne, elle rentre chez ses parents les week-ends et les vacances, dans une commune du sud du département. Son père est médecin, sa mère est professeur dans un collège, sa sœur aînée vit dans l'ouest de la France pour suivre ses études.

Céline vient à la MDA avec sa mère, sur les conseils d'une amie de la famille.

PREMIÈRE VENUE À LA MDA

Pour expliquer pourquoi elle vient, Céline dit : « *je mange trop, je culpabilise car je veux mincir* » « *ça s'est amplifié cette année* ». Elle a déjà rencontré plusieurs professionnels du psychisme (psychologue, psychomotricien, sophrologue ou psychiatre en libéral), elle trouve que « *c'était une perte d'argent* ». Elle a aussi rencontré un gastroentérologue, qui n'a pas repéré de problème somatique.

Céline explique que son alimentation est « *normale* » mais elle « *se trouve trop grosse* ». Sa mère confirme la prise de poids et décrit quant à elle une absence de contrôle dans les pratiques alimentaires de sa fille, « *un côté compulsif* », par exemple Céline a récemment mangé une boîte de gâteaux « *d'un coup* ». Céline explique « *être gourmande* », elle dit qu'à chaque repas, elle essaye de se fixer des règles « *je pense que je vais y arriver toute seule, mais je retombe* ».

Elle dit ne pas aimer son corps depuis longtemps « *depuis le collège elle se trouve au-dessus de la norme niveau poids* ». À cette période elle avait même fait l'objet du « *rejet de ses pairs* » avec des « *moqueries sur son physique* ».

Interrogée sur son sommeil, elle dit que « *c'est compliqué* », elle s'endort à minuit et elle se réveille toutes les heures. Interrogée sur d'autres préoccupations somatiques, Céline cite ses problèmes récurrents d'eczéma. Elle parle aussi de « *malaises* » ponctuels depuis trois ans, par exemple une « *crise d'hyperventilation au lycée l'an dernier* », ainsi qu'un « *malaise vagal avec perte de connaissance* », à la suite d'un reproche de « *son père (lui avait dit : "tu commences à être chiante")* ». À propos de ces malaises, sa mère dit que Céline « *est hypocondriaque* ».

À la fin de ce premier accueil, Céline accepte de revenir à la MDA « *parler de son mal-être et de son rapport à l'alimentation* », elle ne s'oppose pas à l'éventualité de rencontrer un psychologue et un médecin sur place.

...

...

LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE ONZE CONSULTATIONS
AVEC LE RÉFÉRENT SOCIOÉDUCATIF, LE PSYCHOLOGUE ET/OU LE MÉDECIN
SUR UNE PÉRIODE DE HUIT MOIS, POUR CÉLINE ET/OU SES PARENTS

Les parents se déplacent plusieurs fois à la MDA, seuls, en couple, avec ou sans leur fille. Ils décrivent leur lassitude, « *monsieur dit qu'ils sont démunis, toujours dans la répétition* », « *madame dit que Céline a besoin de prendre beaucoup de place dans la famille, il faut que l'on fasse attention à elle, du coup elle ne va jamais bien* ». Le dossier indique que « *la vie familiale semble envahie par les troubles de Céline, qui constituent le principal sujet de conversation* ».

Au fur et à mesure des consultations, les discours des deux parents font apparaître que Céline ne s'inscrit pas dans les valeurs familiales, notamment l'assurance et la confiance en soi, la responsabilité et le contrôle de soi : « *madame parle de problème de confiance en elle* », « *Céline attend beaucoup de nous* », « *madame se plaint de devoir la réveiller tous les matins* », « *elle ne fait rien pour s'aider elle-même* », « *elle est dans des comportements irrationnels* », « *elle ne fait pas attention à son hygiène de vie (sport et alimentation)* ».

Céline semble avoir intériorisé les attentes familiales, notamment en ce qui concerne la réussite scolaire, mais elle n'y arrive pas. Alors, d'une part, elle « *se culpabilise* », « *j'ai perdu ma méthode pour travailler, je reçois beaucoup de pression de la part de mes parents par rapport à la scolarité et par rapport au sport, je ne sais plus quoi faire* » et, d'autre part, les interactions familiales s'inscrivent de plus en plus souvent dans la conflictualité « *conflits entre ses parents et entre Céline et son père (concernant ses résultats scolaires)* » « *clash avec mère, Céline trouvait qu'elle avait trop de pression, scolaire et de sa mère* ».

Au fur et à mesure des consultations, Céline continue de prendre du poids. Elle décrit beaucoup de grignotages, surtout avec des sucreries, qu'elle associe au « *stress, elle dit que si elle est à l'aise dans ses devoirs et sa scolarité, elle se trouve équilibrée et arrive à mieux manger* ».

Elle « *supporte mal cette prise de poids* », « *elle aimerait mincir, elle veut maigrir pour se sentir mieux* », même si « *elle n'en parle pas de façon obsédante* ».

Elle se compare à sa sœur aînée « *qui est parfaite, qui mange beaucoup et qui est mince, qui réussit* ».

Après plusieurs mois sans amélioration en termes de poids, sa mère décide de contrôler l'alimentation de Céline « *madame semble gérer l'alimentation et les activités sportives de sa fille ("je lui donne une alimentation saine ; je lui dis de faire du vélo")*, elle gère aussi les quantités prises au cours des repas ». Céline se plaint de cette surveillance quotidienne : « *explique que sa mère compte pour elle le nombre de points quotidiens qu'elle a "absorbés!"* ». Le médecin fixe alors avec elle des objectifs d'autocontrôle de ses

...

...

pratiques alimentaires et physiques : « *manger plus sainement (limiter la tendance aux grignotages) ; reprendre le sport de façon régulière, manger à table et non devant la télévision, manger à heures régulières* ».

De façon plus générale, au fur et à mesure des consultations avec les différents professionnels, Céline évoque de multiples difficultés associées à son corps. Le dossier indique qu'elle tient des « *propos autodévalorisant ++ sur son corps* ». Elle raconte que malgré une opération « *(s'est fait "recoller les oreilles")*, elle a encore une coiffure masquant ses oreilles, qui la complexent toujours ». À l'approche de son anniversaire elle dit sa « *peur de vieillir* ». Elle s'inquiète d'aller au lycée, « *elle a peur que son corps la trahisse* », elle dit qu'elle se sent « *très mal pendant les cours, elle n'arrive pas à parler aux autres, elle peut se sentir bloquée, elle a l'impression que son odeur change (malodorante)* ». Elle développe aussi des « *maux de ventre qui se déclenchent le dimanche soir* ». Elle continue de décrire « *ses difficultés persistantes au moment du coucher* ». Elle répète souvent qu'elle « *se sent mal dans sa peau* ».

En arrière-plan de ces souffrances physiques, le dossier retranscrit ses expériences intimes de la souffrance et ses difficultés dans les interactions avec les autres jeunes de son âge.

Céline se décrit « *timide* », « *je ne suis pas drôle, pas intéressante, ennuyeuse* ». Avec l'apparition des maux de ventre, elle sent qu'elle a « *moins de volonté, d'engagement, elle renonce plus facilement, se dévalorise* ». Elle a l'impression « *que tous ces sentiments s'influencent entre eux* », « *c'est le bordel dans ma tête j'ai l'impression d'être folle* », « *je me sens hyper mal, j'ai tout pour moi et pourtant je me mets en échec, peut-être que je le veux* ». Les professionnels de la MDA retranscrivent leurs observations : « *humeur triste* », « *a facilement les larmes aux yeux* » « *Céline est en pleurs pendant l'entretien* » « *autodépréciation* », « *Céline est en peine pour se définir elle-même* », « *perd confiance en sa capacité à faire face* ».

En outre, elle « *trouve que la vie à l'internat est stricte, elle n'y a pas vraiment d'amis* ». Même si elle a « *noué des liens, Céline dit se sentir seule* ». Elle explique qu'elle « *n'est appelée par personne et n'est jamais invitée* ». Elle se sent « *en décalage des autres par moment, dans des attitudes adolescentes (rires, garçons...)* ». Céline anticipe le rejet de ses pairs, elle « *situe ses difficultés dans sa crainte de ne pas être intégrée au groupe classe* », elle décrit « *des pensées principalement centrées sur le jugement et l'acceptation par ses pairs* ». Alors elle se met en retrait dans les interactions « *beaucoup d'évitements relationnels "je parle peu"* ».

Quelques rendez-vous avant la fin de la prise en charge, Céline commence à perdre plusieurs kilos, elle dit alors qu'elle « *se sent mieux* », elle décrit « *un rapport plus normal à la nourriture, elle n'a plus de culpabilité et de stress, mieux être global* », « *elle explique tenter de modifier sa façon de penser les événements : elle se culpabilise moins* ». Les

...

...

parents confirment que leur fille « *va mieux, moins d'angoisse* », « *ils décrivent une évolution positive depuis un mois : baisse significative du niveau d'anxiété, n'a plus d'appréhension à se rendre au lycée, relation aux pairs de meilleure qualité* ». Mais son père « *souhaite rester prudent, il demande que le lien avec la maison des adolescents perdure* », en attendant la mise en place d'une prise en charge thérapeutique pérenne.

Le lecteur attentif aura remarqué que pour cette troisième vignette, à nouveau nous avons reconstitué la prise en charge d'une jeune fille. En effet, les expériences psychiques et physiques de la souffrance illustrées sont chaque fois significativement corrélées avec le fait d'être une fille. Si les expériences physiques de la souffrance des jeunes de notre corpus s'inscrivent dans les rapports sociaux d'âge et de position dans la hiérarchie sociale, il faut également s'intéresser à leur dimension genrée.

7.3.3 Devenir un homme ou une femme

La répartition filles-garçons dans l'ensemble de notre corpus est relativement équilibrée. De même, filles et garçons mobilisent le répertoire lexical du corps dans leurs interactions avec les professionnels de la MDA et la répartition de la présence d'au moins un indicateur associé aux expériences physiques de la souffrance est elle aussi équilibrée. Cependant, en entrant davantage dans le détail des données corporelles, la différenciation genrée des indicateurs associés au corps ou aux pratiques physiques apparaît nettement.

Ainsi, à l'exception des consommations de produits avec un effet sur la perception et des différences corporelles notables qui concernent majoritairement des garçons, toutes les informations corporelles associées aux expériences physiques de la souffrance sont majoritairement voire significativement présentes dans les dossiers des filles. Il est aussi notable que le cumul de plusieurs types d'expériences physiques de la souffrance – atteintes corporelles, somatisations, investissement négatif du corps dans les interactions – soit une caractéristique significativement féminine.

Les répartitions genrées des informations associés aux atteintes corporelles dans notre corpus – en particulier la surreprésentation des filles dans les pratiques d'auto-mutilation, les tentatives de suicide et les violences subies, ainsi que la surreprésentation des garçons dans les consommations de produits avec un effet sur la perception – s'inscrivent dans des tendances déjà montrées pour les adolescents et les jeunes

adultes en population générale¹².

De même, en ce qui concerne l'investissement négatif du corps dans les interactions, la corrélation significative pour notre corpus entre le fait d'être une fille et le fait de se sentir mal dans son corps – qui relève notamment de la perception négative de son propre corps – s'inscrit elle aussi dans une tendance déjà montrée dans les enquêtes auprès des adolescents français¹³.

		Total	Filles		Garçons	
			Eff.	Fréq.	Eff.	Fréq.
Atteintes corporelles	Attaques de son corps	41	31	76 %**	10	24 %
	Tentatives de suicide	13	12	92 %	1	8 %
	Consommations	61	21	34 %	40	66 %**
	Violence subie	65	44	68 %**	21	32 %
	Contrôle alimentaire	11	7	64 %	4	36 %
	Au moins un indicateur	135	74	55 %	61	45 %
Somatisations	Douleurs corporelles	86	64	74 %***	22	26 %
	Prise de poids	29	19	66 %	22	36 %
	Perte de poids	49	35	71 %**	14	29 %
	Réactions incontrôlées	50	37	74 %**	13	26 %
	Problèmes de sommeil	139	84	60 %*	55	40 %
	Au moins un indicateur	139	84	60 %*	55	40 %
Investissement du corps dans les interactions	Différence notable	11	4	36 %	7	64 %
	Se sentir mal dans son corps	29	23	79 %**	6	21 %
	Au moins un indicateur	39	27	69 %*	12	31 %
Cumul des souffrances physiques	Au moins un type	232	130	56 %	102	44 %
	Deux types	80	49	61 %**	31	39 %
	Trois types	21	18	86 %**	3	14 %

TABLE 9 – Répartition des indicateurs corporels selon le sexe

Champ : Corpus des dossiers de jeunes de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

Notes : La significativité des corrélations entre le sexe et les indicateurs corporels est indiquée pour les valeurs test positives et selon les p-value :

*** p-value < 0,0001

** 0,001 < p-value < 0,01

* 0,01 < p-value < 0,05

Lecture : Les attaques de son propre corps apparaissent dans les dossiers de filles de façon majoritaire (76 %) et significative (0,001 < p-value < 0,01)

¹² Voir notamment : BROSSARD, 2010; EHLINGER, CATHELINE *et al.*, 2016; JANSSEN, SPILKA *et al.*, 2019; SPILKA, LE NÉZET *et al.*, 2018

¹³ Voir notamment : BECK, MAILLOCHON *et al.*, 2013

Poursuivant le débat public en amont de son lancement, qui avait construit l'anorexie comme un fléau pour la jeunesse, le programme *maisons des adolescents* continue de faire référence aux risques d'émergence de troubles du comportement alimentaire, associés à l'injonction médiatique et sociale à la minceur. Le programme s'inquiète aussi, de façon plus large, de la perception négative qu'un nombre non négligeable de jeunes ont de leur propre corps, supposée affecter plus largement la perception qu'ils ont d'eux-mêmes.

« Mieux informer le public sur l'utilisation de l'image du corps pour éviter les phénomènes de stigmatisation et de promotion de la maigreur, auxquels les jeunes sont très réceptifs » [Plan santé des jeunes, 2008]

« Ce sont quatre adolescentes sur dix qui sont insatisfaites de leur image corporelle. Les garçons sont moins nombreux à s'en plaindre mais ils ont aussi plus de mal à le dire ; parfois ils le montrent, par leur comportement, sans pouvoir le traduire en mots ou demander de l'aide » [Rapport de mission bien-être et santé des jeunes, 2016, p.18]

L'originalité de nos résultats semble alors résider dans la présence massive des souffrances physiques sous la forme de somatisations, qui sont elles aussi significativement féminines.

Les filles sont nombreuses à parler aux professionnels de leur corps douloureux et incontrôlable. Sept filles sur dix présentent au moins une expérience de somatisation. Ainsi (et dans l'ordre croissant des corrélations significatives entre le sexe et les indicateurs concernés), il apparaît que 52 % des filles prises en charge à la MDA décrivent des problèmes de sommeil, 23 % se plaignent de réactions incontrôlées de leur corps, 29 % de leur perte ou de leur prise de poids, 40 % de leur corps douloureux.

Comment comprendre ces tendances statistiques quant au rapport au corps des jeunes filles qui font l'expérience de la souffrance ? Comment analyser cette mise en récit des somatisations dans leurs interactions avec les professionnels de la MDA ?

Les analyses en termes de genre des pratiques corporelles juvéniles sont utiles. Les transformations/pubertaires et la socialisation différenciée entre les garçons et les filles apportent en effet des pistes intéressantes pour comprendre la différenciation genrée de l'expérience physique de la souffrance [LE BRETON, 2007, pp.61-76].

Si les données de notre corpus ne permettent pas d'affirmer que les filles vivent les changements de leur corps de manière plus difficile que les garçons, il semble que ces transformations soient davantage l'occasion pour elles de considérer leur corps changeant comme un lieu d'expression ou d'expérimentation de la souffrance.

Ainsi, quand les jeunes filles attaquent leur propre corps, elles le considèrent comme un lieu accessible pour expérimenter leur souffrance. Pour plusieurs d'entre elles, attaquer son corps procure un apaisement et permet de réguler les émotions. Le choix de certaines parties cachées de leur corps est associé à la discrétion, attaquer leur corps permet de vivre une souffrance qu'elles ne veulent pas dire. Elles cachent ainsi les mutilations pour ne pas inquiéter leur entourage.

« Elle ne veut pas que sa mère voie qu'elle est mal » ; « elle ne veut pas que ses parents soient informés de ses scarifications ”mon père se mettrait en colère et ma mère serait dévastée” » ; « depuis trois ans c'est la même angoisse avant l'été, que ça se voit, d'où les mutilations aux côtes ou aux hanches (au niveau du maillot de bain) pour ne pas que ça se voit »
[Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Pour d'autres au contraire – ou parfois pour les mêmes jeunes, à des moments différents de leur expérience de la souffrance –, les attaques du corps sont décrites comme des appels à l'aide, des tentatives d'alerter leur entourage en montrant les traces corporelles de leur souffrance.

« Scarifications depuis la 5^e, reproche à son père d'avoir mis autant de temps à se rendre compte de sa souffrance » ; « confirme les scarifications, premier épisode il y a un an, ”ma mère ne voyait pas que j'allais pas bien et je ne savais plus quoi faire pour qu'elle s'en rende compte” » ; « aurait souhaité que sa mère prenne conscience des scarifications » ; « j'ai eu une période où je me scarifiais le visage pour que ma mère voit ma souffrance, elle n'a jamais rien vu et j'ai arrêté » [Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Ou encore, pour les jeunes filles prises en charge à la MDA, leur corps peut produire la souffrance quand elles ont l'impression qu'il ne leur appartient plus vraiment, quand elles n'arrivent pas à le contrôler, quand il est douloureux, ou quand elles ne se reconnaissent pas dans ce corps moins lisse, plus poilu, plus sexualisé.

Les dossiers de la MDA retranscrivent alors des formulations telles que :

« Les tremblements, le sommeil perturbé, la situation de ses parents amènent [la jeune] à envisager un suivi psychologique » ; « ”je veux voir un psychologue car je fais des crises d’angoisse” : sommeil perturbé, vertiges, mal aux jambes, migraines dans la journée » ; « elle ne s’aime pas, elle a récemment pris de la poitrine et du poids » ; « quand je me vois, je ne m’aime pas » ; « elle est complexée » ; « elle ne supporte pas son corps » ; « n’aime pas avoir de la poitrine, fait en sorte de la cacher (sous-vêtements serrés et habits large) » ; « discours auto dépréciatif ++ (“je suis vraiment un gros déchet” en parlant de son corps) » [Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Et pour quelques-unes, ces changements corporels transforment à leur tour les interactions quotidiennes et génèrent des difficultés, notamment quand l’apparition de leurs attributs sexuels devient l’objet de nouvelles attentions ou de nouveaux jugements portés sur elles.

« A très mal vécu l’arrivée de la puberté et les remarques liées aux changements corporels » ; « le rapport aux garçons devient difficile ”ils me déçoivent, je suis déçue que les gens te voient que par ton image” » ; « question autour de la place de la femme + regard des hommes, parle d’un cousin qui avait fait une remarque sur sa poitrine » [Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Les implications sociales des changements corporels semblent ainsi devenir manifestes à l’adolescence, pour un nombre non négligeable de filles prises en charge à la MDA. Avec la puberté, les transformations du corps signalent, aux adolescentes elles-mêmes et à leur entourage, qu’elles sont en train de devenir femmes.

La corporéisation de la souffrance – c’est-à-dire la définition de son corps comme le lieu de son mal-être ou l’indentification de son corps comme la source de la souffrance – peut alors s’inscrire dans un rapport oppositionnel à son genre [BROSSARD, 2014].

Les données accessibles dans notre corpus limitent ces analyses. Quand les filles n’évoquent pas spontanément leurs questionnements et leurs représentations quant à la place des femmes dans leur famille ou dans le monde, ce thème du devenir femme est rarement investigué par les professionnels.

Nous pouvons supposer que les dossiers plus récents donneront davantage d'informations sur ces questions. Pour rappel, nous avons analysé des dossiers de jeunes venus à la MDA en 2017, c'est-à-dire avant les récentes évolutions dans les rapports de sexe qui se sont engagées avec la médiatisation mondiale du phénomène #Me-Too. Depuis, les professionnels du dispositif sont encouragés à être plus attentifs aux inégalités de genre. La collectivité départementale qui propose l'offre de MDA a par exemple adopté un Plan d'actions 2019-2021 pour favoriser l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, faisant des jeunes une de ses cibles prioritaires.

Néanmoins, quelques données tendent à confirmer que les expériences physiques de la souffrance peuvent être associées au processus qui amène les adolescentes à devenir des femmes.

Dans le cadre de l'élaboration récente de sa politique départementale en direction de la jeunesse, la collectivité a mené une enquête auprès de 373 jeunes âgés de 11 à 30 ans – questionnés sur leurs rêves et leurs colères, actuels ou à venir – analysée au prisme du genre, même si la question de l'égalité filles-garçons n'était pas une thématique centrale.

Parmi ces quelques centaines d'adolescents et jeunes adultes vivant dans le département interrogés par questionnaire, les filles sont apparues plus nombreuses à parler de la famille comme rêve et de l'argent comme source future d'insatisfaction, vraisemblablement en écho à la médiatisation des inégalités de salaires entre les femmes et les hommes dans le monde professionnel.

Plus largement, les analyses lexicométriques menées sur les réponses formulées aux questions ouvertes de cette enquête locale amènent ses auteurs à conclure que les stéréotypes de genre sont perceptibles, tant en ce qui concerne la projection dans la vie quotidienne et familiale que dans la vie professionnelle.

En outre, dans notre corpus, être une fille est corrélé au fait d'être victime de violences verbales et physiques. Toutes les déclarations d'agressions sexuelles sont faites par des filles (11 jeunes sont concernées), plus d'une fille sur quatre se déclare victime de violences physiques et une fille sur quatre de violences verbales.

Ainsi, dans la mesure où elles sont bien plus souvent victimes de violences physiques, l'adolescence semble confronter ces jeunes filles aux inégalités de sexe, ici en termes de force physique. De plus, les filles faisant significativement plus souvent l'expérience des moqueries, des brimades et autres humiliations, il est tout à fait

envisageable qu'elles associent ces violences verbales à leur genre. Elles sont d'ailleurs bien moins nombreuses à se défendre (les violences physiques ou les violences verbales, quand les jeunes en sont auteurs, sont quant à elles corrélées avec le fait d'être un garçon).

Ensuite, les souffrances physiques associées à l'investissement négatif du corps dans les interactions sont significativement corrélées (avec *p-value* < 0,005) au fait d'être une fille. En particulier, se sentir mal dans son corps est un indicateur de la souffrance physique significativement féminin. En nous rappelant que les effectifs sont faibles, nous pouvons supposer que ces adolescentes commencent à mesurer les inégalités entre les hommes et les femmes et intériorisent les injonctions et les représentations sociales associées au genre en termes de dévalorisation.

Par ailleurs, en ce qui concerne les données relatives aux attaques de son propre corps qui sont des pratiques significativement féminines dans notre corpus (76 % des jeunes concernés sont des filles, avec *p-value* < 0,005), elles peuvent être considérées comme un refus des injonctions corporelles et des attentes familiales et sociales associées aux stéréotypes de genre [BROSSARD, 2014, pp.267-299].

Il apparaît donc, à nouveau, que les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance sont étroitement imbriquées à l'adolescence et prennent des formes différentes en fonction des rapports sociaux d'âge, de sexe et de positionnement dans l'espace social.

Le répertoire lexical du corps est ainsi massivement présent dans les interactions entre les jeunes et les professionnels de la MDA, la dimension corporelle de l'expérience juvénile de la souffrance étant mobilisée au titre de symptômes légitimes, qui permettent à la fois de repérer la souffrance et de la prouver.

De façon plus générale, la corporéité des souffrances juvéniles marque non seulement la position des jeunes dans l'espace social, mais elle met aussi en exergue les contraintes ressenties dans les rapports sociaux de sexe et les éventuelles oppositions des filles au processus de devenir une femme.

CHAPITRE 8

Souffrances sociales : trouver sa place et s'affilier au monde

Avec la notion de dimension sociale de la souffrance, Emmanuel RENAULT définit comment les modes d'expression de la souffrance (dans les expériences psychiques et physiques des jeunes qui fréquentent la MDA) sont ancrés dans le social.

Presque tous les jeunes de notre corpus vivent une expérience émotionnelle et/ou corporelle insupportable (87 % des jeunes sont concernés par les souffrances psychiques ou physiques, 57 % des jeunes cumulent les expériences psychiques et physiques de la souffrance).

Sans oublier que la souffrance a nécessairement une composante biographique (les vignettes rappellent que chaque expérience est singulière), il apparaît clairement que ces expériences psychiques et physiques de la souffrance présentent systématiquement une dimension sociale.

Les émotions de ces jeunes en souffrance sont visibles, éventuellement disproportionnées ou inadaptées au contexte social, elles s'inscrivent ainsi dans des écarts à la grammaire sociale des émotions. Leurs pratiques corporelles relèvent bien souvent de la liste des conduites socialement considérées « à risque » et leurs corps ne répondent pas aux injonctions sociales de contrôle et de maintien, confrontant les jeunes aux contraintes des rapports de sexe et de positionnement dans l'espace social.

En retour, ces expériences insupportables ont des effets dans les interactions, elles suscitent des réactions sociales, en particulier dans le monde de la famille, avec les pairs du même âge, dans le monde scolaire et dans le monde de la prise en charge de la souffrance.

À partir de la conceptualisation de la souffrance sociale proposée par Emmanuel RENAULT [2008, p.332] (et à partir des données accessibles dans les dossiers de la MDA), ce chapitre s'intéresse :

- Aux facteurs sociaux par défaut de la souffrance, qui renvoient « à l'absence des conditions sociales de la lutte contre la souffrance, que cette dernière ait ou non été produite par le social ». La faiblesse ou l'absence des appuis sociaux de l'existence limitent ainsi les capacités des jeunes à affronter et dépasser la souffrance ;

- Aux facteurs sociaux positifs de la souffrance, qui renvoient « à la souffrance produite directement par l'environnement social ». L'injonction sociale au bonheur et à la réalisation de soi génèrent la souffrance associée au rapport négatif à soi pour les jeunes qui n'y arrivent pas ; les interactions quotidiennes produisent la souffrance pour ceux qui sont confrontés à la conflictualité, à l'invisibilité ou au mépris social.

95 % des jeunes de notre corpus sont ainsi concernés par au moins l'un des facteurs sociaux de la souffrance, définis pour cette recherche.

Précisons que certains facteurs sociaux de la souffrance présentés par Emmanuel RENAULT sont absents de nos analyses.

Nous ne recherchons pas une régularité universelle, nous voulons spécifiquement analyser l'expérience sociale de la souffrance parmi le public particulier de la MDA – des adolescents et des jeunes adultes dont les parents exercent des professions majoritairement catégorisées dans les groupes socioprofessionnels des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale et qui demandent de l'aide à des professionnels.

- Ces jeunes sont ainsi rarement concernés par les expériences de la guerre ou de la famine.

Le contexte local propose des prises en charge spécialisées, institutionnelles ou associatives, pour les mineurs ou les jeunes adultes migrants, qui sont peu nombreux à fréquenter la MDA ;

- Ils ne sont pas non plus concernés par la grande précarité.

Au moment de notre recherche, le contexte local propose des prises en charge spécialisées pour les mineurs ou les jeunes adultes en errance et ils sont rares parmi les jeunes qui fréquentent la MDA, même si quelques-uns s'inquiètent de ce risque pour leur avenir ;

- Ils sont rarement concernés par la souffrance au travail, qui constitue un autre facteur positif de la souffrance selon les analyses menées par Emmanuel RENAULT. Les jeunes en situation d'emploi sont très peu représentés dans notre corpus, quelques-uns sont en formation ou à la recherche d'un emploi, mais la plupart des jeunes sont scolarisés (89 %).

Le tableau suivant illustre la répartition des expériences sociales de la souffrance, définies dans ce chapitre, pour les jeunes de notre corpus.

		Effectifs	Fréquence
Faiblesse des appuis sociaux de l'existence		223	73,8 %
Rapport négatif à soi		206	68,2 %
Souffrances interactionnelles		210	69,5 %
Cumul des types de souffrances sociales	Au moins un	287	95,0 %
	Au moins deux	230	76,2 %
	Les trois	122	34,9 %

TABLE 10 – Répartition des types d'expériences sociales de la souffrance

Champ : Corpus des dossiers de jeunes de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

8.1 Faiblesse des appuis sociaux de l'existence pour faire face à la souffrance

Emmanuel RENAULT considère que le manque ou l'affaiblissement des liens sociaux, des appartenances et des relations de reconnaissance, constitue une absence des appuis intersubjectifs nécessaires pour permettre aux individus d'affronter et de dépasser les expériences individuelles de la souffrance [2008, p.196].

Pour construire les indicateurs de l'expérience sociale de la souffrance associée à la faiblesse des appuis sociaux de l'existence, nous nous appuyons également sur la définition du lien social proposée par Serge PAUGAM, en particulier sur l'une de ses fonctions fondamentales : la protection. Le lien de protection « renvoie à l'ensemble des supports que l'individu peut mobiliser face aux aléas de la vie (ressources familiales, communautaires, professionnelles, sociales...) » [2018, p.64].

Nous considérons plus précisément les grands types de liens sociaux définis par Serge PAUGAM : le lien de filiation (entre parents et enfants), le lien de participation élective (entre conjoints, amis, proches choisis), le lien de participation organique (entre acteurs de la vie professionnelle) et le lien de citoyenneté (entre membres d'une même communauté politique). Seuls les deux premiers sont mobilisés dans nos analyses :

- au vu de la quasi-absence de jeunes en situation d'emploi dans notre corpus (seuls 2 jeunes sont concernés), le lien de participation organique est écarté ;
- au vu de l'absence de recueil systématique par les professionnels de la MDA des informations relatives aux activités associatives, militantes ou politiques des jeunes pris en charge (seuls quelques dossiers mentionnent ces informations, quand les jeunes en parlent spontanément), le lien de citoyenneté est également écarté.

À partir du lien de filiation et du lien de participation élective, nous considérons que la famille, les amis et autres autrui significatifs (ou les proches choisis, pour reprendre les termes de Serge PAUGAM) représentent des appuis sociaux susceptibles de soutenir la plupart des adolescents et des jeunes adultes dans leurs épreuves biographiques. S'ils ne les empêchent pas d'être confrontés à la souffrance, ils peuvent représenter des ressources pour lutter contre elle.

Alors pour analyser la faiblesse des appuis sociaux de l'existence pour les jeunes qui fréquentent la MDA, nous décidons que la faiblesse ou l'absence de la protection dans le lien de filiation, la perte d'un autrui significatif et la solitude constituent des indicateurs de ce facteur social par défaut de la souffrance.

Ces indicateurs sont définis dans la suite de ce chapitre, mais il faut souligner d'emblée que la faiblesse des appuis sociaux est largement représentée dans notre corpus. Presque trois jeunes sur quatre ne disposent pas, ou presque pas, de l'un ou l'autre de ces supports sociaux.

		Effectifs	Fréquence
Faiblesse de la protection dans le lien de filiation		173	57,3 %
Perte d'un autrui significatif		84	27,8 %
Solitude		47	15,6 %
Cumul des indicateurs de la faiblesse des appuis sociaux de l'existence	Au moins un	223	73,8 %
	Au moins deux	74	24,5 %
	Les trois	7	2,3 %

TABLE 11 – Répartition des indicateurs de la faiblesse des appuis sociaux de l'existence

Champ : Corpus des dossiers de jeunes pris en charge en 2017 à la MDA

Ces indicateurs n'agissent pas de la même manière et dans notre corpus ils ne se cumulent que rarement (un jeune sur quatre en cumule deux, presque aucun ne cumule les trois). Il serait donc envisageable que le manque d'un support intersubjectif soit contrebalancé par la présence d'un autre. Pourtant, ce n'est pas si évident. Il semble plutôt que les jeunes racontent l'absence qui leur est la plus insupportable, donnant alors peu d'informations sur les autres sphères de leur existence. Cependant, quand un appui social leur manque – le plus souvent il s'agit de l'absence ou de la faiblesse du lien de protection dans leur famille – alors ils décrivent massivement leur isolement social plus général.

Malgré cette apparente hétérogénéité, ces trois indicateurs sont associés dans une

même expérience de la souffrance sociale. En effet, ils relèvent tous de l'impossibilité pour les jeunes à pouvoir compter sur quelqu'un qui compte pour eux et pour qui ils comptent. Il s'agit chaque fois de l'absence réelle ou ressentie des personnes habituellement supposées protéger, conseiller, ou encore soutenir les jeunes s'ils en ont besoin : les membres de la famille, les amis ou d'autres autrui significatifs choisis. Nous rejoignons ici les analyses de Serge PAUGAM dans l'enquête auprès d'adolescents menée pour UNICEF France, quand il mobilise les notions de « *faiblesse des liens à l'entourage* » ou de « *souffrance relationnelle* » [2014, pp.38-41]. Comme lui, nous associons dans cette même catégorie les liens familiaux, les liens avec les adultes du monde scolaire et les liens avec les autres jeunes.

Pour illustrer la faiblesse des appuis sociaux disponibles, il est significatif que dans notre corpus, au moment de la première venue à la MDA, un nombre non négligeable de jeunes (un sur quatre) viennent seuls ou accompagnés seulement d'un professionnel. Cette tendance apparaît encore plus nettement dans les statistiques produites par le dispositif au cours de ces dernières années : les jeunes qui viennent seuls représentent 24 à 35 % du public accueilli chaque année entre 2016 et 2019.

Même pour venir demander de l'aide aux professionnels susceptibles de prendre en charge leur souffrance, certains jeunes ne perçoivent pas leur entourage comme un soutien possible.

« *Je ne sais pas vers qui il faut que j'aille* » ; « *[veut voir] un psychologue pour parler de sa solitude* » ; « *son ami la soutenait jusqu'alors mais il lui a signifié que ça devenait trop lourd* » ; « *personne ne m'écoute* » ; « *a été mis à la porte par ses parents* » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

Pour entrer plus en détail dans le contenu des indicateurs de la faiblesse des appuis sociaux de l'existence, la solitude est d'abord évoquée rapidement, puis la perte d'autrui significatifs, avant d'explorer plus longuement la faiblesse de la protection familiale.

La famille est en effet présentée par l'action publique comme le support social central des individus au moment de l'adolescence. Si, depuis plusieurs décennies, la fonction parentale est « *posée en problème public, dans le but notamment de reporter la responsabilité des problèmes sociaux sur les parents* » [BOULIN, 2017, p.28], le programme public *maisons des adolescents* entend faire évoluer les représentations à l'égard des familles. Dans ces dispositifs, il est attendu que les familles soient moins

considérées comme un facteur social produisant la souffrance que comme un partenaire pour la repérer et la prendre en charge.

Cependant, pour les jeunes en souffrance qui demandent de l'aide à la MDA, la famille apparaît à une autre place entre ces deux extrêmes – productrice de la souffrance ou facilitatrice du repérage et de la prise en charge. Les jeunes qui ont recours au dispositif sont ainsi très majoritairement des jeunes qui ne peuvent pas (ou qui pensent ne pas pouvoir) compter sur la protection de leurs parents face à leur souffrance. Ni cause de cette souffrance, ni appui pour l'affronter, les familles de ces jeunes sont bien souvent absentes, prises par d'autres préoccupations (professionnelles, de santé, etc.), engagées dans des conflits (le plus souvent entre les deux parents), ou encore les parents sont déstabilisés par les manifestations de la souffrance de leurs enfants et veulent en déléguer la prise en charge.

Avant d'aller plus loin sur cette question – majoritaire dans notre corpus – de la faiblesse de la protection familiale, il est important de souligner que les autres personnes dans l'entourage des jeunes, susceptibles de représenter un appui social quand la famille fait défaut pour affronter les expériences de la souffrance, sont peu prises en compte dans le programme public.

8.1.1 La solitude

Dans le discours public, les pairs sont ainsi moins considérés comme des soutiens que comme des facteurs de risque. Par exemple, les discours relatifs au phénomène des bandes et de la délinquance juvénile, aux notions de contagion suicidaire et de cyberharcèlement par les pairs, ou encore aux violences dans la cour de récréation ou aux pratiques sexuelles non protégées sont tous à la fois médiatisés et mobilisés dans la longue liste des « conduites à risque » juvéniles.

Quand ils ne sont pas vus comme des influences négatives ou des agresseurs, les pairs – c'est-à-dire, le plus souvent pour l'action publique, les jeunes qui fréquentent les mêmes mondes sociaux (établissement scolaire, club de sport, etc.) – sont envisagés comme des acteurs de la prévention¹.

Pourtant, à la MDA, à nouveau il apparaît qu'une autre place existe entre ces deux extrêmes – les pairs dangereux ou les pairs comme partenaires dans la prévention de la souffrance. Quand les jeunes se sentent seuls ou quand ils n'ont effectivement

¹ AMSELLEM-MAINGUY, Yaëlle, « Qu'entend-on par "éducation pour la santé par les pairs" ? », *Cahiers de l'action*, vol.43, n° 3, 2014

aucune relation amicale ou amoureuse, l'absence des pairs amis ou aimés peut à son tour être analysée comme l'absence d'appuis sociaux pour affronter les expériences de la souffrance. Sans amis sur qui s'appuyer, ou après une rupture amoureuse, les jeunes qui viennent à la MDA semblent multiplier les expériences de la souffrance. Presqu'un jeune sur quatre dans notre corpus se plaint de sa solitude ou décrit son mal-être après une rupture amoureuse. La solitude et les ruptures amoureuses semblent ainsi non seulement générer la souffrance psychique, mais aussi limiter les capacités de faire face à toutes les expériences négatives de l'existence.

L'indicateur de la solitude est considéré présent dans les dossiers :

- quand les jeunes se plaignent de ne pas avoir d'amis ;
- ou quand ils décrivent leur sentiment de solitude ou d'isolement, même s'ils ont quelques relations amicales.

« Aucun ami » ; « se sent isolée » ; « absence de lien social » ; « pas de relations proches » ; « pas intégrée au groupe classe » ; « pas populaire » ; « mis à l'écart » ; « n'a jamais eu de flirt, en souffre » ; « depuis toute petite, se sent bien seule » ; « dit avoir peu de relations amicales, les relations avec ses pairs ont toujours été difficiles » ; « même en groupe je me sens toujours seule » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

Certes, cet indicateur est faiblement représenté (47 jeunes), mais il mérite une attention particulière. Dans notre corpus, les jeunes qui n'ont pas d'amis vivent en effet des expériences insupportables multiples, cumulant de façon significative les souffrances psychiques, physiques et sociales.

Ainsi, en présentant quelques corrélations entre la solitude et nos indicateurs des expériences de la souffrance (avec *p-value* < 0,03 et par ordre croissant des corrélations), le quotidien des jeunes qui se sentent seuls ou qui sont effectivement seuls apparaît marqué par l'accumulation des souffrances :

- presque la moitié des jeunes concernés par la solitude dans notre corpus se sentent responsables de leur isolement, ils ne sont pas assez bien pour qu'on s'intéresse à eux. Ils semblent ainsi avoir significativement tendance à intérioriser la responsabilité de leurs difficultés de sociabilité ;
- autant ressentent des douleurs corporelles, leur corps leur fait mal sans que le monde de la santé ne puisse expliquer ces sensations désagréables ;
- la majorité des jeunes seuls ne donnent pas de sens à leur scolarité, ils n'arrivent pas à se motiver pour l'école, ni à se projeter dans un avenir scolaire, un nombre

- non négligeable d'entre eux décrivent même leurs difficultés à aller à l'école ;
- plus de trois jeunes sur cinq qui expérimentent la solitude n'arrivent pas à dormir ou se réveillent la nuit quand ils font des cauchemars ;
 - la majorité d'entre eux décrivent leurs souffrances psychiques, qui les poussent le plus souvent à demander de l'aide. Ils ont peur, la plupart sont tristes et il est notable qu'ils sont particulièrement nombreux à penser à la mort et à avoir déjà eu envie de mourir, quelques-uns ont même déjà tenté de se suicider ;
 - presque la moitié des jeunes qui décrivent leur solitude ont décidé de quitter la scène sociale, en se retirant eux-mêmes de toutes les possibilités d'interactions sociales au quotidien. Certains se réfugient derrière leur écran, où quelques-uns réussissent à se trouver une place dans un groupe virtuel, mais ils sont nombreux à ne plus quitter leur chambre ;
 - dans leurs interactions avec les autres jeunes de leur âge, plus de la moitié des jeunes seuls ou qui se sentent seuls ont fait l'expérience du mépris social ou de la stigmatisation, plus d'un jeune sur trois décrivant des violences subies, verbales ou physiques.

Si parmi nos indicateurs, la solitude est la seule qui concerne un appui social « non adulte » (étant définie par l'absence du soutien social par les pairs du même âge), elle semble particulièrement associée à l'impression plus générale d'être seul au monde. Les jeunes qui se plaignent de ne pas avoir d'amis sont seuls à affronter les expériences négatives de la vie, seuls à traverser le monde scolaire au quotidien et ils sont donc confrontés chaque jour à de multiples occasions de ne pouvoir compter sur personne.

La solitude à l'adolescence représente non seulement une absence de support social pour affronter la souffrance, mais elle constitue aussi une expérience de la déviance. Les sociologues de la jeunesse décrivent en effet l'adolescence comme un temps de la sociabilité entre pairs. En outre, les sociologues des réseaux sociaux ont montré que « *l'âge est la variable la plus marquante concernant le volume de sociabilité : le nombre de relations amicales est le plus fort au moment de l'adolescence et décroît ensuite à l'âge adulte* » [BOULIN, 2017, p.48, à partir de BIDART, 1997]. Les jeunes seuls, sans relations amicales, sont donc déviants au regard de la norme de sociabilité juvénile.

Effectivement, la place accordée par les jeunes dans leur quotidien aux pairs du même âge apparaît la plupart du temps comme centrale. Les pairs représentent un groupe de référence – porteur de normes en matière de comportements, de goûts

culturels ou encore de choix vestimentaires. Surtout, le nombre et encore plus la qualité des relations amicales sont un gage de prestige [BALLEYS, 2015 ; METTON-GAYON, 2009, cité dans BOULIN, 2017, p.48].

Alors les jeunes dont le réseau personnel est retreint voire inexistant sont susceptibles d'être stigmatisés et rejetés par les autres jeunes. Dans notre corpus, la solitude semble effectivement repérée comme une forme de déviance par les pairs du même âge. Elle fait d'ailleurs apparaître la violence qui peut caractériser certaines interactions juvéniles. Un jeune seul semble se constituer en cible facile à attaquer (les jeunes confrontés à la solitude étant nombreux à décrire des violences subies par leurs pairs et des expériences de discrimination).

Notons que cette question de la solitude comme une expérience sociale de la souffrance, associée à la faiblesse des appuis sociaux et à la déviance, n'est traitée à aucun moment par David LE BRETON. Il souligne au contraire que tous les jeunes qu'il a rencontrés appartiennent à un groupe. Il s'intéresse donc à d'autres formes de souffrances sociales – rarement présentes voire absentes dans notre corpus – associées aux relations entre pairs, notamment dans les expériences de rivalités entre les membres d'un groupe ou entre les groupes, ou encore dans les expériences d'interactions difficiles entre garçons et filles.

Certes, les sociabilités des plus jeunes sont moins électives que pour les individus à des âges plus avancés [BIDART, 2010]. À l'adolescence, les copains ou les simples connaissances, basées par exemple sur les seules habitudes communes de fréquentation de certains lieux à certaines heures, sont plus nombreux que les amis privilégiés, choisis et influents.

Cependant, ces configurations nébuleuses des relations avec les pairs constituent pour les jeunes des repères, des références et, avec des degrés d'influence différents, les copains comme les amis sont susceptibles de donner des conseils dans des moments de choix importants [BIDART 2008]. Les jeunes de notre corpus, concernés par la solitude réelle ou ressentie, sont donc confrontés à l'impossibilité de demander ce type d'aide. Ils ne peuvent pas compter sur leurs pairs pour être soutenus, écoutés, conseillés ou orientés pour faire face à la souffrance.

D'autres études montrent, en outre, que « *les amis peuvent aussi avoir des effets bénéfiques en termes de santé. Par exemple, les adolescents avec un bon entourage amical présentent généralement moins de symptômes anxio-dépressifs, sont plus protégés contre les brimades et déclarent plus souvent aimer l'école et bien s'entendre avec leurs parents* » [BECK , MAILLOCHON *et al.*, 2014, cité dans BOULIN, 2017, p.49].

Il est donc possible de déduire que lorsqu'elle n'est pas choisie, la solitude à l'adolescence représente à la fois une expérience sociale, en soi, de la souffrance et un facteur social par défaut de la souffrance, l'aggravant en quelque sorte puisqu'elle limite les moyens d'y faire face.

Pour illustrer comment la solitude se cumule avec des expériences psychiques, corporelles et physiques de la souffrance, une vignette est proposée, représentative des corrélations les plus significatives.

Les citations en italique et entre guillemets sont issues des quatre dossiers utilisés pour construire cette vignette et cumulant chacun la solitude avec l'expérience du mépris social, le retrait des interactions, les expériences psychiques de la souffrance (ici la tristesse et la peur) et les somatisations.

VIGNETTE 4. DENIS

SOLITUDE ET CUMUL DES EXPÉRIENCES PSYCHIQUES, PHYSIQUES ET SOCIALES DE LA SOUFFRANCE

Garçon, 14 ans, scolarisé en 3^e, il vit avec sa mère, à proximité du centre-ville de la métropole, ses trois frères et sœurs plus âgés ont quitté le domicile et travaillent. Sa mère est secrétaire, il n'a pas renseigné la profession de son père qu'il n'a pas vu depuis plusieurs années.

Il vient seul à la MDA, qu'il a connu en passant devant.

AU TOTAL, LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE TROIS CONSULTATIONS POUR DENIS AVEC LE RÉFÉRENT SOCIOÉDUCATIF SUR UNE PÉRIODE DE TROIS MOIS

Pour expliquer le motif de sa venue, Denis explique qu'il a « *des problèmes au collège : "harcèlement des autres élèves et des surveillants depuis la 6^e", on l'insulte, on le frappe, on l'agresse. Il ne se sent pas bien "tout me retombe toujours dessus", "personne ne m'écoute", "on me dit que je suis un menteur"* ». Puis il répond aux questions du référent socioéducatif sur sa vie familiale, sa vie scolaire et ses relations aux autres, sa santé physique et psychique.

Ses parents sont séparés depuis dix ans, il n'a « *presque jamais connu son père (vu une fois ou deux)* ». Il explique que « *sa mère a été victime de violences dont il a été témoin* », il dit que son père avait « *des problèmes psychologiques* » et un « *problème d'alcool* ». Denis n'a pas dit à sa mère qu'il venait à la MDA, « *il ne lui parle pas de ses difficultés car "il veut la protéger"* », « *il se sent coupable* », d'autant plus que sa mère « *lui a dit que son inquiétude pour lui influe sur sa santé* ».

...

...

Denis explique « avoir rencontré la psychologue scolaire lorsqu'il était en primaire car il était en difficulté pour se faire des amis ». Il dit encore aujourd'hui qu'il a « peu d'amis » au collège, « il est très seul, il connaît des gens mais n'a pas d'amis ».

Le référent socioéducatif retranscrit leurs échanges : « toute sa scolarité, Denis a vécu du harcèlement : moqueries, insultes, coups, rumeurs.... Il dit en "avoir ras le bol" ». Denis trouve que les rapports entre les jeunes « ne sont pas sains, qu'il y a toujours de la rivalité ». Il dit « faire peu confiance aux autres », « rester très méfiant ».

Denis associe les violences verbales et physiques qu'il a subies ces dernières années, d'une part, à son apparence physique immature, décalée de la norme corporelle des garçons de son âge « on me dit que j'ai 12 ans » et, d'autre part, à « son parcours médical ». Il « dit avoir passé son enfance dans les hôpitaux ». Il décrit une « malformation » dans la gorge, « un arrêt cardiaque », une « opération des yeux à 6 ans » et « des problèmes d'élocution ». Il n'a jamais « évoqué sa maladie devant le groupe classe quel qu'il soit "je ne veux pas passer pour l'handicapé de service" ».

Interrogé sur son sommeil, Denis répond : « moyen », il « n'arrive pas à dormir, il fait des insomnies, des cauchemars ».

Quant à son alimentation, il explique que ces dernières semaines, il « n'arrive pas à manger, perte de 5 kilos en quinze jours ».

Interrogé sur ses consommations, il a essayé le tabac « pour faire moins enfantin » mais il a arrêté « car ça lui brûlait la gorge ».

Interrogé sur son moral, Denis « se dit triste et en colère ».

À la fin de cette première rencontre, quand le référent socioéducatif l'invite à reformuler sa demande, Denis dit : « je voudrais avoir plus confiance en moi, être moins sur la défensive et faire plus confiance aux autres, si je ne fais rien ça ne va pas s'arranger ».

À la deuxième rencontre à la MDA, Denis continue de parler des agressions récurrentes par ses pairs et de l'absence de soutien des adultes du monde scolaire « on fait que m'accuser ». Le référent socioéducatif note que « cette difficulté relationnelle semble s'être ancrée dans les années » et associe ces expériences violentes à un « sentiment de stigmatisation » qui perdure.

Denis décrit ses propres difficultés à s'intégrer dans la classe, son sentiment d'être différent des autres jeunes de son âge « je suis sombre, je ne sais pas qui je suis réellement, j'aimerais être comme les autres, je me sens incompris » et il dit son « sentiment de n'intéresser personne ».

Même si Denis explique qu'il n'a « aucun désir, aucun projet », il « arrive à peu près à aller en cours ces temps-ci », sauf quand il est « trop fatigué ». Il continue d'ailleurs de se plaindre de « problèmes de sommeil (nuits blanches) » et il n'a toujours « pas envie de s'alimenter ». Il semble alors que son épuisement et sa perte de motivation envahissent

...

...

son quotidien « *il trouve que ça vie n'a aucun sens* », « *je suis tout le temps maussade, ça tourne dans ma tête* », « *je fais toujours des efforts pour me relever mais je tombe toujours plus bas* ».

Encouragé par le référent socioéducatif à décrire son mal-être, Denis raconte qu'il a déjà attaqué son propre corps, un jour où il « *était en colère, il s'est blessé avec du verre qu'il a serré fort dans sa main. Les pompiers sont venus car il saignait beaucoup et l'ont emmené aux urgences* ». Il explique aussi qu'il a essayé de se tuer l'année dernière en avalant des médicaments.

À l'issue de ce rendez-vous, Denis refuse la proposition du référent socioéducatif de rencontrer un professionnel du psychisme à la MDA.

À la troisième rencontre, Denis explique que « *suite à une altercation au collège, il ne s'est pas senti écouté mais accusé à tort, il a été renvoyé pour une durée de 2 semaines* ». Alors il « *ne fait plus rien et ne sort plus* », « *il s'enferme dans sa chambre* », « *il n'a plus de contact social ni réel, ni via les réseaux sociaux* ». Denis parle de « *haine, honte, gros énervement contre moi-même et les autres* ». Il trouve que cette exclusion est « *injuste ou au moins disproportionnée vis-à-vis de ce qui lui est reproché* ». Denis veut changer d'établissement « *pour pouvoir changer de vie* ». Il explique qu'avec sa mère, ils « *font des recherches pour des collèges dans le privé, mais Denis évoque une impossibilité financière* ». Contactée par le référent socioéducatif, sa mère confirme que « *la stigmatisation de Denis dans ce collège est réelle et qu'un changement ne constituerait pas un évitement mais la seule solution possible* ».

Malgré tout, Denis se sent moins triste, mais il « *évoque sa difficulté avec la proximité des autres* », « *il ne supporte aucun contact physique, se sent rapidement agressé* ». Il explique qu'à la fois, il s'est « *renfermé sur lui-même* », mais aussi qu'il « *ne veut plus se laisser faire : "j'attaque avant de me faire agresser"* ». Alors certains jours, surtout quand il va mal, « *tout le monde est à la même enseigne, les profs et les camarades, je m'énerve pareil après tout le monde* ».

Le dossier indique que les « *troubles du sommeil et de l'appétit sont persistants* », Denis « *ne mange pas, a perdu du poids* », il décrit des « *insomnies ou bien il n'arrive pas à se lever* », « *il passe son temps à dormir* », il a un « *sentiment permanent de fatigue* ». Il décrit aussi maintenant « *des douleurs partout dans le corps, boule au ventre, envie de vomir* ».

Après cette dernière rencontre, Denis ne vient plus aux rendez-vous qui lui sont proposés. Quand le référent socioéducatif l'appelle pour prendre de ses nouvelles, Denis explique avoir changé de collège. Alors « *ça va mieux* », même s'il a « *des mauvaises notes* » et qu'il « *n'ose pas aller vers les autres* ». Il a repris du poids, même s'il a toujours peu d'appétit. En outre, il décrit sa période de retrait social comme dépassée « *j'étais figé à la maison* ». Aujourd'hui il sort davantage de chez lui, il s'est inscrit à des activités de loisirs à la MJC de son quartier. Il dit qu'il reviendra à la MDA s'il en ressent à nouveau le besoin.

Cette vignette illustre comment la solitude des adolescents et des jeunes adultes les laisse isolés et sans appui, face à des souffrances psychiques, corporelles et sociales qui se cumulent et semblent se renforcer les unes les autres.

D'autres jeunes se sentent seuls et sans appuis pour affronter la souffrance. Si certains jeunes qui fréquentent la MDA n'ont pas d'ami ni d'amoureux, d'autres ont perdu un ami, un parent ou un proche, après un décès, un déménagement ou une rupture amoureuse.

Les récits de souffrance, retranscrits dans les dossiers, font non seulement apparaître le manque, mais la perte d'un autrui significatif semble aussi rendre les nouvelles expériences de la souffrance encore plus difficiles à vivre. D'une part, cette perte est un facteur positif de la souffrance dans la mesure où elle fait vivre une expérience psychique de la souffrance, d'autre part, elle est un facteur par défaut dans la mesure où elle met en exergue l'absence ou la faiblesse des supports sociaux sur lesquels s'appuyer pour affronter d'autres souffrances.

8.1.2 La perte d'un autrui significatif

Georges Herbert MEAD a montré au début du siècle dernier que « *l'élaboration du système identitaire de l'enfant résulte de l'interaction avec l'"autrui significatif"* » [MEAD, 1934, cité dans MUNIGLIA, ROTHÉ 2013], qui permet à l'enfant d'expérimenter des rôles, de se décentrer, se mettre à la place de l'autre et gérer ses conduites en fonction de l'interprétation qu'il suppose chez l'autre, le plus souvent le père ou la mère. Cette première socialisation permet à l'enfant de généraliser progressivement ce qu'il vit dans ces interactions particulières au groupe ou à la communauté.

Depuis, plusieurs sociologues ont mobilisé cette notion pour les adolescents. Ainsi, quand les enfants n'ont pas eu l'occasion de s'appuyer sur des autrui significatifs pour se construire – par exemple les jeunes séparés de leurs parents dans la petite enfance, avec des parcours longs en protection de l'enfance et peu de stabilité dans les lieux d'accueil –, les travaux montrent que des personnes rencontrées plus tard dans le parcours des jeunes peuvent jouer ce rôle.

Ces personnes de référence à l'adolescence sont susceptibles de « *prendre une place considérable dans la consolidation de leur identité. En endossant le rôle d'autrui significatif, elles favorisent la reconnaissance sociale et permettent une recomposition identitaire* » [MUNIGLIA, ROTHÉ 2013].

De façon plus large que pour ces populations particulières, Claire BIDART [2008] mobilise à son tour la notion d'autrui significatif – dans son enquête longitudinale menée auprès d'un panel de 87 jeunes lycéens ou en stage d'insertion, revus tous les trois ans à quatre reprises – pour montrer que « *les réseaux personnels interviennent dans les orientations et les parcours, en particulier dans les moments où sont opérés des choix importants* ». Les jeunes désignent le plus souvent les parents, les frères et sœurs et les amoureux comme des relations influentes. le choix de ces personnes, considérées comme des ressources par les jeunes, s'appuie surtout sur le caractère affectif du lien et sur les qualités relevant de l'éthique ou des comportements (Claire BIDART citant notamment l'objectivité, l'écoute ou la générosité).

La notion d'autrui significatif est utilisée dans notre recherche pour désigner des personnes apparemment essentielles à la construction identitaire et sociale de certains jeunes, dans la mesure où leur perte génère un déséquilibre décrit comme insupportable.

L'indicateur « perte d'un autrui significatif » est ainsi considéré présent dans notre corpus quand les jeunes parlent avec les professionnels de la MDA :

- du décès d'une personne importante dans leur entourage, familial ou amical (52 jeunes sont concernés) ;
- de l'éloignement géographique avec quelqu'un qui compte, le plus souvent un ami ou un beau-parent (10 jeunes) ;
- ou encore d'une rupture amoureuse (29 jeunes).

Dans les retranscriptions des échanges avec les jeunes concernés, ces événements biographiques sont associés à une forme de violence, soit parce que les événements sont eux-mêmes caractérisés par la violence, soit parce que la violence est celle de la perte ou de l'impuissance que les événements génèrent pour les jeunes concernés.

Pour illustrer la violence de ces événements, la description dans les dossiers, par les jeunes eux-mêmes, des contextes de la mort d'un autrui significatif nous a quelques fois frappée. Plusieurs jeunes citent ainsi les suicides de leur parent, des accidents (noyade, accident de la route), quelques-uns encore ont assisté à la fin de vie de leur parent malade (cancer, maladie dégénérative, coma de plusieurs années). Une adolescente décrit par exemple le décès de son père, après plusieurs années de grande marginalité et de maladie chronique. Quand il ne s'agit pas de la mort des parents, un jeune raconte comment sa sœur s'est suicidée devant lui, plusieurs jeunes évoquent le décès de leur grand-mère ou de leur grand-père dans des circonstances médicalisées

qui les ont impressionnés, deux jeunes ont été marqués par la mort de leur beau-père, trois jeunes ont été confrontés à la mort brutale d'un ami de leur âge, un jeune raconte la mort de son professeur.

La violence de la perte ou de l'impuissance ressentie peut quant à elle être illustrée par les discours des jeunes. Ces discours mobilisent largement les émotions négatives et le répertoire lexical de l'intensité pour décrire leur expérience de la mort de leurs proches et des ruptures amicales ou amoureuses.

« S'effondre en larmes, me parle de la mort du beau-père, y pense tout le temps » ; « décès brutal de la grand-mère, mère et fils n'arrivent pas à s'en remettre, ne peuvent ni l'un ni l'autre en parler sans pleurer » ; « selon [la jeune], son mal être s'est largement accentué il y a environ deux ans, au moment où sa meilleure amie de 5^e a déménagé subitement : sentiment d'abandon et d'ennui ++ » ; « vient de rompre avec son copain "tout s'écroule, j'ai vomi trois fois hier, j'ai pas pu rester à l'école ce matin, je me sens perdue, abandonnée, je pense tout en noir, je remets ma formation en cause, je me sens étouffée à l'intérieur" » ; « madame explique qu'une amie de son fils s'est suicidée et qu'il fait part de ses envies de mourir sur les réseaux sociaux » ; « avec ma sœur nous étions très proche, il y a un an et demi elle est partie [de la maison familiale], ça a été très dur pour moi, je l'ai vécu comme un abandon, on n'avait jamais été séparées » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

L'exemple des ruptures amoureuses apparaît pertinent pour comprendre comment la perte d'un autrui significatif constitue la perte d'un appui social pour affronter la souffrance.

Certes, à l'adolescence, les ruptures amoureuses sont parfois des moments où tout s'effondre. L'expérience de la perte de l'amoureux ou de l'amoureuse peut être associée à une expérience psychique, intime et subjective, parfois ressentie comme insupportable. Plusieurs professionnels des services hospitaliers de la psychiatrie infanto-juvénile que nous avons rencontrés présentent ainsi ces événements biographiques comme des facteurs déclencheurs pour les tentatives de suicide.

« Je pense que ces ruptures amoureuses, quand elles sont hyper investies, dans l'aspect énergétique de la relation amoureuse, effectivement elles peuvent être traumatiques. Donc on s'aperçoit que dans la cause première des tentatives de suicide, ce qui est mis en avant c'est ça. Très souvent c'est ça, mais ça cache la forêt » ; « la souffrance était déjà présente et la rupture amoureuse, c'est la goutte qui fait déborder le vase » [Entretiens avec des professionnels du département]

Cependant, la rupture amoureuse est massivement associée, en particulier pour les adolescentes, à la reconfiguration des réseaux sociaux. La perte d'un amoureux ou d'une amoureuse, qu'elle soit subie ou choisie, représente non seulement la perte d'un appui social – puisqu'une personne susceptible de représenter une ressource dans les moments de choix importants ou un support face à la souffrance est désormais absente. Mais elle représente aussi, bien souvent, la perte d'un groupe de pairs, avec qui les jeunes partageaient du temps, des conseils et éventuellement du soutien.

En s'appuyant sur une enquête nationale menée à la fin des années 1990 sur les comportements sexuels des jeunes français âgés de 15 à 18 ans, complétée par des entretiens semi-directifs menés auprès d'une trentaine de jeunes lycéens, Florence MAILLOCHON montre ainsi que les relations électives des jeunes (notamment les filles) sont reconfigurées après une rupture amoureuse.

« Pour les filles qui, en revanche, intègrent plus souvent le réseau de leur partenaire, la rupture du lien amoureux s'accompagne généralement d'une dispersion des relations amicales qui lui étaient nouvellement associées. Les conséquences de la rupture sont donc doubles pour les filles : elles abandonnent souvent une partie des nouveaux contacts engagés autour du réseau de leur petit ami, et se retrouvent face à d'anciennes relations d'autant plus fragiles qu'elles avaient pu être négligées en raison du déplacement de leur réseau vers celui de leur partenaire » [MAILLOCHON, 2003]

Cette réorganisation contrainte du quotidien et des réseaux relationnels avec les ruptures amoureuses se retrouve dans notre corpus, ainsi qu'avec le décès d'un autrui significatif. Les dossiers indiquent en effet qu'après la mort d'un parent, la plupart des jeunes changent de lieu de vie, de maison mais aussi de quartier ou de ville.

Qu'il s'agisse de la mort d'une personne qui compte, du départ d'un beau-parent, du déménagement de son meilleur ami ou encore d'une rupture amoureuse, la perte d'un autrui significatif représente bien la perte d'un appui social de l'existence et éventuellement la perte cumulée d'autres appuis sociaux. Les dossiers retranscrivent ainsi des formulations telles que :

« Père décédé au printemps, [le jeune] ne peut plus s'appuyer sur lui, n'a plus la possibilité de se poser chez son père, recherche un lieu d'hébergement » ; « j'ai perdu une amie [décédée] avec qui je parlais beaucoup, pour moi c'était comme ma plus jeune sœur, j'ai eu envie d'être près d'elle mais pas de mourir » ; « peut dire, en tentant de contenir son émotion,

qu'il aurait aimé que son père soit là aux moments importants de sa vie (baccalauréat, mariage, paternité, etc.), que parfois il imagine le regard de son père posé sur lui (par rapport à ce que je suis, ce que je deviens, ou quand je fais des bêtises ou ne respecte pas les règles) » ; « dispute avec [son amie] qui a décidé de ne plus la fréquenter, elle se retrouve "éjectée du groupe de copines depuis cinq semaines", [la jeune] en souffre, stress, pleurs, refuse de fréquenter la cantine » ; « mon ex-copain m'a lâchée pendant ces vacances, il ne veut plus être un appui, une épaule pour moi, il veut m'aider pas plus, ça m'a mis un coup au moral » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

Ces événements biographiques, pourtant associés à des contextes affectifs et singuliers, sont bien inscrits dans le social. Certes, ils sont susceptibles de faire vivre des expériences psychiques de la souffrance, mais la manière de les vivre et de les ressentir est inscrite dans les interactions sociales et ils représentent un affaiblissement des appuis sociaux de l'existence pour les individus qui les vivent.

La tristesse, la colère, éventuellement la peur ou les pensées macabres sont alors le plus souvent considérées par les jeunes, ou par leur entourage, comme des réactions passagères, compréhensibles voire attendues. En termes de grammaire sociale des émotions, les larmes et les cris après un décès ou un chagrin d'amour apparaissent inscrits dans les règles de sentiments. Il est socialement attendu qu'un jeune souffre après la mort de son père ou de sa mère, le déménagement d'un ami, ou une rupture sentimentale. Il est même acceptable qu'il perde du poids, qu'il ne dorme plus, ou qu'il se fasse mal. Ces événements – et les réactions individuelles à ces événements – sont socialement construits comme insupportables voire dramatiques. L'appel aux professionnels du psychisme, spécialistes du traumatisme, semble même aller de soi pour certains jeunes de notre corpus (ou pour leur famille, ou pour les professionnels qui les connaissent).

« Rupture amoureuse après sept mois de relation, son médecin généraliste lui a conseillé de voir un psychiatre » ; « elle se dit désormais prête à travailler autour de la question du décès de son père, veut être aidée, voir un psychologue » ; « être aidé à faire le deuil de la grand-mère, de qui il était très proche, décès brutal, ne connaît pas exactement la cause, il y a dix mois, [puis le psychiatre retranscrit une consultation avec le jeune] tristesse réactionnelle, tous les moments de tristesses sont en lien avec la perte, de moins en moins envahissante au fil des mois, pas de culpabilité, ne s'inquiète pas de cet état émotionnel, le comprend très bien », « ne dormait plus après que sa petite amie l'a quitté, perte de 8 kilos en

un mois et demi, [puis le médecin retranscrit une consultation avec le jeune] semble avoir pris du recul par rapport à sa relation amoureuse, dit qu'il pense encore à la jeune fille avec qui il sortait, mais avec moins de douleur » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

De plus, dans notre corpus, il est frappant de voir que ces événements passés semblent réactualisés quand les jeunes vivent de nouvelles expériences de la souffrance. Les professionnels du psychisme parlent alors de reviviscence ou de réactualisation du traumatisme. Nous considérons surtout, quant à nous, qu'ils confrontent les jeunes à la faiblesse de leurs appuis sociaux pour faire face à ces nouvelles souffrances.

Par exemple, une jeune âgée de 21 ans est orientée vers la MDA par son médecin traitant. Elle veut rencontrer un professionnel du psychisme. Son père est mort l'an dernier, elle reste seule à s'occuper de sa mère handicapée « *chez moi, je panique* ». Avec l'entrée à l'université, « *elle dit avoir du mal à gérer ses émotions et avoir tendance à s'isoler* ». Même si elle a des amis et un amoureux, elle explique qu'elle « *se sent seule* ». Depuis la mort de son père, elle explique qu'elle « *jongle avec des phases où elle se sent bien et des phases où elle se dit déprimée* »

Ou encore, une jeune âgée de 16 ans est orientée à la MDA par la vie scolaire de son lycée. Elle évoque dès sa première venue la mort de sa meilleure amie il y a plusieurs mois. Depuis que son amie est décédée, elle n'a plus personne « *avec qui parler* ». Parallèlement, elle ne s'entend pas avec son père qu'elle voit peu, elle se dispute souvent avec sa mère. Avec les autres jeunes de son réseau personnel, elle n'a pas retrouvé cette relation de soutien « *j'ai parfois mes problèmes de la maison et du lycée, mais je ne raconte pas tout ce qui m'est arrivé aux copines* ». Dans les moments difficiles, par exemple au moment de sa venue le redoublement scolaire est envisagé, l'absence de cet autrui significatif est encore plus vivace « *j'ai peur de m'endormir en pensant aux cauchemars que je pourrais faire en relation avec la mort de mon amie* »

La faiblesse des appuis sociaux caractérise donc une proportion non négligeable des jeunes qui viennent à la MDA, soit parce qu'ils sont seuls et qu'ils n'ont pas d'amis, soit parce qu'ils ont perdu des autrui significatifs, du fait de ruptures, de départs ou de la mort.

Pourtant, il est frappant de constater que l'absence ou la faiblesse de ces supports de l'entourage, sur lesquels les jeunes seraient susceptibles de s'appuyer quand ils sont confrontés aux expériences de la souffrance, n'apparaît pas explicitement dans les

grilles d'analyse des professionnel ni dans le discours public. Certes, les professionnels prennent en compte et éventuellement soulignent l'isolement social des jeunes qu'ils rencontrent – dans les prises en charge à la MDA ou dans les situations décrites par les professionnels locaux rencontrés, puisque les jeunes seuls bénéficient alors de prises en charge longues, avec par exemple des accompagnements physiques et des relances plus régulières quand ils ne donnent pas de nouvelles. Pourtant, la souffrance est rarement analysée sous cet angle.

L'intérêt des professionnels et de l'action publique semble plutôt porté sur les facteurs sociaux qui produisent directement la souffrance. Cette observation apparaît à nouveau et de façon saillante quand il s'agit de la place des familles auprès des adolescents et des jeunes adultes qui font l'expérience de la souffrance.

8.1.3 La faiblesse ou l'absence de la protection dans le lien de filiation

Les informations associées à la famille sont très largement présentes dans les dossiers de notre corpus. Elles sont même surreprésentées, par rapport notamment aux informations sur les conditions de vie, sur les réseaux personnels, ou sur les interactions avec les autres adultes dans la vie quotidienne. Les dossiers ne manquent pas d'informations sur les interactions entre parents et enfants, ou dans la fratrie, ou dans la famille élargie. Ils donnent aussi des informations sur ce qui apparaît comme des épreuves biographiques dans les trajectoires familiales (chômage, séparation, maladie, deuil, violences conjugales, etc.).

Cependant, l'analyse montre que pour les jeunes pris en charge à la MDA – et contrairement aux représentations habituelles dans le champ de l'action sanitaire et sociale – le monde familial est bien plus souvent un facteur social de la souffrance par défaut, plutôt qu'une cause directe de la souffrance.

Ainsi, par exemple, l'effectif des jeunes déclarant des maltraitances familiales est relativement limité. Seuls 15 dossiers (soit moins de 5 % des dossiers de notre corpus) citent explicitement le terme de maltraitance, à chaque fois pour décrire des violences portées par l'un des parents qui ont généré une intervention d'un service de protection de l'enfance.

Il est intéressant de souligner que ces situations sont un cas particulier des violences subies et que l'ensemble des violences portées par un membre de la famille (48 jeunes sont concernés) sont alors loin d'être systématiquement considérées par les professionnels du système local comme des maltraitances. La notion de maltraitance

fait en effet partie du répertoire technique des professionnels intervenant dans les différents champs de l'action publique en direction de la jeunesse (en particulier éducatif, judiciaire, sanitaire ou social). Elle suppose légalement de signaler systématiquement les familles concernées aux services de l'aide sociale à l'enfance.

Certes, la définition de la maltraitance proposée par l'Organisation mondiale de la santé est large², mais son diagnostic par les professionnels français, le plus souvent des travailleurs sociaux et en particulier des assistantes sociales – qui parlent plutôt de son « évaluation » –, s'inscrit dans les variations de leurs positionnements et de leurs pratiques professionnelles³.

La plupart des professionnels de l'équipe de la MDA sont ainsi formés à évaluer la maltraitance, c'est-à-dire notamment à distinguer, d'une part, ce qui relève de violences ou de négligences graves et intentionnellement dirigées sur un enfant que les adultes veulent humilier ou blesser et, d'autre part, ce qui relève de pratiques éducatives violentes ou indifférentes, considérées certes comme inadaptées au développement et au bien-être de l'enfant, mais ne relevant pas systématiquement de la protection de l'enfance. La distinction est importante. Certes, les violences parentales sont systématiquement appréhendées comme des problèmes à traiter, mais pour les professionnels, elles s'inscrivent alors le plus souvent dans des interactions conflictuelles entre les parents et les jeunes (il s'agit alors pour notre recherche d'un indicateur des souffrances interactionnelles). Tandis que si la famille est signalée comme maltraitante, alors la souffrance est supposée être directement générée par la famille et elle est associée par les professionnels à une expérience susceptible d'avoir des conséquences psychiques à long terme, nécessitant non seulement une protection institutionnelle mais aussi une prise en charge psychique spécialisée. Ces situations sont rares dans notre corpus.

Un autre indicateur, même s'il est *a priori* peu intuitif, montre que la famille apparaît peu comme un facteur produisant directement la souffrance pour les jeunes pris en charge à la MDA : les demandes d'intervention adressées aux services spécialisés de la protection de l'enfance.

2 Selon l'OMS, la maltraitance à enfant recouvre « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir », In Organisation mondiale de la santé, *Rapport de la Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant*, Genève, 29-31 mars 1999

3 Voir notamment : SERRE, 2010, *op. cit.*.

Certes, ces demandes concernent plus de trente jeunes par an ces dernières années (sur un millier de jeunes pris en charge chaque année à la MDA), mais la protection de l'enfance peut alors être mobilisée sans que les parents soient nécessairement considérés comme un facteur positif de la souffrance. En effet, le code de l'action sociale et des familles prévoit que le service de l'aide sociale à l'enfance doit apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants et à leur famille, quand ils sont « *confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social* »⁴.

Or, parmi les trente à quarante situations de jeunes signalés à l'aide sociale à l'enfance chaque année par la MDA, il s'agit le plus souvent de situations où les jeunes se mettent en danger eux-mêmes – au travers de conduites délinquantes, de consommations considérées excessives de drogues ou d'alcool, ou de tentatives de suicide par exemple – et que les parents n'arrivent pas à protéger. Ou encore, outre la faiblesse de la protection dans le lien de filiation, ces saisines de la protection de l'enfance peuvent aussi concerner des expériences sociales de la souffrance, associées aux interactions. Il peut ainsi s'agir de situations où la conflictualité dans les interactions familiales est telle que la communication et la compréhension des besoins de l'adolescent ne sont plus possibles. Il peut s'agir encore de situations où les parents demandent de l'aide face à l'agressivité, aux violences verbales voire physiques de leur enfant à leur rencontre, ou encore quand leurs adolescents sont exclus de leurs établissements scolaires. Les dossiers retranscrivent ainsi de nombreuses références au « *cadre éducatif* » ou aux « *limites* », que les parents n'arrivent pas à « *poser* » ou à « *faire respecter* ».

Cette tendance à saisir la protection de l'enfance, non pas aux motifs des maltraitements ou des négligences parentales, mais aux motifs du comportement des jeunes, ne se réduit pas à notre seul corpus. Émilie POTIN [2017] montre ainsi, quand elle analyse les résultats d'une enquête menée par le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger, menée par l'observatoire national de la protection de l'enfance en 2016, que les jeunes âgés de 11 à 17 ans (avec une accentuation pour les plus grands) sont considérés comme moins dépendants des difficultés parentales que les enfants plus jeunes, ou davantage en capacité de pouvoir y faire face. Surtout, quand leurs comportements sont jugés inadaptés ou considérés « à risque », ils en sont tenus pour directement responsables.

⁴ Article L222-1 du code de l'action sociale et des familles

Même si elles existent pour quelques-uns, les jeunes de notre corpus ne vivent donc pas majoritairement des expériences de la souffrance produites par la famille. Le monde familial représente surtout un élément de contexte, peu soutenant et peu protecteur, dans les expériences juvéniles de la souffrance analysées.

Avec cette affirmation, nous allons à l'encontre de la plupart des analyses proposées par David LE BRETON, pour qui la famille est un facteur central à l'origine de la souffrance. Il donne en effet à l'expérience familiale un caractère explicatif majeur dans la plupart des « conduites à risque » et autres pratiques juvéniles, analysées dans son ouvrage *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie* [2007].

Bien sûr, David LE BRETON évoque l'absence de perception d'un soutien familial possible, la mésentente parentale, l'indifférence, ou encore la maladie des parents, qui représentent dans notre recherche des indicateurs de l'absence ou de la faiblesse de la protection dans le lien de filiation. Cependant, il considère de manière générale – et en s'appuyant sur un raisonnement causal – que la souffrance juvénile a toujours à voir, de près ou de loin, avec des liens familiaux qui la produisent. Pour le dire avec les termes d'Emmanuel RENAULT [2008] et pour insister sur l'écart entre les analyses proposées par David LE BRETON et les nôtres : la famille représente pour ce dernier un facteur positif de la souffrance, plutôt qu'un facteur de la souffrance par défaut. Par exemple, dans son ouvrage [LE BRETON, 2007], le père peut être qualifié de « tyrannique » ou « incestueux » et la mère est « imprévisible », « abusive », « omniprésente », elle « étouffe », ou fait de ses enfants « sa "chose" ».

Cette position de David LE BRETON est peut-être influencée par sa formation initiale en psychologie. Il considère en effet systématiquement que les souffrances adolescentes s'inscrivent dans des trajectoires familiales marquées par le manque ou le trop dans les relations de l'enfant (et plus spécifiquement du petit enfant) avec ses parents (en particulier la mère). Pour lui, ces relations précoces, caractérisées par « l'impossibilité de trouver la bonne distance » [Ibid., p.49] entre les enfants et les parents, sont susceptibles de générer la souffrance adolescente. Il considère ainsi que l'éducation « s'exerce aussi par pesanteur pour le pire quand les parents transmettent à leur insu leur indifférence, leur indisponibilité, leur mépris de la loi, leur violence, leur manque d'amour. Toute défaillance à l'intérieur de ce système de relations met l'enfant en porte-à-faux avec le monde » [Ibid., p.54].

Ce raisonnement causal nous semble discutable. Rechercher dans l'histoire individuelle du sujet les causes de ses difficultés présentes revient, par définition pour les adolescents (dont l'histoire est nécessairement courte et essentiellement ancrée dans

le monde familial), à rechercher systématiquement les causes de la souffrance dans les difficultés familiales pendant l'enfance. Nous affirmons quant à nous que l'expérience de la souffrance s'inscrit, certes, dans la biographie des individus, mais elle est aussi associée à d'autres formes d'expériences, psychiques, physiques et sociales, éventuellement passées, mais aussi et souvent tout à fait actuelles.

En outre, les résultats de ses analyses – quand elles accordent aux interactions familiales un rôle central dans la production de la souffrance – peuvent vraisemblablement s'expliquer par la différence de nos terrains et matériaux.

Ainsi, l'intérêt de David LE BRETON pour les dimensions familiales de la souffrance s'inscrit dans des scènes sociales particulières, avec des jeunes aux comportements violents ou dangereux, vivant dans des quartiers de relégation, ou encore issus de familles migrantes.

Effectivement, d'autres travaux sociologiques menés sur d'autres populations particulières – par exemple les jeunes dits « incasables »⁵, ou les personnes sans domicile interrogées sur des événements difficiles survenus durant leur jeunesse [FIRDION, 2006] – montrent aussi que la famille peut constituer de façon significative un facteur produisant la souffrance des adolescents. Ces enquêtes mettent en exergue des expériences familiales qui produisent la souffrance, quand les parents maltraitent physiquement ou sexuellement leur enfant, quand ils le rejettent ou encore quand ils mettent en doute la filiation.

Toutefois, ces analyses doivent être nuancées par d'autres études menées sur des populations juvéniles plus larges – auprès de jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse⁶.

Elles montrent alors plutôt la prégnance de la précarité des conditions de vie, de la maladresse éducative, ou de l'absence de soutien apporté par les familles. Ainsi, même dans des populations juvéniles prises en charge par des organisations qui ciblent des jeunes en danger, les familles semblent représenter majoritairement un facteur social par défaut de la souffrance, plutôt qu'elles ne la produisent.

⁵ Jean-Yves BARREYRE et son équipe définissent les jeunes dits « incasables » comme « *une population à la limite des institutions* », dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) et qui, le plus souvent, ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives dont le cadre de travail ne convenait pas à leur problématique situationnelle » [BARREYRE, FIACRE et al., 2008, p.7]. Voir également : MOISSET, 2010

⁶ Voir notamment : GOYETTE, FRECHON, 2013 ; LENZI, PÉNY, 2015 ; POTIN, 2017

En ce qui concerne les jeunes qui viennent à la MDA, la famille est rarement un facteur social positif de la souffrance. Bien souvent, elle apparaît plutôt comme un élément du contexte social sur lequel il est difficile pour les jeunes de s'appuyer quand ils doivent affronter des épreuves, notamment des expériences de la souffrance.

Ce contexte familial particulier concerne plus de la moitié des jeunes de notre corpus (173 jeunes).

L'indicateur de la faiblesse de la protection dans le lien de filiation est ainsi considéré présent quand les jeunes ne pensent pas pouvoir s'appuyer sur leurs parents, quand ils s'inquiètent pour un parent alcoolique, en situation de précarité ou malade, quand les parents sont absents et/ou quand les jeunes sont confrontés à la mésentente entre leurs parents.

- L'absence de perception d'un soutien familial possible (86 jeunes sont concernés), cet indicateur étant considéré présent quand les jeunes :
 - décrivent le manque de toute attention dans leur famille,
 - se disent isolés dans leur famille, éventuellement mis à l'écart, ou pas aimés,
 - racontent les propos dévalorisants de leurs parents à leur encontre, de façon souvent répétée dans le temps,
 - ou se plaignent explicitement de l'absence d'intervention ou de protection de leurs parents, par exemple quand ils vivent des difficultés dans le monde scolaire ou quand les relations sont violentes avec la fratrie ;
- La peur pour un parent (46 jeunes sont concernés), cet indicateur étant considéré présent quand les jeunes disent leur préoccupation pour leur père et/ou leur mère, que leur inquiétude soit ponctuelle ou durable.

Les motifs évoqués de la peur peuvent concerner la menace ou la tentative de suicide d'un parent, la consommation d'alcool et ses éventuelles conséquences (par exemple une jeune a été témoin de la chute de plusieurs étages de sa mère alcoolisée), la maladie (par exemple des jeunes sont témoins de la dégradation corporelle associée à des maladies chroniques, des délires associés à des maladies psychiatriques, du risque vital associé à certaines affections, etc.), la pauvreté (par exemple un jeune s'inquiète pour son père qui dort dans sa voiture, un autre pour sa mère qui mange dans les poubelles, un autre encore pour sa mère qui risque d'être expulsée du territoire), ou encore les violences physiques subies (par exemple un jeune est témoin d'un coup porté par son frère sur sa mère) ;

- L'absence d'un parent (48 jeunes sont concernés), cet indicateur étant considéré présent quand les jeunes (ou les familles) décrivent l'absence de toute visite ou contact avec son parent.

Cette absence peut être choisie ou subie par le jeune, ponctuelle ou durable (pour certains jeunes il s'agit de plusieurs mois, pour la plupart il s'agit de plusieurs années).

Le parent peut être considéré absent parce qu'il est incarcéré, parce qu'il vit loin de son enfant (autre ville ou autre pays), parce que les relations ont été unilatéralement rompues (à l'initiative du jeune ou du parent), ou encore parce que même s'il est connu de l'autre parent, l'enfant ne l'a jamais rencontré.

Notons que nous excluons de cette catégorie les parents absents parce que décédés (les jeunes sont alors comptabilisés parmi ceux qui ont perdu un autrui significatif) ;

- La mésentente parentale (90 jeunes sont concernés), cet indicateur étant considéré présent quand les jeunes (ou les familles ou les professionnels) décrivent des relations conflictuelles entre les deux parents.

Il peut s'agir de disputes ou de cris entre les parents encore conjoints, de séparations qui génèrent des luttes judiciaires, de propos négatifs voire dénigrants de l'un sur l'autre, de violences verbales ou physiques d'un parent sur l'autre, etc.

Cette dernière configuration familiale nécessite d'être précisée. La lecture des dossiers concernés par la mésentente dans les relations entre les parents montre qu'il s'agit bien d'un indicateur de faible protection dans le lien de filiation.

Quand l'entente entre les parents non seulement fait défaut, mais se manifeste aussi par des conflits, des cris, des menaces, des insultes, des violences physiques, éventuellement suivies de procédures judiciaires, alors les jeunes témoins et parfois directement pris à partie dans ces conflits parentaux décrivent des expériences psychiques insupportables.

« Se sent tirillée entre ses deux parents » ; « ma mère pense que je préfère mon père, ce n'est pas du tout ça, j'ai peur de la blesser, elle prend tout mal » ; « je voudrais que mon père arrête de me parler de ma mère et du conflit qui les oppose ("ça m'énerve, ça me fait du mal, ma mère je l'aime") » ; « dit être la "messagère" de ses parents et en avoir assez "je préférerais que ça reste entre eux" "je suis toujours entre les deux", elle se dit toujours impactée par ces conflits » [Extraits des dossiers de la Mda, Discours des jeunes]

Mais surtout, les parents qui ne s'entendent pas sont la plupart du temps présentés par les jeunes comme peu attentifs aux difficultés de leur enfant et peu voire pas protecteurs, tant ils sont préoccupés par leurs propres conflits.

« [Le jeune parle du conflit entre ses parents] il reste peu de place pour évoquer ce qui lui arrive » ; « [le jeune parle de la séparation de ses parents et de la nouvelle union de sa mère] là, je n'existais plus » ; « [le référent socioéducatif de la MDA appelle le père pour l'informer des somatisations et de la souffrance psychique de sa fille "tristesse, inquiétude, colère"] monsieur ne veut plus entendre parler de madame depuis la séparation, ne voit plus sa fille depuis un bon bout de temps, monsieur n'est pas d'accord pour les rencontres de sa fille avec le psychologue de la maison des adolescents en disant que normalement il faut l'accord des deux parents » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

La place de la mésentente parentale dans les expériences juvéniles de la souffrance a été largement repérée par les professionnels locaux. La MDA a ainsi construit des ateliers spécifiques à l'intention des jeunes ou des parents, quand les parents sont pris dans des interactions conflictuelles. Différents services de la protection de l'enfance ont déjà relevé l'augmentation des mesures prises quand les conflits entre les parents mettent en danger le développement, la sécurité et le bien-être des enfants. Ou encore, le monde associatif comme les professionnels en libéral développent quant à eux des offres de médiation dans les situations de séparation parentale conflictuelle.

La souffrance associée à la mésentente parentale peut alors apparaître comme une expérience de la non-satisfaction du besoin de sécurité (les jeunes pouvant avoir peur pour l'un de leur parent voire pour eux-mêmes, quand ils s'interposent entre leurs parents, physiquement ou en prenant partie, et sont alors être la cible accidentelle de l'autre parent) ou de la non-satisfaction du désir de pouvoir entretenir sereinement des liens avec chacun de ses parents, alors même que les interactions pacifiées entre des parents séparés sont socialement valorisées. Plus largement, nous considérons donc que la mésentente parentale est une expérience de la non-satisfaction du besoin de protection.

L'absence de possibilité de s'appuyer sur la famille représente ainsi une caractéristique du public des jeunes en souffrance qui fréquentent la MDA. Certes, la faiblesse du soutien familial ne les distingue pas des jeunes pris en charge dans des dispositifs traditionnels, par des services de la protection de l'enfance ou de la psychiatrie

infanto-juvénile par exemple. Dans ces dispositifs, si les familles sont éventuellement maltraitantes, les interactions familiales sont elles aussi bien souvent marquées par l'absence ou la faiblesse du soutien affectif ou de l'encadrement éducatif. Cependant, l'absence ou la faiblesse de la protection dans le lien de filiation différencie les jeunes qui viennent à la MDA de la population générale des adolescents et des jeunes adultes.

La famille représente ainsi le monde social où « *l'entraide et le soutien sont les plus attendus* » [WIDMER, 2008] et pour Serge PAUGAM, le lien de filiation constitue « *le fondement absolu de l'appartenance sociale* » [2018, p.66]. Dans l'enquête UNICEF France, le sentiment de ne pas pouvoir compter sur son père concerne 11 % des jeunes, celui de ne pas pouvoir compter sur sa mère concerne seulement 4,2 % des jeunes [PAUGAM, 2014, p.20]. Dans notre corpus, la propension des jeunes à considérer qu'aucun soutien familial n'est possible est beaucoup plus importante, puisqu'elle concerne 28,5 % des jeunes. Cette faiblesse ou absence de la protection apportée par les parents constitue alors une déviance aux normes familiales contemporaines.

Avec les caractéristiques sociales des jeunes qui font l'expérience de la faiblesse des appuis familiaux, quelques tendances semblent se dessiner.

Serge PAUGAM [2014] montre que le sentiment de ne pas pouvoir compter sur son père ou sur sa mère est plus fréquent : chez les filles, dans les familles monoparentales ou les familles recomposées, pour les enfants et adolescents en situation de privation dans leur quotidien (la privation étant mesurée dans l'enquête UNICEF France à partir de questions relatives à la possession de biens fondamentaux et aux conditions de vie à la maison, reprenant les critères retenus par UNICEF à l'échelon européen ⁷) et parmi ceux qui vivent dans un quartier insécurisant. L'enquête montre également que ce sentiment augmente de façon significative avec l'âge.

Avec notre corpus, même s'il n'est pas construit en population générale, les mêmes tendances se retrouvent quant aux configurations familiales et aux conditions de vie, mais les distinctions en matière de sexe et d'âge n'apparaissent plus. À la MDA, presque autant de garçons que de filles ne se sentent pas protégés ou soutenus par leurs parents. En outre, si notre corpus présente, comme dans l'enquête UNICEF France, une large proportion de jeunes âgés de 14 à 17 ans, l'âge n'est pas significatif (la population de l'enquête nationale comprend de nombreux enfants plus jeunes, à partir de 6 ans, tandis que la majorité des jeunes de notre corpus sont âgés de 14 à 17 ans).

⁷ Les critères sont ceux du système statistique EU-SILC (statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie)

Des corrélations significatives (avec *p-value* < 0,05) apparaissent en revanche avec quelques-uns de nos indicateurs qui permettent d'approcher les conditions matérielles de vie (ces corrélations doivent toutefois être considérées avec précaution en raison des faibles effectifs). Ainsi, d'une part, il existe une corrélation entre la faiblesse de la protection familiale et le métier des parents quand il est catégorisé dans le groupe socioprofessionnel des ouvriers (pour le groupe socioprofessionnel le plus élevé entre les deux parents, mais seulement 13 jeunes sont concernés). D'autre part, il existe une corrélation avec notre indicateur de la pauvreté des familles⁸ (seulement 36 jeunes sont concernés, soit 12 % des jeunes de notre corpus).

La caractéristique la plus significative pour les jeunes de notre corpus, confrontés à l'absence ou la faiblesse de la protection dans le lien de filiation concerne la configuration familiale (avec *p-value* < 0,0001). Pour plus de sept jeunes concernés sur dix, les parents sont séparés (plus précisément, plus d'un jeune concerné sur quatre vivent dans des familles recomposées).

Sans donner d'indication sur l'expérience juvénile des séparations parentales, cette corrélation donne des indications sur l'expérience des jeunes quand les séparations parentales se passent mal. Ainsi, dans l'ensemble de notre corpus, près de la moitié des dossiers où les parents sont séparés signalent une mésentente parentale.

Le croisement de cette donnée relative à la conflictualité des interactions entre les parents avec les catégories socioprofessionnelles des parents de notre corpus – qui renseignent (sans qu'un lien direct ne soit évidemment possible) sur la position des jeunes dans l'espace social (les métiers des parents étant majoritairement catégorisés aux niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale) – semble illustrer les tensions normatives auxquels peuvent être confrontés les parents séparés.

La norme de coparentalité, basée sur l'égalité et l'autonomie des membres de la famille et définissant le dialogue et la négociation comme principes de régulation des relations familiales, émane en effet des classes moyennes [NEYRAND, 2018].

⁸ Cet indicateur étant considéré présent :

- quand les jeunes se plaignent du manque ou de l'absence de revenus de leurs parents ;
- quand le prix des consultations avec certains professionnels en freine l'accès (le plus souvent il s'agit du coût des consultations avec un psychologue libéral) ;
- quand les dossiers indiquent des difficultés économiques pour organiser des vacances, des activités sportives ou des loisirs ;
- quand les jeunes signalent l'absence d'une chambre individuelle ou d'un lieu où faire ses devoirs dans le logement familial ;
- et/ou quand les familles n'ont pas de logement individuel (vie en centre d'hébergement, chez des amis ou chez la famille)

Alors quand les parents de notre corpus sont en conflit après leur séparation et d'autant plus quand ces conflits perdurent et qu'ils n'arrivent pas à se parler, les familles entières sont susceptibles de faire l'expérience de la déviance aux normes de leur monde social.

En outre, en considérant les seules recompositions familiales – quand l'un ou l'autre des parents s'installe dans une nouvelle union, éventuellement avec des enfants de l'autre compagnon ou des enfants issus de cette nouvelle union (62 jeunes sont concernés) –, les jeunes font alors significativement l'expérience de la souffrance psychique (et quatre jeunes sur cinq qui vivent dans des familles recomposés sont concernés). Certains jeunes ont du mal à accepter la séparation et la nouvelle vie conjugale de leur parent, qui rend encore plus illusoire la perspective de retrouver sa vie antérieure. D'autres n'arrivent tout simplement pas à trouver leur place dans cette nouvelle configuration.

Quelle que soit la reconfiguration des familles après la séparation des parents, presque trois jeunes concernés sur quatre ne pensent pas pouvoir s'appuyer sur l'un et/ou sur l'autre parent. De plus, il est notable que ces jeunes font significativement l'expérience des souffrances psychiques, physiques ou interactionnelles (dans l'ordre croissant des corrélations) : ils ont peur pour l'un ou l'autre des parents, ils ressentent de la culpabilité, ils sont tristes, ils attaquent leur propre corps et beaucoup sont en conflit avec l'un des adultes de la famille (le père, la mère ou le beau-parent).

Quand l'entraide et le soutien attendus des parents ne sont pas accessibles, les jeunes sont appelés à se débrouiller seuls et certains se débattent comme ils le peuvent avec cette forme d'isolement social et l'insécurité qu'elle génère.

L'absence ou la faiblesse de protection dans le lien de filiation, réelle ou supposée, est alors rarement le motif de la plainte ou de la demande d'aide exprimée par les jeunes qui viennent à la MDA. Elle est présentée comme faisant partie du décor. C'est en parlant de la scène sociale où la souffrance est en jeu ou de leur ressenti intime que les jeunes soulignent l'impossibilité de faire appel à leur famille. Ils sont seuls, sans appui social et ils vivent une expérience de l'insupportable.

Par exemple un jeune âgé de 21 ans, qui vit en cité universitaire, vient seul à la MDA demander des « *conseils par rapport à l'emploi, au logement, à une aide financière* », son sommeil est « *perturbé en ce moment du fait de l'instabilité sociale* », il est inquiet pour son avenir « *a du mal à se projeter dans une année étudiante* », « *perte de sa mutuelle* », « *a envoyé plusieurs*

CV et attend des réponses ». Dans ce contexte, il explique qu'il ne peut pas demander de l'aide à ses parents « *mon père est un pervers narcissique, il a détruit ma mère, elle a fait des dépressions et des tentatives de suicide, aujourd'hui elle est en invalidité, j'ai été au centre du conflit, ça m'a perturbé énormément, à cause de ça j'ai foiré mes années, j'en pouvais plus, aujourd'hui j'ai plus de contact avec lui* »

Ou une jeune fille de 15 ans vient avec une amie à la MDA, orientée par l'infirmière de son lycée « *car elle a faim mais n'arrive pas à manger* ». Elle dort mal, elle a mal à la nuque et au dos, « *depuis trois semaines elle a envie de vomir* », « *son moral est en baisse "j'ai l'impression que j'ai plus de sentiments, ils sont émoussés", "j'ai plus de plaisir, plus de joie"* ». Elle est amoureuse d'un jeune au lycée mais sans retour. Interrogée sur la réaction de ses parents face aux manifestations de sa souffrance, elle dit que « *ses parents l'ont vu mais pensent que c'est lié au stress ("c'est le brevet")* ». Elle dit aussi que « *quand elle pleure devant eux et montre son mal-être, ses parents lui disent "qu'est-ce que tu veux qu'on fasse", elle pense qu'ils s'en fichent "j'ai fait mon deuil de leur manque"* »

Ou encore un jeune âgé de 17 ans est amené par sa mère à la MDA, parce qu'il « *se renferme ++, n'a plus confiance en lui, se sent rejeté de tout le monde* ». Ses parents sont séparés, son père n'exerce plus son droit d'hébergement un week-end sur deux et la moitié des vacances. Au lycée il « *a subi des moqueries "t'es moche et gros"* ». Il « *manque de confiance en lui* », il fait « *beaucoup de cauchemars, il rêve de suicide* » et le dossier indique que « *les idées suicidaires sont de plus en plus fréquentes voire quotidiennes* ». Interrogé sur ses relations avec ses parents, il explique avoir « *le sentiment d'être abandonné par tout le monde* », il cite en particulier le refus de son père quant à « *sa demande de séjour pour les vacances de printemps, [le médecin de la MDA indique que] cet événement pourrait être un facteur précipitant de la crise actuelle* »

Les jeunes de notre corpus qui ne peuvent pas compter sur leurs parents, ou qui *a minima* pensent ne pas pouvoir compter sur eux, peuvent donc être considérés comme particulièrement vulnérables face aux expériences de la souffrance. Ainsi, les jeunes concernés par le manque de protection parentale citent de façon très significative des expériences de la souffrance telles que (présentées par ordre croissant des corrélations statistiques pour les jeunes concernés, avec *p-value* < 0,001) : le mépris social et la stigmatisation, les problèmes de sommeil, les violences subies, la tristesse.

Ces expériences de la souffrance les poussent à demander de l'aide à ceux dont ils ont compris que c'était le métier. Ils sont alors prêts à s'investir dans les prises

en charge qui leur sont proposées. Presque la moitié des jeunes qui ne peuvent pas s'appuyer sur leur famille viennent ainsi au moins cinq fois à la MDA. En outre, plus d'un jeune concerné sur trois y rencontrent plusieurs professionnels, du monde socioéducatif et du monde de la santé, physique ou mentale.

Ces éléments confirment alors les conclusions de l'enquête nationale UNICEF France [PAUGAM, 2014], quand elle affirme que l'absence de perception d'un soutien familial possible constitue en soi une expérience de la souffrance, ainsi qu'un facteur cumulatif avec d'autres difficultés – les difficultés cumulées s'inscrivant dans d'autres sphères de la vie des familles (le marché du travail, le logement, le quartier). Pour notre corpus, il s'agit d'autres expériences de la souffrance qui se cumulent alors avec la faiblesse de la protection dans le lien de filiation : les souffrances psychiques, corporelles et interactionnelles.

Notons d'ailleurs que les souffrances psychiques sont significativement représentées (avec $p\text{-value} < 0,0001$). Il semble alors que non seulement la faiblesse du support familial ne permet pas de protéger ou d'affronter la souffrance psychique, mais aussi qu'elle aggrave les émotions insupportables. Il faut ainsi souligner que, pour presque tous les jeunes qui ont tenté de se suicider, les dossiers donnent des informations sur l'absence ou la faiblesse de la protection parentale.

Si les souffrances sociales peuvent être des souffrances par défaut, quand les jeunes qui viennent à la MDA manquent des appuis sociaux nécessaires pour affronter la souffrance (les amis et les parents), les souffrances peuvent aussi être directement produites par le social. Avant de s'intéresser aux expériences de la souffrance dans les interactions, les souffrances associées au rapport négatif à soi, lié à la représentation négative de soi et/ou des perspectives d'avenir et inscrit dans les difficultés individuelles à répondre aux injonctions sociales, sont présentées.

8.2 Rapport négatif à soi : injonction au bonheur et désajustement

Dans le programme public *maisons des adolescents*, les thèmes de l'image de soi, de l'estime de soi, du questionnement existentiel ou de la démotivation ne sont pas centraux dans le discours, mais ils sont loin d'en être absents. De même dans le contexte local de prise en charge de la souffrance des jeunes, comme dans d'autres territoires, il existe une large offre publique et privée pour développer sa confiance en soi, se définir, se motiver, se réaliser.

Ainsi, le département du Sud propose un large panel d'offres de sophrologie ou de méditation, en libéral, au sein des établissements scolaires ou dans différentes organisations de la jeunesse, ou encore des ateliers collectifs sur ces thèmes sont proposés à la MDA ou dans des services de la psychiatrie infanto-juvénile.

L'expérience sociale de la souffrance associée au rapport négatif à soi souligne que les jeunes qui viennent à la MDA semblent confrontés aux mêmes injonctions sociales que les adultes, auxquelles il peut être difficile de répondre : se réaliser, s'épanouir, réussir et être heureux. Ces injonctions représentent un facteur positif de la souffrance, dans la mesure où échouer à y répondre produit la souffrance. S'il existe une spécificité de cette expérience de la souffrance pour les jeunes, elle réside à la fois dans la conscience accrue, pour cette catégorie d'âges, de l'incertitude de l'avenir et dans un rapport différencié au temps.

Les travaux sociologiques ont largement contribué à montrer le développement contemporain de cette injonction à la réalisation de soi. En particulier, Alain EHRENBURG analyse ainsi la souffrance psychique au prisme de « *l'injonction au devoir être* » et parlait dès la fin des années 1990 de « *la fatigue d'être soi* » [EHRENBURG, 1998].

Plus récemment, d'autres auteurs associent cette injonction, ainsi que l'idéologie du bonheur et la promotion de l'épanouissement personnel, au déni de la pertinence des réflexions sur les conditions sociales et collectives du bonheur, certains chercheurs évoquant même une injonction sociale au bonheur [CABANAS, ILLOUZ, 2018; CEDERSTRÖM, 2018; CEDERSTRÖM, SPICER, 2015; AHMED, 2010; FRAWLEY, 2015, cités dans MARTIN 2019].

Cette dernière formulation, avec l'idée de vivre une expérience de la souffrance pour ceux qui ne réussissent pas à être heureux, est mobilisée dans l'argumentaire de ce chapitre.

Évidemment, déclarer ne pas se sentir heureux peut être pour les individus une manière de décrire la tristesse, les pensées macabres, ou toute forme de souffrance psychique. Ainsi, à côté de la forme lexicale « *souffrance* » dans le programme public *maisons des adolescents*, la forme « *mal-être* » est très largement représentée. Aller mal, ne pas être bien, ne pas être heureux, sont des formulations associées dans le discours public à la souffrance psychique.

Cependant, nous posons que ne pas être heureux relève aussi d'une expérience sociale de la souffrance. Si le bonheur est devenu une injonction sociale, alors ne pas l'atteindre est une déviance. Si le monde social valorise le bonheur et les individus

heureux, alors le bonheur peut être un objectif social intériorisé par les individus et ne pas être heureux peut être vécu comme un échec personnel.

Cette expérience relève donc à la fois d'une expérience individuelle et intime de la souffrance (quand les individus n'arrivent pas à orienter leur existence selon leur conception d'une « vie bonne ») et d'une expérience sociale de la souffrance (quand les individus ne répondent pas à l'injonction qui leur est faite de se réaliser et d'être heureux).

L'injonction au bonheur peut ainsi être considérée comme un facteur social positif de la souffrance, puisqu'elle participe à la produire.

Pour définir la souffrance sociale associée au rapport négatif à soi, nous nous appuyons à nouveau sur la conceptualisation de la souffrance proposée par Emmanuel RENAULT [2008, p.315]. Il parle quant à lui, en termes philosophiques, de la « *souffrance éthique* ».

Cette souffrance est celle de l'échec à vivre une « *vie bonne* », en référence aux objectifs d'épanouissement personnel, de vie heureuse, accomplie, réussie, de développement des talents et des perfections, de possession, poursuite ou exercice des biens (en termes de contemplation, de richesse, de sagesse ou de vertu).

La notion de souffrance éthique permet à Emmanuel RENAULT de souligner non seulement comment le rapport positif à soi est une condition de la projection de soi dans l'autonomie et la réalisation de soi, mais aussi comment la confrontation à des situations sociales contraires aux représentations de soi peuvent produire des souffrances spécifiques.

Avec la souffrance sociale associée au rapport négatif à soi à l'adolescence, nous désignons donc les expériences des jeunes qui développent un rapport négatif à eux-mêmes en tant qu'individus sociaux, susceptible de freiner leur accès au bonheur, à l'accomplissement et à la réussite sociale :

- soit parce qu'ils font l'expérience d'une dissonance entre, d'une part, ce qu'ils sont (ou ce qu'ils pensent être, ou ce qu'ils sont en train de devenir) et, d'autre part, ce qu'ils espèrent être, ou ce qu'ils pensent devoir être, ou ce que les autres (leur entourage familial, les adultes du monde scolaire, les autres jeunes de leur âge) voudraient qu'ils soient ;
- soit parce qu'ils peinent à se définir eux-mêmes et donc à définir leurs projets et à se réaliser.

L'injonction à la définition de soi se pose de façon saillante à l'adolescence.

Une enquête sur les loisirs des enfants⁹ – menée de façon longitudinale entre 2002 et 2008, auprès de 3 900 enfants âgés d'environ 11 ans et majoritairement scolarisés en CM2 pour la première vague, réinterrogés tous les deux ans, soit à l'âge d'environ 17 ans et majoritairement scolarisés en 1^{re} pour la dernière vague – soulignent la complexité des « *impératifs socialisants parfois contradictoires* » qui accompagnent l'adolescence. Les jeunes deviennent femmes ou hommes, traversent de multiples espaces (le domicile, la chambre, la rue, les transports en commun, la salle de classe, la cour de récréation, ou encore les terrains de sport) dans lesquels ils multiplient les interactions (avec d'autres adolescents et des adultes) et jouent différents rôles (enfants de, élèves de, ami de, voisin de). Les auteurs évoquent ainsi un « *kaléidoscope identitaire où se combinent tant l'image que renvoie le miroir que la somme de toutes celles que l'on veut faire percevoir aux autres, l'identité pour soi et pour autrui, les "identifications antérieures (identités héritées) et le désir de se construire de nouvelles identités (identités visées [DUBAR, 1991, p.116])"* ».

Il s'agit donc, pour les adolescents en général et pour les jeunes qui viennent à la MDA en particulier, de construire la définition de qui ils sont, en jonglant entre leur représentation d'eux-mêmes et les attentes sociales, qu'il s'agisse des attentes des pairs du même âge, des attentes portées par leur famille, ou encore – et cette liste n'est pas exhaustive – des attentes du monde scolaire. À un âge de la vie caractérisé par la construction identitaire et les transformations physiologiques et cognitives, les jeunes sont ainsi appelés non seulement à se définir, mais aussi à être motivés et à réussir à atteindre les objectifs de vie qu'ils se fixent ou auxquels ils sont assignés.

Une large proportion des jeunes qui viennent à la MDA semblent avoir intériorisé ces injonctions, en cohérence avec les attentes sociales des pairs, de la famille et du monde scolaire à leur égard. Ils font alors l'expérience souffrante de la difficulté à y répondre.

L'expérience juvénile de la souffrance sociale associée au rapport négatif à soi peut être repérée, pour les jeunes de notre corpus, à partir de leurs expériences de la déviance aux normes sociales de réalisation de soi et du désajustement entre la représentation de soi et les attentes sociales qui les concernent.

⁹ Les citations en italique et entre guillemets dans ce paragraphe sont toutes issues de : OCTOBRE, DÉTREZ *et al.*, 2010, p.15

Nous retenons alors les indicateurs suivants :

- La perception négative de soi (87 jeunes), cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les jeunes se considèrent comme des individus de moindre valeur (soit parce qu'ils ne s'aiment pas et le disent alors de façon explicite, soit parce qu'ils se sentent dénués des compétences nécessaires à la vie sociale, soit parce qu'ils se considèrent sans intérêt pour les autres, ou encore parce qu'ils se jugent incapables de construire des projets pertinents et de réussir),
 - quand les jeunes anticipent l'échec dans toutes les situations (amicales, amoureuses, scolaires, etc.) et de façon systématique,
 - quand les dossiers indiquent explicitement l'absence ou le manque de « *confiance en soi* » ou d'« *estime de soi* »,
 - ou quand les jeunes autoévaluent leur confiance ou leur estime d'eux-mêmes comme inférieures à 4 sur 10 (les professionnels de la MDA demandant de donner une note d'estime de soi et/ou de confiance en soi sur une échelle de 0 à 10) ;
- L'apathie et les questionnements identitaire (55 jeunes).

À partir des données présentes dans les dossiers, cet indicateur est construit en écho, d'une part, à la notion de « *vide identitaire* » évoquée par Emmanuel RENAULT [2008, p.314] pour illustrer la souffrance éthique et, d'autre part, à l'injonction sociale à la définition de soi. Cet indicateur est alors considéré présent :

- quand les jeunes décrivent la vacuité de leur existence, évoquent une vie sans intérêt, sans projet ni désir de changement, avec la plupart du temps une forme de fatalisme (« *c'est comme ça, ça ne changera pas* »),
- quand les jeunes disent se sentir eux-mêmes « *vides* », ou ne rien ressentir, n'avoir goût ni plaisir à rien au quotidien,
- quand les jeunes se questionnent sur leur origine, leur filiation, ou leur personnalité (plusieurs jeunes expliquent qu'ils se demandent qui ils sont, d'autres se demandent s'ils ont une maladie mentale « *j'ai l'impression d'être folle* », « *mes amis m'ont dit que j'ai peut-être un trouble de l'humeur* »),
- quand les dossiers citent explicitement les formulations « *crise existentielle* » ou « *questionnement identitaire* »,
- quand les jeunes s'interrogent sur la direction à donner à leur vie, en disant leur peur de l'avenir ou leurs difficultés à se projeter,
- quand les jeunes réfléchissent à la signification de la vie et de la mort,
- ou quand ils évoquent les dysfonctionnements de la société dans laquelle ils ne se retrouvent pas ;

- Le sentiment d'être différent des autres jeunes de son âge (31 jeunes), cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les formulations « *se sent différent* » « *se sent en décalage* » « *se sent incompris* » sont présentes dans les dossiers (dans le discours retranscrit des jeunes concernés, cette différence perçue avec les pairs de sa génération peut être associée aux conditions matérielles de vie, aux centres d'intérêt, à la maturité ou encore à la notion de culture – par exemple pour des jeunes issus de la communauté des gens du voyage, ou des jeunes migrants),
 - ou quand les jeunes décrivent leur malaise dans les relations aux pairs ou leur peur des interactions avec les autres jeunes (ils peuvent alors évoquer « *la timidité* », « *le stress* », « *l'impression de déranger* », les « *difficultés à s'intégrer* », etc.);
- La culpabilité (36 jeunes), cet indicateur étant considéré présent quand les jeunes déclarent explicitement se sentir coupables.

Nous considérons qu'il donne accès à l'expérience du désajustement entre la perception de soi et les attentes sociales, dans la mesure où dans le discours des jeunes, la culpabilité peut être associée à leurs comportements (par exemple ne plus aller à l'école, trop manger, ne pas vouloir sortir avec ses amis, ou encore s'être bagarré) ou aux répercussions de leurs comportements sur leur entourage (par exemple un jeune dont les parents sont convoqués au collège en raison de son manque de travail scolaire, ou encore un jeune dont les parents sont inquiets de la consommation de cannabis), à leurs pensées (par exemple vouloir mourir) ou à leurs émotions (par exemple être en colère ou avoir peur).

Notons que, de façon plus large, cet indicateur donne accès à l'expérience du rapport négatif à soi, puisque la culpabilité est aussi associée dans le discours des jeunes, ponctuellement, aux événements qui surviennent dans la vie de leur entourage (par exemple quand les jeunes se sentent responsables et coupables de la migration de leurs parents, des maladies des membres de la famille, ou des séparations parentales) ou encore à des violences sexuelles subies ;
- Les difficultés à se motiver, se projeter et réussir dans sa scolarité (151 jeunes).

Les informations relatives au rapport négatif à soi dans le monde scolaire sont nombreuses et hétérogènes dans notre corpus. Elles sont regroupées dans cette catégorie, associant la faiblesse ou l'absence de motivation, de projection et de réussite à l'école, pour en améliorer la pertinence statistique.

Cet indicateur est alors considéré présent quand :

- les dossiers évoquent les difficultés des jeunes à « *aller à l'école* » (il peut s'agir de la description de la peur ou de traductions somatiques la veille ou le matin avant de partir en cours, ou de jeunes qui disent simplement leur absence d'envie de se rendre au collège ou au lycée),
- les dossiers décrivent explicitement la « *baisse de motivation* », la « *démotivation* » ou la « *faible motivation* » scolaire,
- les dossiers citent explicitement les « *difficultés à se concentrer* », les « *problèmes d'attention* » ou les « *troubles de la concentration* » (qui sont alors systématiquement associés au quotidien scolaire),
- les dossiers décrivent les difficultés des jeunes à se mettre aux devoirs ou citent explicitement le « *travail scolaire insuffisant* » ou le « *manque de travail* »,
- les jeunes disent qu'ils ne comprennent pas l'intérêt de l'école, qu'ils y vont parce qu'il faut y aller, le plus souvent sans plaisir,
- les jeunes se plaignent du quotidien en classe (soit parce qu'ils s'ennuient, soit en raison du bruit et de l'agitation),
- les jeunes n'arrivent pas à définir les prochaines étapes de leur scolarité (à se projeter dans l'après collège ou l'après baccalauréat par exemple) alors que le système scolaire ou les parents leur demandent de choisir leur orientation,
- les jeunes anticipent, se plaignent ou ont peur d'une situation d'échec lors des évaluations scolaires (notes, examens, candidatures dans des établissements),
- ils décrivent leur niveau scolaire comme inadapté aux attentes de l'école ou aux attentes de performance et de réussite portées par leurs parents,
- ou l'orientation souhaitée a été refusée (le plus souvent en lien avec leurs résultats scolaires) et les jeunes sont assignés dans des filières qui ne leur plaisent pas.

De multiples informations sont regroupées dans la construction de ces indicateurs. Seuls les deux qui rassemblent au moins 20 % des jeunes de notre corpus sont présentés (les trois autres étant mobilisés ponctuellement), dans la mesure où la perception négative de soi et les difficultés à se motiver, se projeter et réussir dans la scolarité donnent accès à l'expérience sociale de la souffrance associée au rapport négatif à soi.

L'expérience spécifique des jeunes pris en charge à la MDA semble ainsi suggérer, plus largement, que l'adolescence est une période de la vie particulièrement concernée, d'une part, par la présentation négative de soi, quand les jeunes se décrivent eux-mêmes de façon négative ou qu'ils ont du mal à se définir et, d'autre part, par les enjeux de réussite scolaire et la question du sens donné à l'expérience scolaire.

	Effectifs	Fréquence	
Perception négative de soi	87	28,8 %	
Apathie et questionnements identitaires	55	18,2 %	
Sentiment d'être différent des pairs du même âge	31	10,3 %	
Culpabilité	36	11,9 %	
Difficultés à se motiver, se projeter, réussir dans la scolarité	151	50,0 %	
Cumul des indicateurs du rapport négatif à soi	Au moins un	206	68,2 %
	Au moins deux	109	36,1 %
	Les trois	38	12,6 %

TABLE 12 – Répartition des indicateurs de la souffrance associée au rapport négatif à soi

Champ : Corpus des dossiers de jeunes de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

Les analyses sont donc centrées sur ces deux dimensions de la souffrance dans le rapport négatif à soi. Nous nous appuyons sur l'enquête UNICEF France analysée par Serge PAUGAM [2014], qui mobilise lui aussi largement ces deux thématiques pour analyser la souffrance. David LE BRETON [2007] considère lui aussi que la question du sens (que nous associons à notre indicateur de l'apathie et des questionnements identitaires) et de la valeur (que nous associons à notre indicateur de la perception négative de soi) sont explicatifs de l'expérience juvénile de la souffrance.

8.2.1 La perception négative de soi

En préambule, il faut préciser que notre modèle théorique nous écarte des propositions de catégorisation par Serge PAUGAM, qui analyse les « *dimensions de la souffrance* »¹⁰ – dans les termes de notre recherche, il s'agirait d'expériences psychiques et sociales de la souffrance.

Il liste ainsi cinq dimensions : les difficultés familiales, l'expérience de la discrimination, l'expérience du harcèlement, l'insécurité et l'angoisse à l'école, la souffrance psychologique. Pour Serge PAUGAM, les quatre premières dimensions sont « *des formes de souffrance que l'on peut relier à des problèmes relatifs à la vie sociale en général* ». Il considère que la dernière – la souffrance psychologique – « *se définit dans un rapport à soi, [mais] elle peut aussi être expliquée par des causes sociales* ».

¹⁰ PAUGAM, 2014, pp.20-30. Les citations en italique et entre guillemets dans ce paragraphe et les suivants sont plus précisément issues du chapitre dédié à la « souffrance psychologique », considérée comme une des « dimensions de la souffrance » [pp.27-30]

Dans son modèle d'analyse de cette souffrance psychologique, il construit donc trois nouvelles « *dimensions qui caractérisent une forme de souffrance psychologique* », que nous considérons quant à nous, pour l'une, comme un indicateur de l'expérience psychique de la souffrance – la tristesse – et, pour les deux autres, comme des indicateurs de l'expérience sociale de la souffrance – la perception négative de soi, qu'il nomme « *perte de confiance en soi* » et l'apathie, qu'il définit comme le fait de « *ne plus avoir goût à rien* ».

Dans notre recherche, la perception négative de soi, comme l'apathie (à laquelle nous associons quant à nous les questionnements identitaires) ne sont pas des indicateurs de la souffrance psychique, mais des indicateurs de l'expérience sociale de la souffrance associée au rapport négatif à soi.

Certes, Serge PAUGAM considère que la souffrance qu'il nomme psychologique relève aussi du rapport à soi. Mais contrairement à la conceptualisation de la souffrance sociale proposée par Emmanuel RENAULT [2008], il postule qu'elle peut exister « *sans médiation sociale directe* » et qu'elle s'apparente à un état qualifié « *habituellement de dépressif* ».

Cette distinction théorique entre les deux chercheurs est l'occasion de rappeler la complexité de la définition des expériences de la souffrance.

Ces deux auteurs sont mobilisés dans la construction de notre modèle conceptuel, Emmanuel RENAULT à titre de référence principale, pour analyser les expériences de la souffrance pour les jeunes de notre corpus et Serge PAUGAM à titre de référence complémentaire, pour affiner la compréhension des résultats de la recherche et en particulier pour envisager des spécificités dans l'expérience juvénile de la souffrance.

Toutefois, l'exemple de la perception négative de soi, comme celui de l'apathie, montrent que des données peuvent être catégorisées par l'un comme des indicateurs de la souffrance sociale et par l'autre comme des dimensions de la souffrance psychologique. Ailleurs et avec encore d'autres auteurs, d'autres données sont catégorisées comme des indicateurs de la souffrance physique pour les uns, comme des indicateurs de la souffrance dans les interactions pour les autres et pour d'autres encore, ils ne sont pas associés à l'expérience de la souffrance (par exemple avec les comportements violents dont les jeunes sont auteurs).

Nous affirmons notre choix de catégoriser la perception négative de soi comme un indicateur de l'expérience sociale de la souffrance, plus précisément de la souffrance associée au rapport négatif à soi. Non seulement parce que nous mobilisons de façon

prioritaire, pour l'ensemble de nos indicateurs, la conceptualisation de la souffrance sociale telle qu'elle est proposée par Emmanuel RENAULT, mais aussi parce que cette catégorisation a pris tous son sens dès la phase exploratoire de notre recherche.

Dans les récits des souffrances prises en charge à la MDA, la perception négative de soi se présente d'emblée et massivement comme un élément caractéristique de la présentation de soi. Dans leurs interactions avec les professionnels, un nombre non négligeable de jeunes se décrivent négativement, ils citent leurs faiblesses, leurs manques ou leurs incapacités quand ils évoquent leurs expériences psychiques, physiques ou sociales de la souffrance. Les dossiers retranscrivent ainsi de nombreuses formulations telles que :

« Je suis nul » ; « je n'ai aucun intérêt » ; « je voudrais changer de personnalité » ; « je n'y arriverai pas » ; « je ne suis pas intéressante » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

La perception négative de soi apparaît dans les discours des jeunes comme un invariant, qui fait partie du décor et sur lequel les jeunes n'ont pas de prise. Elle semble donc faire partie du contexte des interactions quotidiennes et amplifier les autres expériences de la souffrance, tout en se nourrissant de ces mêmes expériences.

Les jeunes qui se dévalorisent s'inscrivent ainsi, bien souvent, dans un mouvement qui fonctionne comme un cercle vicieux : quelle que soit l'expérience psychique, physique ou sociale de la souffrance vécue, elle peut générer un regard négatif et dépréciatif du jeune sur lui-même, cette dévalorisation peut à son tour amplifier la souffrance initiale et lui permettre de perdurer, renvoyant au jeune l'inefficacité de ses éventuelles tentatives pour aller mieux, ce qui renforce encore sa dévalorisation. Même quand les jeunes se disent entourés de façon bienveillante par la famille ou leurs pairs, ils n'accordent pas de crédit à leurs tentatives de valorisation. Les discours des jeunes laissent ainsi penser qu'ils sont convaincus d'être des individus de faible valeur, incapables de mener à bien leurs projets, même quand leur entourage les assure du contraire.

Ces types de récits de souffrance nous ont d'emblée conforté dans la catégorisation de la perception négative de soi comme un indicateur de l'expérience sociale de la souffrance associée au rapport négatif à soi. Non seulement ces jeunes associent leurs souffrances à un discours dévalorisant sur eux-mêmes, dans leurs interactions avec leur entourage ou avec les professionnels de la MDA, mais ce regard négatif porté sur eux semble aussi limiter leurs perspectives de réussir leur vie.

La perception négative de soi se constitue alors en facteur social positif de la souffrance, dans la mesure où elle confronte les jeunes à la difficulté, voire à l'impossibilité, de répondre aux injonctions sociales d'épanouissement et de réalisation de soi.

Avec cette occasion de discussion quant à la construction des indicateurs, d'autres remarques peuvent être faites quant à la catégorisation des informations recueillies dans les dossiers de la MDA.

Même à partir du modèle conceptuel proposé et détaillé par Emmanuel RENAULT [2008], la grande diversité des données recueillies n'a pas toujours facilité cette démarche. En effet, même quand la catégorisation des données pourrait paraître évidente, leur définition en tant qu'indicateur – regroupant un effectif suffisant d'informations et donnant accès à une expérience de la souffrance ou à une autre – a souvent nécessité la relecture des auteurs de référence.

L'exemple de la solitude des jeunes, que nous avons considérée comme un indicateur de la faiblesse des appuis sociaux, est emblématique des questionnements que nous avons dû trancher tout au long de la recherche. La faiblesse ou l'absence des réseaux de sociabilité n'est pas mobilisée en tant que telle par Emmanuel RENAULT. Nous avons été d'abord tenté de la catégoriser comme un indicateur de la souffrance dans les interactions, l'envisageant alors comme la modalité « absence » de cette expérience de la souffrance dans le rapport au monde. Le retour au chapitre consacré au « contenu de la souffrance » [RENAULT, 2008, pp.307-324] – précisant les contours des souffrances psychiques, physiques et sociales – a permis de régler quelques-unes de ces difficultés. Ici, pour la solitude, nous avons considéré que l'absence d'amis consiste bien en une faiblesse des appuis sociaux de l'existence pour affronter les expériences de la souffrance.

Néanmoins, ces distinctions théoriques entre nos auteurs de référence et les multiples décisions que nous avons été amenée à prendre pour construire la grille d'analyse des données permettent de rappeler le caractère complexe et protéiforme des expériences de la souffrance et le caractère enchevêtré et imbriqué des indicateurs construits pour la repérer. Ces constructions sont des opérations menées pour la recherche, qui tente de comprendre et analyser ces expériences juvéniles. Elles sont donc nécessairement des opérations intellectuelles qui servent à penser la souffrance, alors que la souffrance est une expérience le plus souvent à la fois psychique, physique et sociale, avec des configurations variables d'un individu à l'autre et parfois aussi variables dans le temps pour un même individu.

Dans l'enquête analysée par Serge PAUGAM pour UNICEF France [2014], la perte de confiance en soi – que nous considérons relativement proche de notre indicateur « perception négative de soi » – est corrélée de façon significative avec plusieurs variables sociodémographiques, notamment avec la situation conjugale des parents, le sexe et l'âge. Cette enquête nationale de grande ampleur (pour rappel, 11 232 enfants et adolescents ont participé, dont 7 005 adolescents âgés de 12 à 18 ans) montre ainsi que les enfants et adolescents vivant en famille monoparentale ou en famille recomposée ont moins confiance en eux que ceux qui vivent avec leurs deux parents, les filles étant nettement plus concernées que les garçons et le manque de confiance en soi augmentant selon l'âge pour atteindre son maximum dans la tranche des 15 ans et plus.

Dans notre corpus, ces tendances ne sont pas retrouvées, à l'exception de l'âge. C'est aussi à l'âge du lycée, entre 15 et 17 ans, que les jeunes pris en charge à la MDA décrivent le plus leur perception négative d'eux-mêmes. Cependant, dans notre corpus, filles et garçons sont concernés sans distinction et il n'existe pas de corrélations significatives entre la perception négative de soi et la configuration familiale, les jeunes qui se définissent négativement se répartissant équitablement entre les enfants de parents en couple, séparés ou en nouvelle union.

Les pratiques de recours à la MDA donnent d'autres indications pour comprendre l'expérience sociale de la souffrance associée au rapport négatif à soi :

- les motifs de la venue (que les jeunes viennent seuls ou qu'ils soient amenés par leur famille) montrent que, certes, les jeunes qui se dévalorisent viennent avant tout parler de leurs émotions négatives (pour trois de ces jeunes sur cinq, avec $p\text{-value} < 0,0001$), mais aussi que, d'emblée, ils se décrivent eux-mêmes de façon négative (pour presque un jeune sur trois ; avec $p\text{-value} < 0,005$) ;
- pour ces jeunes, les pères sont significativement présents à la première venue (pour un jeune concerné sur quatre, avec $p\text{-value} < 0,05$) ;
- de façon très significative, ces jeunes acceptent des prises en charge longues à la MDA, avec différents professionnels (la moitié des jeunes concernés viennent au moins cinq fois et presque la moitié des jeunes rencontrent leur référent socioéducatif ainsi qu'un professionnel du psychisme, avec $p\text{-value} < 0,0001$).

La perception négative de soi semble ainsi faire réagir les parents – et de façon notable les pères – qui sollicitent une aide professionnelle pour leurs adolescents qui manquent de confiance en eux et qui se dévalorisent. Ces jeunes sont alors nombreux

à accepter, même si c'est bien souvent avec une forme de fatalisme et une absence d'opposition, des prises en charge longues avec plusieurs professionnels. Dans un contexte social où l'épanouissement, la réalisation de soi et la confiance en son avenir sont valorisés comme des compétences personnelles, les jeunes qui n'y arrivent pas inquiètent leur entourage et semblent avoir intériorisé leurs difficultés à répondre aux attentes familiales et sociales comme un échec personnel.

D'ailleurs, la perception négative de soi est également associée de façon massive et très significative aux expériences psychiques (presque neuf jeunes concernés sur dix, avec $p\text{-value} < 0,0001$) et physiques (plus de neuf jeunes concernés sur dix, avec $p\text{-value} < 0,0005$) de la souffrance. Ces jeunes ont peur, la majorité sont tristes, un nombre non négligeable d'entre eux pensent à la mort, la plupart somatisent et quelques-uns se sentent mal dans leurs corps.

Les différences de tendances entre notre corpus et celui de l'enquête UNICEF France semblent pouvoir s'expliquer par les différences de profil entre les jeunes enquêtés. Si nous considérons des indicateurs susceptibles d'informer sur les conditions matérielles de vie, dans notre corpus, les jeunes dont les parents ne travaillent pas, les jeunes dont les parents sont ouvriers, ou encore les jeunes qui vivent dans des quartiers populaires sont faiblement représentés. Or, l'enquête nationale menée par UNICEF France auprès d'un panel plus diversifié¹¹ montre que les enfants et les adolescents vivant dans des situations de privation ou dans des quartiers insécurisants sont plus exposés à toutes les dimensions de la souffrance psychologique décrite par Serge PAUGAM.

Alors, si notre corpus ne renseigne pas sur les inégalités sociales dans le rapport négatif à soi, il permet d'accéder plus finement à l'expérience, peut-être particulière, des jeunes majoritairement issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale qui demandent de l'aide à la MDA.

Dans ce contexte social spécifique, les garçons se dévalorisent autant que les filles, de même que les jeunes dont les parents vivent en couple autant que ceux dont les parents sont séparés. Quand les jeunes se présentent en énonçant leurs défauts, leur

¹¹ Cette enquête nationale n'est pas représentative de la population générale, mais elle recherche « *la plus grande significativité statistique possible (...), 33 territoires ont été sélectionnés (...) répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain et représentent une très grande diversité en termes de taille, de caractéristiques sociodémographiques, de tissu économique et d'orientation politique. (...) Le choix s'est porté sur un certain nombre de collectivités amies des enfants partenaires de l'UNICEF France mais aussi (...) sur des établissements scolaires et des associations en dehors de ce dispositif* », In PAUGAM, 2014, pp. 4-5

faible valeur ou leurs incompétences, la perception négative de soi apparaît alors comme un problème, qui inquiète l'entourage et qui est perçu comme nécessitant une prise en charge spécialisée.

Les travaux de David LE BRETON [2007] donnent eux aussi des indications quant à l'expérience de la souffrance associée au rapport négatif à soi. Pour lui, la souffrance à l'adolescence repose essentiellement sur la quête de sens (que nous considérons prise en compte avec notre indicateur « apathie et questionnements identitaires »), qu'il associe à la quête juvénile de donner une valeur à sa vie (que nous considérons proche de notre indicateur « perception négative de soi »). Pour lui, « *malgré ses disparités, ses individualités, la jeunesse qui nous intéresse ici possède une spécificité, elle est en souffrance, c'est-à-dire suspendue entre deux mondes dans une quête de sens et de valeur* » [Ibid., p.13].

Dans la société contemporaine, la construction identitaire – au prisme de la construction du sens et de la valeur donnés à sa vie – procède selon David LE BRETON d'une épreuve individuelle et solitaire. Il affirme que les jeunes sont désormais livrés à eux-mêmes dans cette épreuve, nécessaire à l'inscription des individus dans le monde social [Ibid., pp.27-60]. Il analyse alors la souffrance juvénile presque exclusivement sous cet angle identitaire, la quête de sens représentant pour lui l'élément fondamental de l'expérience de la souffrance à l'adolescence. Dès l'introduction de son ouvrage, il souligne ainsi que si les significations et les valeurs font défaut pour orienter son existence, « *l'individu est livré au désarroi ou à la peur. Et particulièrement le jeune* » [Ibid., p.16]. Effectivement dans notre corpus, la perception négative de soi, ainsi que l'apathie et les questionnements identitaires, sont très significativement corrélés avec l'expérience de la peur (plus de la moitié des jeunes sont chaque fois concernés, avec $p\text{-value} < 0,005$).

Si nous ne pouvons qu'adhérer à cette thèse, nous voulons toutefois souligner des divergences dans l'analyse de ses implications.

Pour David LE BRETON, la quête de sens explique quasiment à elle seule les souffrances psychiques et les comportements dangereux, que sont notamment pour lui les violences agies, les troubles alimentaires ou les tentatives de suicide. Pour lui, c'est justement quand les jeunes sont confrontés « *à l'insaisissable de soi et du monde* » [Ibid., p.22] qu'ils s'inscrivent dans des « conduites à risque » – conduites qui sont en réalité l'objet central de ses analyses. Nous avons montré, quant à nous, que les souffrances psychiques vécues par les jeunes de notre corpus sont associées à bien d'autres formes d'expériences sociales de la souffrance.

Certes, nos analyses montrent à leur tour que les expériences psychiques et physiques de la souffrance sont des expériences significativement corrélées à la perception négative de soi et à l'apathie ou aux questionnements identitaires. Néanmoins, dans notre corpus et contrairement aux analyses de David LE BRETON, les corrélations sont inexistantes avec les comportements violents et les tentatives de suicide et elles sont faibles en ce qui concerne les diagnostics de trouble du comportement alimentaire. Les jeunes qui viennent à la MDA ne semblent donc pas décider activement de se mettre en danger ou de mettre en danger les autres. Ils sont bien davantage concernés par des expériences incontrôlées de la souffrance, tant psychiques (avec les émotions et les pensées macabres) que physiques (avec les somatisations, les problèmes de sommeil et l'investissement négatif du corps dans les interactions). Cette absence de contrôle joue d'ailleurs vraisemblablement un rôle dans la présentation résignée de soi comme un individu de moindre valeur.

Par ailleurs, pour les jeunes de notre corpus, il est frappant que la perception négative de soi, comme l'apathie et les questionnements identitaires, sont significativement corrélés au cumul de toutes les expériences, psychiques, physiques et sociales de la souffrance¹² (avec *p-value* < 0,0001). Ce cumul concerne chaque fois plus de la moitié des jeunes qui décrivent la vacuité de leur existence, qui n'arrivent pas à se définir ou qui se définissent de façon négative. La plupart de ces jeunes n'arrivent pas à réguler leurs émotions négatives, ils ont envie de mourir, leur corps échappe à leur contrôle, ils n'arrivent pas à se motiver dans leur scolarité, ils anticipent l'échec scolaire, ils sont seuls et ils font l'expérience du mépris social et de la stigmatisation.

Dans les discours de ces jeunes quand ils demandent de l'aide à la MDA, les questions relatives aux capacités de définir sa vie, de lui accorder une valeur positive et de se réaliser apparaissent donc comme une préoccupation importante.

¹² Nous considérons que les jeunes cumulent toutes les expériences psychiques, physiques ou sociales de la souffrance, quand sont présents :

- au moins un indicateur des souffrances psychiques (tristesse, peur, pensées macabres, et/ou colère);
- et au moins un indicateur des souffrances physiques (atteintes corporelles, somatisation, et/ou investissement négatif du corps dans les interactions);
- et au moins un indicateur de la faiblesse des appuis sociaux de l'existence (faiblesse de la protection dans le lien de filiation, perte d'un autrui significatif, et/ou solitude);
- et au moins un indicateur du rapport négatif à soi (perception négative de soi, apathie et questionnements identitaires, sentiment d'être différent des pairs du même âge, culpabilité, et/ou difficultés à se motiver, se projeter et réussir dans la scolarité);
- et au moins un indicateur de la souffrance dans les interactions (conflictualité dans les interactions familiales, expérience du mépris social, et/ou retrait de la scène sociale)

Dans les motifs énoncés de la venue, les dossiers retranscrivent ainsi des formulations telles que :

« A peu confiance en elle, a envie de tout laisser tomber, se donne zéro sur l'échelle du moral, n'a pas d'énergie pour faire les choses, ne s'aime pas » ; « je ne suis motivé par rien » ; « je suis perdue dans mon avenir et mes choix, j'ai souvent tendance à "baisser les bras" » ; « de manière générale, elle fait parce qu'il faut faire, exprime peu de plaisir ou d'envie à tout » ; « je sens que des choses ont changé en moi, je me suis bloqué, je ne sais plus où j'en suis, je me demande si je suis devenu une mauvaise personne » ; « je n'ai pas de passion, je n'en ai jamais eu, je fais mes choix par défaut, je ne sais pas ce que je pense vraiment et ce qui me fait envie, j'aime tout et rien, je suis raisonnable, obéissante, il manque un sens à ma vie » ; « je ne me sens pas bien, je suis vide » ; « faible estime de soi et nombreux propos auto dépréciatifs, des idées en boucle : au niveau de l'avenir » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

Le rapport négatif à soi est bien souvent associé aux difficultés à répondre aux attentes sociales relatives à la scolarité, qui peuvent donc à leur tour être considérées comme un facteur social positif de la souffrance.

8.2.2 Ne pas être le bon élève attendu : difficultés à se motiver, se projeter, réussir dans sa scolarité

Le rapport négatif à soi dans le monde scolaire est ainsi largement représenté dans les dossiers de prise en charge à la MDA (sur l'ensemble du corpus, la moitié des jeunes sont concernés). Il est aussi majoritaire parmi les autres indicateurs de l'expérience de la souffrance associée au rapport négatif à soi (parmi les jeunes concernés, trois jeunes sur quatre font l'expérience du rapport négatif à soi dans la scolarité).

La sociologie de l'éducation a déjà montré que l'école *« donne de l'assurance aux uns et affaiblit les autres »* [MABILON-BONFILS, 2011]. Avec l'enquête UNICEF France, Serge PAUGAM¹³ confirme cette tendance et montre que la scolarité peut être l'occasion d'expérimenter la souffrance, quand les adolescents (ainsi que les enfants, puisque l'enquête était menée auprès de jeunes âgés de 6 à 18 ans) ressentent *« une pression excessive sur leurs résultats et donc sur leur réussite »*.

¹³ Dans ce paragraphe et les suivants, l'ensemble des citations en italique et entre guillemets, des chiffres ou des corrélations relatives aux analyses des souffrances associées à l'expérience scolaire dans cette enquête sont issus de : PAUGAM, 2014, pp.25-26

Serge PAUGAM analyse ces souffrances dans le monde scolaire au prisme de l'expérience de la discrimination. Il considère que les souffrances d'école¹⁴ s'inscrivent dans le contexte élitiste et compétitif du système scolaire français, qui « *instaure une hiérarchie entre les élèves et discrimine de fait les mauvais élèves* ». Effectivement dans notre corpus, les questions de motivation ou de projection dans la scolarité et les enjeux de réussite scolaire sont significativement corrélés avec les mauvais résultats scolaires ou la baisse de ces résultats¹⁵ (qui concernent près de deux jeunes sur cinq, en difficulté pour se motiver, se projeter ou réussir à l'école).

Pour Serge PAUGAM, le contexte de la compétition scolaire est également source de souffrance psychique. En particulier, dans l'enquête UNICEF France, la pression pour réussir génère de l'angoisse pour un nombre important de jeunes (45 %).

Cette tendance est aussi repérable dans l'ensemble de notre corpus, mais elle est nettement moins massive, la peur de l'échec ou l'anticipation des échecs dans les examens scolaires¹⁶ concernant seulement 13 % des jeunes dans notre enquête.

Avec notre corpus particulier – majoritairement composé de jeunes dont au moins l'un des deux parents travaillent, dans des métiers catégorisés comme des professions intermédiaires ou des fonctions de cadre et des professions intellectuelles supérieures – il apparaît que les enjeux de performance scolaire sont beaucoup moins présents que dans la population aux caractéristiques sociodémographiques diversifiées de l'enquête UNICEF France (plus de trois fois moins).

Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse avancée par Serge PAUGAM, à partir des inégalités sociales confirmées à l'école, quand il suppose que les enfants en difficulté en dehors de l'école « *ont intériorisé à la fois l'importance de l'école pour améliorer leur situation et préparer leur avenir, et qu'ils font en même temps l'expérience de*

14 Nous empruntons cette formulation à Matthias MILLET [2007] qui analyse l'expérience des collégiens de milieux populaires en ruptures scolaires

15 L'indicateur « faiblesse ou baisse des résultats scolaires » est considéré présent quand :

- le niveau scolaire est inférieur à la moyenne
- le niveau scolaire est décrit négativement par le jeune (ou la famille ou les professionnels) (on trouve alors dans les dossiers des formulations telles que « nul », « mauvais », « ne comprend rien », « est perdu »)
- ou les résultats scolaires ont connu ou connaissent encore une baisse (quel que soit le niveau scolaire)

16 L'indicateur « enjeu de performance scolaire et peur de ne pas y arriver » est considéré présent quand :

- les jeunes anticipent, se plaignent ou ont peur d'une situation d'échec lors des évaluations scolaires (notes, examens, candidatures),
- ou les jeunes décrivent leur niveau scolaire comme inadapté aux attentes de l'école ou aux attentes de performance et de réussite portées par leurs parents

leurs difficultés à atteindre le même niveau que les autres enfants et adolescents, dans un contexte où ils se sentent bien moins préparés à cette compétition ».

Plusieurs nuances quant aux inégalités sociales dans les souffrances d'école nous semblent néanmoins devoir être apportées.

D'abord, si nous considérons l'ensemble de notre corpus, les difficultés à se motiver, à se réaliser et à réussir à l'école concernent la moitié des jeunes. Parmi ces jeunes, la moitié ressentent de la peur.

Même si cette émotion n'est pas toujours associée dans leur discours à la scolarité, la corrélation très significative (avec $p\text{-value} < 0,0005$) entre le rapport négatif à soi dans le monde scolaire et l'expérience de la peur n'est sans doute pas à négliger – d'autant plus que les jeunes concernés par ces deux expériences (77 jeunes) sont alors majoritairement des filles, lycéennes, dont les deux parents travaillent, dans des métiers équitablement répartis entre les employés, les professions intermédiaires et les cadres et professions intellectuelles supérieures. Si ces tendances statistiques ne permettent pas d'affirmer pour ces jeunes que la peur est générée par le monde scolaire, force est de constater que le milieu social ne semble pas toujours les protéger.

Un autre élément semble essentiel : les questions de motivation et de sens donné à la scolarité sont les plus représentées parmi les jeunes qui font l'expérience du rapport négatif à soi dans le monde scolaire.

En croisant les résultats de l'enquête UNICEF France et ceux de notre enquête, il apparaît que l'expérience de la souffrance associée au rapport négatif à soi dans le monde scolaire est socialement située. Elle se joue différemment selon les conditions de vie des jeunes. Plus les jeunes vivent dans des quartiers insécurisants, dans des conditions de privation matérielle voire de précarité, plus souvent ils ont peur de ne pas y arriver assez bien. Plus les jeunes vivent dans des familles, où les parents travaillent, dans des métiers relativement valorisés, plus les questions de motivation et de sens donné à l'école sont présentes.

Dans l'expérience scolaire des jeunes de notre corpus, ces questions de motivation et de sens deviennent centrales en particulier au moment du passage au lycée, avec la classe de seconde. Plus de deux jeunes sur cinq, concernés par les difficultés à se motiver, se projeter ou réussir dans la scolarité, sont ainsi scolarisés en lycée général (la corrélation est significative avec $p\text{-value} < 0,005$) et plus d'un jeune sur quatre sont scolarisés en seconde (avec $p\text{-value} < 0,05$).

Le passage au lycée – en particulier la classe de seconde – est caractérisé par les choix d'orientation, annoncés comme déterminants pour la suite de la scolarité¹⁷ et supposés décisifs pour l'avenir professionnel. Ainsi, malgré le déclin de l'efficacité de certains titres scolaires pour l'accès à l'emploi, l'obtention des diplômes reste un enjeu important, en particulier dans le monde familial. La génération des parents n'a pas abandonné toutes ses représentations quant à l'utilité des diplômes supérieurs en matière d'insertion professionnelle future, les parents des classes moyennes étant nombreux à craindre le déclassement [CHAUVEL, 2012 ; DOAZAN, ECKERT, 2014].

À cette étape décisive de l'entrée au lycée, en tout cas aux yeux des parents et du monde scolaire, il apparaît que tous les jeunes ne répondent pas aux attentes sociales relatives à la « bonne » attitude d'élève. Vouloir apprendre et développer ses compétences, avoir la capacité de se projeter dans l'avenir et de se fixer des objectifs à moyen et long terme, ou encore avoir la capacité de développer des stratégies pour atteindre ces objectifs ne sont pas des appétences ou des talents évidents pour tous les jeunes. La situation sociale et professionnelle des parents joue alors un rôle majeur, mais apparemment paradoxal. Dans notre corpus, les questions de faible motivation et de difficultés à donner un sens à la scolarité sont ainsi significativement corrélées avec le fait qu'au moins un des deux parents travaille (avec *p-value* < 0,005, pour 60 % des jeunes concernés, il s'agit alors du père). En outre, pour presque un jeune sur deux, au moins l'un des parents exerce un métier catégorisé comme profession intermédiaire ou comme cadre ou profession intellectuelle supérieure (Pcs 3 : 28 % des jeunes concernés ; Pcs 4 : 21 %).

Les travaux de Louis CHAUVEL [2012] relatifs à la « *peur des classes moyennes* » donnent des pistes pour mieux comprendre ces attentes familiales à l'égard des performances scolaires et l'expérience de la souffrance pour les jeunes de notre corpus qui n'y répondent pas. Il montre que la progression du pouvoir d'achat est restée nulle pour les classes moyennes depuis la fin des années 2000 (notamment parce qu'elles se sont davantage endettées pour acheter leur logement) et elles sont désormais moins protégées du chômage et du déclassement. Les classes moyennes sont alors particulièrement concernées par la dévalorisation sociale des diplômes, qui restent nécessaires mais ne permettent plus à eux-seuls de maintenir leurs enfants au même niveau social que celui de leurs parents.

¹⁷ Le ministère de l'Éducation nationale présente ainsi la seconde comme « *une classe de détermination qui permet de préparer le choix d'une série en première* » (voir la page internet consacrée aux programmes scolaires : <https://www.education.gouv.fr/programmes-scolaires-41483>)

Le risque de déclassement social des enfants par rapport à leurs parents semble donc imprégner non seulement le quotidien des individus des classes moyennes, mais les résultats de nos analyses semblent indiquer qu'il préoccupe aussi leurs enfants, en particulier quand ils sont adolescents. Ainsi, dans notre corpus, plusieurs jeunes ont peur de ne pas « y arriver », ou de moins bien réussir que leurs parents avant eux (40 jeunes sont concernés par les enjeux de performance scolaire ou la peur de ne pas avoir le niveau attendu).

Il n'est alors pas anodin de constater que la faiblesse ou l'absence de motivation, de projection ou de réussite dans la scolarité est significativement corrélée avec la conflictualité dans les interactions entre les jeunes et les parents (qui concerne plus de la moitié des jeunes qui font l'expérience du rapport négatif à soi dans le monde scolaire, avec *p-value* < 0,005). En considérant que les jeunes ont une conscience fine des possibles et des difficultés qu'ils seront susceptibles de rencontrer dans l'avenir, notamment professionnel, alors les conflits avec les parents peuvent être compris comme le signe d'une incompréhension entre, d'une part, les représentations parentales de l'importance des diplômes et, d'autre part, l'expérience juvénile de l'incertitude quant aux possibilités de se réaliser grâce à l'école.

Outre les comportements d'opposition (quand les jeunes n'hésitent pas à entrer en conflit avec leurs parents sur les questions scolaires), d'autres réactions juvéniles apparaissent quand les jeunes font l'expérience du rapport négatif à soi dans le monde scolaire. La faiblesse ou l'absence de motivation, de projection ou de réussite dans la scolarité est ainsi également corrélée, d'une part, avec les absences scolaires¹⁸ (avec *p-value* < 0,005) et, d'autre part, avec les comportements scolaires déviants¹⁹ (avec *p-value* < 0,01).

Les comportements d'opposition, de fuite (avec les absences) ou de déviance au comportement d'élève semblent alors relever des pratiques de refus de l'insupportable

¹⁸ L'indicateur des « absences scolaires » est considéré présent quand les dossiers indiquent des absences scolaires ponctuelles ou de longues périodes de déscolarisation. Par exemple, certains jeunes décrivent leurs retards et absences à certains cours en début de semaine, d'autres décrivent leur déscolarisation totale depuis plusieurs mois (22 jeunes sont ainsi concernés par des absences d'au moins plusieurs semaines)

¹⁹ L'indicateur des « comportements scolaires déviants » est considéré présent quand :

- les dossiers décrivent les « bavardages », « l'insolence », les conduites « turbulentes » qui « dérangent la classe »,
- les jeunes s'endorment, dessinent ou chantent en classe,
- ou les dossiers citent les « problèmes de comportement » et autres « problèmes de discipline » ou « irrespect des règles »

décrites par Emmanuel RENAULT. En analysant des exemples de refus, mais aussi des exemples d'adaptation, ou de lutte contre la souffrance (quand il s'intéresse à la souffrance associée à la pauvreté), il souligne en effet que « *la souffrance induite par un contexte social est bien loin d'enfermer nécessairement dans la posture de la victime impuissante* » [RENAULT, 2008, p.109].

Dans un contexte social où la lutte contre le déclassement passe notamment par l'obtention de diplômes – nécessaires même si insuffisants – il n'est pas surprenant que l'expérience sociale du rapport négatif à soi renvoie largement à la scolarité. Ne pas être motivé, ne pas se projeter, ou ne pas réussir à l'école consiste ainsi pour les jeunes de notre corpus à ne pas répondre aux attentes familiales et scolaires.

Une vignette est proposée pour illustrer comment l'expérience sociale de la souffrance associée à la difficulté à se motiver, à se projeter et/ou à réussir dans la scolarité peut s'articuler avec la conflictualité dans les interactions familiales et avec la peur.

Les citations en italique et entre guillemets sont issues des cinq dossiers utilisés pour construire cette vignette et cumulant chacun l'expérience du rapport négatif à soi dans le monde scolaire, la conflictualité dans les interactions entre le jeune et les parents, le motif énoncé de la venue à la MDA étant associé à la peur de ne pas réussir dans sa scolarité.

VIGNETTE 5. ÉTIENNE

ATTENTES FAMILIALES DE RÉUSSITE SCOLAIRE ET PEUR DE NE PAS Y ARRIVER

Garçon, 15 ans, scolarisé en 2^{de} dans un lycée général, ses parents sont divorcés depuis plusieurs années, il vit avec sa mère et son frère un peu plus jeune dans une commune à quelques kilomètres au nord de la ville métropolitaine, il voit son père un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Sa mère est professeur de mathématiques, son père est directeur commercial, son frère est scolarisé au collège.

Ses deux parents l'amènent ensemble à la MDA, sur les conseils d'un ami du père et de l'infirmière du lycée.

Pour expliquer leur venue, les parents disent qu'ils sont « *inquiets quant au mal-être de leur fils* », d'autant plus que « *l'échéance de la fin de l'année scolaire approche* », Étienne a récemment « *fait une crise d'angoisse avant une évaluation scolaire* ». Le jeune se plaint quant à lui des « *tensions avec ses parents autour du quotidien et de la scolarité* » et des « *disputes concernant la scolarité* ».

...

...

PREMIÈRE VENUE À LA MDA

Les thèmes habituels du premier accueil font l'objet de peu de développement.

Interrogé sur son entourage amical, Étienne dit qu'il est « *fourni* ».

Interrogé sur son sommeil, il répond qu'il « *dort bien, même s'il met du temps à s'endormir* ».

Le dossier indique également « *alimentation ok, même si perte d'appétit quand il se sent mal* », « *maux de tête quand il ne va pas bien* ».

Les échanges lors de cette première venue sont presque exclusivement consacrés à l'expérience scolaire d'Étienne.

Il décrit une scolarité au collège difficile, sa mère indique qu'il s'agissait de « *problèmes de comportement (bavardage) et de travail* », Étienne évoque quant à lui une « *difficulté à s'adapter au rythme du collège (changement de classe, prise des devoirs), il n'arrivait pas à noter les devoirs donc conflits à la maison avec sa mère* ».

La famille décrit une « *amélioration des résultats et du comportement en 3^e car prise de conscience de ne pas vouloir être orienté en lycée professionnel* » alors qu'il veut faire une école d'ingénieur. Étienne a fait beaucoup d'efforts et maintenant « *c'est un très bon élève, a fait un excellent 1^{er} trimestre en travaillant beaucoup, faisait partie de la tête de classe* ».

Mais après quelques semaines d'absence au lycée parce qu'il a été opéré, il se sent aujourd'hui complètement dépassé « *la charge de travail perçue est insurmontable, il ne rend plus certains devoirs, ne travaille plus à la maison, ce qui entraîne une baisse des résultats et une anxiété importante* ». Ses parents expliquent qu'ils « *se sentent dépassés par la situation* », sa mère décrit Étienne comme « *un enfant qui se sous-estime, se dévalorise, il a pu dire qu'il voulait mourir dans un moment de tension lors des devoirs* ».

Étienne est reçu seul pour la fin de la consultation, « *il se plaint que sa mère ne fait que parler de l'école sans arrêt, il dit que son père "rabâche beaucoup moins"* ». Le référent socioéducatif note qu'Étienne est « *triste ++ à l'évocation des conflits autour de sa scolarité* ».

Étienne évoque aussi sa peur des évaluations scolaires « *il ne peut pas aller en cours lorsqu'il a des évaluations, il essaie mais traverse des phases de découragement très grandes* ». Il anticipe l'échec et « *ça le met en stress, il préférerait redoubler plutôt que de ne pas rattraper son niveau* ».

Il explique qu'il n'a jamais vraiment « *adoré l'école* », il considère que « *l'école ne convient ni à sa façon d'être, ni à son rythme* ».

À la fin de ce premier accueil, Étienne « *se dit perdu et lassé mais accepte les propositions d'aide* », ses parents demandent « *du soutien sur comment réagir face à la situation scolaire* »

...

...

LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE CINQ CONSULTATIONS
AVEC LE RÉFÉRENT SOCIOÉDUCATIF OU LE PSYCHOLOGUE, SUR UNE PÉRIODE DE SIX MOIS
POUR ÉTIENNE SEUL OU AVEC L'UN ET/OU L'AUTRE DE SES PARENTS

Au fur et à mesure des consultations, la question scolaire reste centrale, tant pour les parents – qui s'inquiètent des difficultés d'Étienne à se mettre au travail et de sa souffrance manifeste dans les périodes où des évaluations scolaires sont prévues – que pour Étienne, qui accepte de rencontrer un psychologue à la MDA « *il reconnaît sa fragilité et accepte un espace de parole* ».

Le dossier indique par exemple que « *madame est inquiète ++* », « *madame est angoissée par l'avenir de son fils* », « les parents se sentent démunis face au mal-être d'Étienne ». Les parents disent « *on irait mieux si Étienne allait mieux* ».

L'inquiétude des parents coexiste avec des conflits, en particulier entre Étienne et sa mère. De manière générale, Étienne préfère éviter le sujet de la scolarité « *bonne relation avec ses parents "si on ne parle pas du scolaire"* », sa mère confirme que « *les conflits avec son fils portent essentiellement sur la scolarité* ».

Parallèlement, « *Étienne ne va pas mieux* », « *il se sent fatigué en permanence* », sa mère dit qu'il « *se ferme* ». Étienne dit qu'il « *arrive à repérer quand il ne va pas bien mais n'arrive pas à ne pas se laisser déborder* », « *il se décrit comme étant très stressé, "en panique"* ». Lors des diverses consultations, le dossier décrit son « *humeur fluctuante* », « *de nombreuses pensées envahissantes qui l'empêchent de rester concentré* ». Étienne dit qu'il « *se sent enfermé dans sa vie* ».

Avant la fin de l'année scolaire, une réunion est organisée au lycée avec les parents, le jeune et les professeurs, Étienne explique que ça ne s'est « *pas bien passé car pas de travail suffisant pour passage en 1^{re}, redoublement de la 2^{de} au lycée général compliqué et non garanti* », il dit que ses parents « *étaient déçus* ».

Dans les semaines qui suivent, Étienne décrit son « *relâchement dans le travail à la maison, démotivation, perte de sens* », alors qu'il « *s'était remis à travailler car ne voulait plus rendre triste sa mère* », « *il va en cours mais ne rend pas les devoirs : se sent mal après* ».

Le dossier commence à évoquer la « *pression scolaire* », les professionnels insistent sur « *l'importance d'aider Étienne à faire baisser la pression qu'il se met* ».

La mère d'Étienne est issue d'un milieu populaire, elle considère comme une « *revanche sociale* » d'avoir « *réussi à devenir professeur* ». À l'issue de plusieurs échanges avec les professionnels de la MDA, ces derniers indiquent des « *échanges riches autour du lien entre son propre parcours professionnel (ascension sociale) et les auto-exigences de performance, ressenties comme inatteignables, par Étienne* ». Lors de la consultation suivante, « *madame dit qu'elle fait un travail sur elle-même, essaye de prendre du recul, mais peut évoquer tout de même des angoisses quant à l'avenir* ».

...

...

Étienne se remobilise, mais il est à nouveau confronté au jugement scolaire négatif, avec la baisse de ses résultats. Ses parents expliquent qu'il « *rate toutes ses évaluations* ». Étienne « *a l'impression que tout ce qu'il fait est de la merde* ». Les devoirs non rendus et les absences aux évaluations recommencent à s'accumuler. Le dossier indique une « *peur de l'échec toujours très présente, sa valeur personnelle dépendant grandement de ses résultats et de sa capacité à rester dans "l'élite"* ». Étienne décrit ce qu'il pense quand il a peur « *je suis nul, je n'y arriverai jamais, les autres y arrivent, si je ne réussis pas je serai déscolarisé, je n'aurai rien à quoi me raccrocher* », « *il faut que je réussisse sinon je ne vauz rien* ».

À la fin de l'année scolaire, le lycée accepte finalement le redoublement. Progressivement, Étienne décrit son « *apaisement* », que sa mère confirme. Étienne « *fait des efforts* », « *il se met au travail seul* », il se dit « *soulagé* ». Le dossier indique « *amélioration de l'humeur* », « *amélioration de la relation avec les parents, pas de conflit* ».

La rentrée scolaire suivante « *se passe bien, Étienne semble très investi dans la scolarité et dans ses centres d'intérêts, il évoque un bon moral et n'exprime aucune plainte particulière* ». La peur de l'échec « *est toujours présente, mais moins envahissante et limitée aux périodes de contrôles, durant le reste du temps le lycée n'est pas anxiogène* ».

La prise en charge se termine et les professionnels de la MDA restent à disposition de la famille et du jeune.

Cette vignette illustre non seulement comment l'expérience juvénile du rapport négatif à soi dans le monde scolaire relève d'une expérience psychique de la souffrance, mais aussi comment elle s'inscrit dans le contexte social contemporain de la compétition et des attentes de réussite.

Qu'elle soit vécue dans le monde scolaire ou inscrite dans la présentation de soi dans les interactions, l'expérience juvénile du rapport négatif à soi – et en particulier l'impossibilité de répondre aux injonctions sociales d'épanouissement et de réalisation de soi – est vraisemblablement renforcée par l'accélération des temps sociaux.

Alors même que l'adolescence est une étape dans un long processus d'individuation, la scolarité est scandée par des choix d'orientation, le développement de la sociabilité est ponctué par la nécessité d'affirmer sa personnalité, ses goûts ou ses engagements et l'accès à l'autonomie est soumis à des avancées dans l'indépendance et l'affirmation de ses choix de vie.

Les adolescents et les jeunes adultes sont pris, comme les adultes, dans cette

accélération du temps. Il faut aller vite, décider rapidement, réussir du premier coup, se relever sans perdre de temps – alors que la souffrance semble souvent agir en suspendant le temps – sous peine non seulement d'échouer à être heureux, mais aussi d'être considérés comme déviants dans un monde où les échecs, comme la réussite, sont associés à la responsabilité individuelle. Les adolescents sont par définition peu expérimentés et moins enclins à la prise de recul face au moment présent. Les échecs ponctuels ou les ralentissements éventuels dans les projets vers une « *vie bonne* » [RENAULT, 2008, p.315] sont donc susceptibles d'être ressentis comme un échec pérenne à se réaliser et à s'intégrer dans le monde.

Le rapport négatif à soi, en tant que difficulté à se définir soi-même et à se réaliser, semble donc constituer une expérience insupportable, renforcée par le rapport au temps, quand les adolescents et les jeunes adultes qui viennent à la MDA ne parviennent pas à se projeter dans un avenir meilleur.

Notons, pour conclure ce chapitre, que dans une autre perspective, David LE BRETON [2007] mobilise lui aussi la notion du temps : « *temps circulaire* » qui emprisonne les jeunes qui consomment des drogues et s'enferment dans une recherche sans cesse répétée du produit qui les apaise provisoirement [pp.192-193]; « *non-temps* » pour les jeunes en errance, en rupture avec leur passé, refusant de se projeter dans le futur et vivant dans un quotidien peu maîtrisé, rythmé par les circonstances [pp.136-142].

Nous sommes surtout intéressée par ses analyses des « *moments de souffrance* » [p.331], qui représentent pour lui l'une des caractéristiques distinctives des expériences de la souffrance vécues à l'adolescence ou à l'âge adulte (à côté du « *statut* » de la souffrance ou de son « *pronostic* », comme autres caractéristiques distinctives). David LE BRETON souligne en effet, dans le dernier chapitre de son ouvrage, qu'à l'adolescence, le temps peut-être un allié face à la souffrance.

« *La résolution des tensions est rapide et inattendue, ou bien elle prend du temps, mais elle trouve une issue favorable. Surprenante est alors la capacité d'oubli ou de rebond. (...) Dans l'immense majorité des cas les conduites à risque ou les attaques au corps ne durent qu'un moment, elles sont abandonnées au fil du temps* » [LE BRETON, 2007, p.331]

Ainsi, pour l'auteur, le rapport au temps dans les expériences de la souffrance étant différencié selon l'âge, il est susceptible à l'adolescence d'être seulement perçu dans l'immédiateté de l'instant, ce qui peut renforcer les souffrances, mais aussi permettre de les dépasser et de les oublier plus facilement [p.333-334].

Effectivement dans notre corpus, avec la présentation négative de soi ou le rapport négatif à soi dans le monde scolaire, les jeunes sont susceptibles de considérer que leurs expériences négatives ne peuvent que se renouveler, ou que ne pas réussir à se réaliser est un échec définitif. Néanmoins, après les prises en charge à la MDA, les orientations vers d'autres prises en charge pérennes ne sont pas majoritaires et les retours à la MDA, quand les jeunes reviennent après la fin de leur prise en charge, ne sont pas négligeables mais ne sont pas non plus très fréquents (huit jeunes concernés par la présentation négative de soi et onze jeunes concernés par le rapport négatif à soi dans le monde scolaire reviennent).

Après avoir décrit les expériences sociales de la souffrance, par défaut des appuis sociaux de l'existence, puis par impossibilité à répondre aux attentes sociales de définition et de réalisation de soi, il convient de s'intéresser à présent aux souffrances directement associées aux interactions sociales.

La question de la reconnaissance sociale dans les interactions se pose de façon saillante à l'adolescence. À l'âge de l'éloignement du cocon familial et scolaire et du développement de la sociabilité, la qualité des interactions apparaît fondamentale. L'expérience d'interactions décevantes, humiliantes, conflictuelles et parfois violentes est alors une expérience de la souffrance pour de nombreux jeunes de notre corpus.

8.3 Souffrance dans les interactions : conflictualité, invisibilité et mépris social

La question des interactions est la question la plus spontanément évoquée par les professionnels locaux rencontrés, à l'évocation des facteurs sociaux susceptibles de générer la souffrance. Il en est de même dans le discours du programme public *maisons des adolescents*.

Quand les souffrances juvéniles sont associées à l'adjectif « social », alors l'action publique et les professionnels qui interviennent directement auprès des jeunes évoquent les multiples contextes sociaux où les interactions sont susceptibles de produire directement la souffrance. Les thèmes de la conflictualité et de la violence dans les interactions, les scènes quotidiennes où les brimades et les humiliations sont susceptibles de caractériser le lien social, ou encore le manque ou le déni de reconnaissance dans les relations des jeunes avec les adultes de leur entourage ou les pairs, sont autant de thématiques qui inquiètent les acteurs de la prise en charge des jeunes en souffrance – tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale, départementale, ou à celle d'un établissement scolaire ou du monde familial.

Dans notre corpus, les questions de la conflictualité dans les interactions familiales sont majoritaires.

Ce n'est pas surprenant au vu, d'une part, des évolutions inhérentes à l'avancée en âge des enfants, susceptibles d'entrer en lutte avec leurs parents pour gagner de nouveaux espaces de liberté et, d'autre part, de leur coïncidence avec la période de crise du milieu de vie pour les parents, soulignée par les sociologues de la jeunesse et de la famille. En ajoutant à ces ingrédients le contexte scolaire – en particulier avec l'entrée au lycée et ses corollaires : préparation du baccalauréat, définition des choix et espoirs d'orientation, pression familiale et scolaire pour la réussite – le risque est grand d'attentes divergentes entre les jeunes et leurs parents.

Cette expérience du déni de reconnaissance en tant qu'individu digne de valeur et égal aux autres ne se limite pas à la famille, bien au contraire.

À l'âge du développement de la sociabilité et des expériences de l'amitié et de l'amour, certains jeunes n'y ont pas accès et font même l'objet de mépris, de stigmatisation et de rejet. Un nombre non négligeable de jeunes décident ainsi, par eux-mêmes, de se rendre invisibles aux yeux de l'école et en particulier de leurs pairs, en quittant la scène sociale et en se repliant dans leur chambre.

Les contextes sociaux où les adolescents et les jeunes adultes sont confrontés à la conflictualité et à la reconnaissance dépréciative, ceux où ils font l'expérience du mépris social et du déni de reconnaissance, ceux encore où ils se retirent de la scène sociale et se rendent invisible pour l'école ou pour les autres jeunes du même âge sont autant de scènes sociales susceptibles de produire la souffrance.

Quand le rapport aux autres et au monde n'apporte pas la reconnaissance sociale nécessaire à un âge caractérisé par la construction identitaire, le développement de l'autonomie et l'inscription dans le monde social, ou quand ce rapport au monde confronte les jeunes au regard négatif porté sur eux et à la dévalorisation, au mépris et à la stigmatisation, ou encore à l'invisibilité sociale, alors les professionnels, l'action publique, les familles, ainsi que la sociologie, considèrent de façon unanime que la souffrance peut être sociale.

Ce chapitre ne fait donc pas l'objet de nombreux développements. Les données relatives à la conflictualité dans les interactions familiales permettent de montrer qu'elle relève bien souvent d'une expérience de la reconnaissance dépréciative pour les jeunes qui viennent à la MDA. Quelques exemples de souffrances juvéniles associées au mépris social et à l'invisibilité sont ensuite proposés.

Au regard de la conceptualisation de la souffrance sociale proposée par Emmanuel RENAULT [2008], notre catégorie des souffrances associées aux interactions relève des souffrances associées au rapport au monde et plus précisément de la « *souffrance morale* ». Rappelons ici que l'auteur distingue les souffrances associées au rapport négatif à soi et les souffrances associées au rapport au monde. En termes philosophiques, il définit les premières en termes de « *souffrance éthique* », qui renvoie aux principes philosophiques de la « *vie bonne* », tandis que les souffrances dans le rapport au monde relèvent pour lui de la « *souffrance morale* », qui renvoie quant à elle aux questions philosophiques de la « *vie juste* ». La souffrance éthique est ainsi celle « *que les individus endurent lorsqu'ils sont conduits à faire [nous disons plutôt à subir] ce qu'ils considèrent explicitement comme injuste ou indigne, immoral ou pervers* » [p.316].

En s'appuyant sur les théories de la reconnaissance sociale, Emmanuel RENAULT montre ainsi que la souffrance morale peut être associée aux attentes de reconnaissance contrariées ou au déni de reconnaissance. Il cite notamment la régulation difficile des relations avec autrui, quand les interactions sont décevantes ou conflictuelles, et les expériences de l'invisibilisation sociale, de la stigmatisation, de la disqualification sociale ou du mépris social.

Nous considérons ainsi que l'expérience de la souffrance dans les interactions pour les jeunes qui viennent à la MDA peut être appréhendée à partir des indicateurs suivants :

- La conflictualité dans les interactions familiales (147 jeunes), cet indicateur étant considéré présent quand les dossiers décrivent des relations entre les jeunes et leurs parents (ou leurs beaux-parents) caractérisées par les conflits (on retrouve dans les dossiers des formulations telles que « *disputes* », « *conflits* », « *crises* », « *désaccords* », « *problèmes de communication* », « *opposition* », « *rejet* »). Ces interactions conflictuelles sont le plus souvent répétées, associées à une forme d'intensité émotionnelle (par exemple des éclats de voix, des portes qui claquent, des bris d'objets, ou encore des bousculades) ou décrites avec une forme de lassitude ;
- Les expériences du mépris social, des humiliations ou de la stigmatisation (87 jeunes), cet indicateur étant considéré présent :
 - quand les jeunes décrivent les propos dénigrants à leur encontre (moqueries, brimades, humiliations, etc.), par d'autres jeunes ou par des adultes (famille, professeurs, etc.),

- quand les dossiers citent explicitement le terme de « *harcèlement scolaire* »,
- quand les jeunes disent explicitement leur sentiment d'injustice (le plus souvent dans le contexte scolaire, quand ils sont sanctionnés pour des actes qu'ils n'ont pas commis ou quand la sanction leur apparaît disproportionnée),
- ou quand les jeunes sont présentés par leurs parents comme la cause de toutes les difficultés familiales ;
- Le retrait de la scène sociale (64 jeunes), qui constitue une forme d'invisibilité sociale. Cet indicateur est considéré présent :
 - quand les jeunes ne sortent plus du domicile familial, voire quand les jeunes (ou les familles ou les professionnels) disent passer la plus grande majorité de leur temps dans leur chambre,
 - ou plus largement quand les jeunes s'isolent et limitent toutes formes d'interactions sociales.

		Effectifs	Fréquence
Conflictualité dans les interactions familiales		147	48,7 %
Mépris social, humiliations, stigmatisation		87	28,8 %
Invisibilité sociale		64	21,2 %
Cumul des indicateurs de la souffrance dans les interactions	Au moins un	210	69,5 %
	Au moins deux	76	25,2 %
	Les trois	12	4,0 %

TABLE 13 – Répartition des indicateurs de la souffrance dans les interactions
Champ : Corpus des dossiers de jeunes pris en charge en 2017 à la MDA

8.3.1 La conflictualité dans les interactions familiales

Cet indicateur de la souffrance dans les interactions nécessite quelques précisions.

Après l'absence ou la faiblesse de la protection dans les liens familiaux, le monde familial apparaît ici comme un lieu possible de production de la souffrance sociale. Certes, pour les jeunes qui viennent à la MDA, la famille n'apparaît pas – ou apparaît rarement – comme la cause directe de la souffrance. Dans quelques situations, lorsque les parents méprisent leur adolescent, l'insultent ou l'humilient, ou quand ils le rendent responsable de toutes leurs difficultés, la famille peut alors être considérée comme un facteur positif de la souffrance des adolescents. Cependant ici, même si la conflictualité se joue dans le milieu familial, nous considérons que ce ne sont pas les membres de la famille qui produisent la souffrance.

Même lorsque la conflictualité dans les interactions familiales est accompagnée de cris et de violences, elle ne s'inscrit pas dans une mise en danger des jeunes par leur famille, ni dans un processus de rupture des liens de filiation.

Nous posons alors que la nature des interactions dans lesquelles adolescents et parents sont tous ensemble engagés, bien souvent dans des processus qui s'auto-alimentent et que personne ne parvient à enrayer seul, peut être considérée comme un facteur social positif de la souffrance.

En effet, quand les familles sont prises dans des interactions conflictuelles qui perdurent, la récurrence de la confrontation à la désapprobation et aux reproches parentaux peut constituer un facteur social qui produit la souffrance juvénile.

La souffrance associée à la conflictualité dans les interactions familiales n'est d'ailleurs pas l'apanage des adolescents, elle concerne aussi largement les parents.

Ainsi, lorsque les jeunes sont concernés par la conflictualité dans les interactions familiales, les familles sont presque toujours présentes dès la première venue à la MDA (pour 74 % des jeunes concernés), les parents venant seuls ou accompagnant leur adolescent.

De plus, ce sont le plus souvent les parents qui se plaignent des conflits avec leurs adolescents, lesquels ne les respectent pas, ne leur obéissent pas ou s'opposent dans le quotidien. Dans les discours des parents, les conflits peuvent ainsi être associés aux paroles blessantes des adolescents à leur encontre, à leurs cris, leurs menaces, ou encore à leurs coups sur les objets, les murs ou les portes, parfois aussi à des bousculades. La conflictualité semble donc agir comme un cercle infernal, les conflits pouvant démarrer à partir d'autres conflits qui n'ont pas été réglés. De nombreux parents demandent alors de l'aide pour arrêter cette dynamique dont ils n'arrivent pas à sortir.

Cependant, l'objet de notre recherche nous place nécessairement du côté de l'expérience de la conflictualité vécue par les adolescents et les jeunes adultes.

Il apparaît alors que les jeunes viennent rarement seuls ou spontanément à la MDA pour parler des interactions conflictuelles avec leurs parents. Quand ils en parlent, leurs discours montrent que ces conflits s'inscrivent le plus souvent dans l'apprentissage de l'autonomie dans les différents mondes sociaux qu'ils traversent (l'école, le groupe des pairs, la famille) et dans la négociation de nouveaux espaces de libertés.

Les récits de conflits par les jeunes semblent ainsi s'inscrire dans une lutte familiale pour modifier les limites et les frontières quant aux autorisations de sorties, aux

devoirs, au choix des relations amicales, aux tâches ménagères, aux consommations d'alcool ou de cannabis, aux pratiques alimentaires. Ou encore, ces conflits portent sur des désaccords quant aux projets pour l'avenir, aux idéologies, aux relations avec l'autre parent, ou sur le manque de respect perçu.

La conflictualité dans les interactions entre les jeunes qui viennent à la MDA et leurs parents semble alors relever le plus souvent d'un processus de construction identitaire vécu difficilement par l'entourage. Avec l'avancée en âge de leurs enfants, associée à leur lutte récurrente pour gagner davantage d'autonomie et de liberté, les parents apparaissent en difficulté pour reconnaître leurs adolescents de façon valorisante.

Les adolescents ont en effet à construire leur subjectivité dans un monde social (en particulier dans le monde familial et le monde scolaire) qui les contraint massivement, avec des « *excès d'école, de contrôle et d'encadrement* » [ZAFFRAN, 2010, p.51]. Au vu des plaintes exprimées par les jeunes qui viennent à la MDA, en termes de manque d'autonomie et de manque de liberté, la conflictualité se présente alors comme l'un des moyens d'action dont ils disposent, quand ils ne la subissent pas, pour lutter contre ces excès. Cependant, en s'opposant à leurs parents, souvent avec véhémence, ils courent le risque non seulement de ne pas répondre à leurs attentes, mais aussi de les décevoir.

En effet, la conflictualité confronte les parents – nombreux à demander de l'aide à la MDA pour ce motif – à une vie familiale où les interactions quotidiennes relèvent de difficultés à se parler autrement que sous la forme de la discorde ou de l'affrontement, où chacun est en difficulté pour comprendre l'autre et ses attentes, où les relations ordinaires peuvent être tendues et décevantes, pour les uns comme pour les autres.

Les jeunes en conflit avec leurs parents sont alors susceptibles de vivre une expérience de la déviance aux attentes parentales, en particulier quant aux attentes relatives au « bon élève » ou au « bon enfant » – c'est-à-dire, pour le dire de façon un peu caricaturale, être un adolescent studieux, calme, obéissant et respectueux.

Ainsi, dans notre corpus, lorsque les familles sont présentes dès la première venue à la MDA (le plus souvent il s'agit d'un parent ou des deux, quelquefois aussi d'un beau-parent), les motifs énoncés de la venue sont significativement associés aux plaintes face aux comportements de leurs adolescents (en particulier l'agressivité, la violence, le non-respect des attentes ou des décisions parentales, ou encore le non-investissement dans la scolarité).

Les dossiers retranscrivent (dans l’item relatif aux motifs de la venue, quand ils sont énoncés par les parents) des formulations telles que :

« Conflit permanent avec leur fils » ; « comportement insolent de sa fille » ; « mon fils est ingérable » ; « provoque son père, on ne sait plus quoi faire » ; « madame dit ”frapper à toutes les portes” pour améliorer le comportement de sa fille » ; « mon fils ne m’écoute pas, il n’accepte pas le ”non” et commence à rater l’école, ça dure depuis ses 12 ans mais là, ça empire » ; « désinvestissement scolaire, crises de colère de sa fille décrites comme violentes, demande de soutien et de conseils » ; « difficultés avec son fils (agressif) » ; « ma fille a des accès de colère pendant lesquels elle peut insulter et dire des choses très méchantes » ; « fugues à répétition à cause du petit copain de sa fille, dialogue et communication difficiles en famille » ; « mauvaise relation mère-fille, colère de madame suite à la soirée organisée par sa fille dans son appartement (dégradations) en son absence et sans son autorisation » ; « soucis avec notre fille (non-respect, violence physique) » ; « révolte de son fils envers tout le monde, répond, ne supporte pas la frustration » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des familles]

Pour Emmanuel RENAULT, la souffrance morale peut naître des attentes de reconnaissance contrariées. Dans le même ordre d’idée, pour Serge PAUGAM, la reconnaissance est une dimension fondamentale des liens de filiation. Pour ce dernier, la reconnaissance dans la famille *« renvoie à l’interaction sociale qui stimule le jeune en lui fournissant la preuve de son existence et de sa valorisation par le regard de l’autre, en l’occurrence son père et sa mère »* [PAUGAM, 2014, p.20]. Nous considérons alors que, lorsque les jeunes ne répondent pas aux attentes de leurs parents, ils sont confrontés au manque de reconnaissance ou à la reconnaissance dépréciative dans les liens de filiation et ils vivent une expérience sociale de la souffrance dans les interactions.

Pour appréhender les difficultés familiales, qu’il considère comme une *« dimension de la souffrance »*, Serge PAUGAM mobilise donc la notion de reconnaissance. Il s’appuie en particulier sur les réponses des enfants et des adolescents aux questions posées, dans l’enquête UNICEF France, relatives au *« sentiment de ne pas être valorisé »* par son père ou sa mère et aux *« tensions »* qu’ils ont avec eux (les jeunes devant répondre par oui ou non aux items *« je me sens valorisé par ma mère/mon père »*, *« les relations avec ma mère/mon père sont parfois tendues »*) [p.53].

Notre indicateur de la conflictualité dans les interactions familiales se rapproche de ces deux dimensions associées à la perception, par les enfants et les adolescents, de la qualité des relations avec leurs parents. Certes, notre indicateur recueille de façon privilégiée les informations relatives aux tensions entre les jeunes et leurs parents (ou leurs beaux-parents). Toutefois, l'ensemble des informations retenues pour construire cet indicateur renvoient aussi largement aux attentes parentales déçues et donc à une faible valorisation des adolescents par leurs parents.

La retranscription des échanges entre les parents et les professionnels de la MDA montre en effet que, lorsque les jeunes vivent des interactions conflictuelles familiales au quotidien, leur valeur n'est pas affirmée par leurs parents. Au contraire, elle peut être mise en doute par la répétition de reproches et de conflits, qui les placent au cœur de la déception parentale.

L'expérience juvénile de la conflictualité dans les interactions familiales s'accompagne d'ailleurs, de façon majoritaire et significative (pour trois jeunes concernés sur quatre, avec *p-value* < 0,01) de l'expérience de la souffrance dans le rapport négatif à soi, comme si les jeunes qui viennent à la MDA avaient intériorisé la déception et le regard dépréciatif porté sur eux.

Une comparaison de nos analyses statistiques de l'expérience de la conflictualité dans les interactions familiales (pour les jeunes pris en charge à la MDA) avec les tendances analysées par Serge PAUGAM [2014] quant à la souffrance associée au manque de reconnaissance dans le lien de filiation (pour le corpus des jeunes enquêtés par UNICEF France, qui présentent des caractéristiques sociodémographiques diversifiées) est proposée.

En premier lieu, dans l'enquête UNICEF France (qui s'adresse à des enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans, contrairement à notre enquête qui concerne des jeunes âgés de 11 à 21 ans), le sentiment de ne pas être valorisé par ses parents et les tensions augmentent en fréquence avec l'âge et apparaissent significativement pour les plus âgés, soit la tranche des 15 à 18 ans. Vraisemblablement en raison de la différence avec les âges de notre corpus, cette tendance n'est pas significative dans nos analyses. L'âge, tout comme le sexe, sont répartis de façon relativement équilibrée parmi les jeunes qui viennent à la MDA et qui font l'expérience de la conflictualité dans les interactions familiales, par rapport à la distribution des âges et des sexes dans l'ensemble du corpus.

Ensuite, l'enquête UNICEF France montre que le manque de reconnaissance est nettement plus élevé pour les enfants et les adolescents qui vivent dans une famille monoparentale ou une famille recomposée. Cette tendance est également repérée dans notre corpus, puisque les jeunes concernés sont significativement les enfants de parents séparés (66 %, avec *p-value* < 0,001).

Un autre résultat de l'enquête nationale attire particulièrement l'attention. Les jeunes qui vivent dans des situations de privation ou dans des quartiers insécurisants sont beaucoup plus nombreux que les autres à ne pas se sentir valorisés par leurs parents et à décrire des tensions avec eux.

Nous n'avons pas d'informations sur l'insécurité ressentie par les jeunes pris en charge à la MDA dans leur environnement résidentiel (à l'exception de deux jeunes qui l'évoquent spontanément, cette question n'est pas posée de façon systématique par les professionnels). Cependant, nos analyses montrent que la conflictualité dans les interactions familiales est loin d'être réservée aux contextes de vie en situation de pauvreté.

Dans notre corpus, pour une large majorité des jeunes concernés, les parents travaillent (pour 81 % des jeunes concernés, au moins un parent travaille, avec *p-value* < 0,01 et pour 52 %, les deux parents travaillent, avec *p-value* < 0,05), bien souvent dans des professions intellectuelles supérieures ou des fonctions de cadres (pour 30 % des jeunes concernés, avec *p-value* < 0,05). Pour être plus précis sur la distribution des métiers des parents (même si les corrélations ne sont pas significatives avec les autres groupes socioprofessionnels), quand les dossiers décrivent la conflictualité dans les interactions familiales, ils sont majoritairement répartis entre les employés (Pcs 5 : 20 %), les professions intermédiaires (Pcs 4 : 18 %) et les cadres et professions intellectuelles supérieures (Pcs 3 : 30 %).

Les expériences du manque de valorisation dans le lien de filiation et des tensions dans les interactions entre les jeunes et leur parents existent donc aussi pour les jeunes issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale, vivant alors dans des conditions matérielles dont nous pouvons supposer qu'elles ne les confrontent pas à la pauvreté ni à la privation.

À nouveau, ces résultats statistiques donnent des pistes pour comprendre l'expérience de la souffrance dans les interactions, associée à la reconnaissance dépréciative ou au manque de reconnaissance parentale, dans le contexte social particulier des jeunes pris en charge à la MDA.

Il apparaît ainsi que les parents des jeunes de notre corpus ont intériorisé les normes familiales contemporaines de la négociation et de la communication entre parents et enfants [DE SINGLY, 2003, 2016] et qu'ils sont en difficulté pour y répondre. Dans les dossiers de la MDA, un bon nombre de parents disent qu'ils « *n'y arrivent pas* », qu'ils « *n'en peuvent plus* », qu'ils se sentent « *désemparés* », « *déroutés* », qu'ils « *ne savent plus quoi faire* », face à leurs adolescents qu'ils décrivent agressifs, coléreux, insolents ou qui mentent, répondent et n'obéissent pas. Les conflits, les cris, les menaces, les insultes, les violences physiques semblent être autant d'occasions, pour ces parents, de mesurer les écarts entre leur quotidien familial et les mœurs contemporaines toujours plus civilisées.

Ainsi, du point de vue des parents, une dissonance difficilement tolérable semble apparaître entre, d'une part, leur représentation de la famille construite à partir de leur propre expérience d'enfant et, d'autre part, leurs attentes plus contemporaines d'une vie familiale où les échanges et la discussion sont valorisés. En la décrivant à grands traits, cette dissonance prend place entre les normes familiales de la génération précédente (basées sur l'autorité descendante et accordant une moindre place aux échanges), un idéal de la vie de famille (associé au calme et à la sérénité, où les enfants s'épanouissent, disent leurs difficultés sans pour autant les reprocher à leurs parents, expriment leurs attentes sans exiger qu'elles soient suivies d'effet) et la réalité quotidienne.

Les analyses de David LE BRETON quant aux évolutions imposées aux parents avec l'adolescence de leur enfant sont ici utiles. Il souligne les nombreuses difficultés que peuvent rencontrer les parents, confrontés non seulement aux changements pubertaires et à l'autonomie grandissante de leur enfant, mais aussi au « *remaniement de la relation* » à leur enfant, avec la perte de la complicité, en même temps qu'à la « *reviviscence de leur propre adolescence* », tandis que ces parents sont appelés à proposer de nouvelles limites pour « *contenir les angoisses* » de leur enfant [LE BRETON, 2007, pp.42-46].

Le plus souvent, les parents qui amènent leurs enfants à la MDA veulent alors que le dispositif intervienne *sur* leur enfant, notamment pour que ce dernier accepte davantage leur autorité. Néanmoins, ils sont aussi la plupart du temps rapidement enclins aux remises en question. Ils acceptent plusieurs entretiens avec différents professionnels (plus de deux familles sur cinq viennent au moins cinq fois à la MDA, avec *p-value* < 0,001), ils amènent leur adolescent, souvent récalcitrant, ils acceptent

de raconter leur parcours biographique et nombreux sont ceux qui participent à l'élaboration d'hypothèses analytiques sur les causes de leurs difficultés dans les interactions avec leur enfant. Il faut d'ailleurs à nouveau souligner que la MDA reçoit un nombre non négligeable de pères, alors que les travaux sur les publics plus habituels de l'action éducative ou sanitaire soulignent le plus souvent leur absence ou leur faible participation dans les prises en charge traditionnelles.

Du côté des parents qui viennent à la MDA, la conflictualité est donc associée à une demande de prise en charge par des professionnels spécialisés. En comparant cette demande parentale de traitement professionnel des relations familiales avec les enquêtes menées auprès de familles dans les milieux populaires, il apparaît que le rapport à la conflictualité est socialement situé.

Ainsi, les analyses des contextes familiaux proposées par David LE BRETON (auprès de jeunes qui semblent majoritairement issus des classes populaires et souvent connus des services de protection de l'enfance ou de protection judiciaire de la jeunesse) soulignent moins la place de la conflictualité dans les expériences de la souffrance, que celle de la maltraitance physique et sexuelle, des carences affectives, de l'absence des pères, de l'indifférence parentale, du manque de disponibilité, de l'affaiblissement des rapports différenciés entre les générations, du déclin de l'autorité, ou encore de la diminution de la part familiale dans la transmission du sens et des valeurs.

Le rapport à la conflictualité se joue donc de façon inégale selon le niveau de vie. Dans les enquêtes auprès des jeunes des milieux populaires, la conflictualité entre les jeunes et les parents apparaît rarement comme un élément central de l'expérience juvénile de la souffrance. Dans notre corpus, elle inquiète massivement les parents (exerçant des professions catégorisées dans les niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale), tant elle apparaît comme un élément majeur dans leurs pratiques de recours à la MDA, et elle semble positionner les jeunes qui ne répondent pas aux attentes familiales comme un objet de la déception parentale.

Une vignette est proposée, pour illustrer comment la conflictualité dans les interactions familiales peut constituer une expérience souffrante de la reconnaissance dépréciative. Les citations en italique et entre guillemets sont issues des quatre dossiers utilisés pour construire cette vignette, cumulant chacun l'expérience de la conflictualité entre le jeune et les parents, des propos dénigrants à l'encontre des jeunes et la présence des parents dès la première venue à la MDA, venant parler des problèmes de comportement de leur adolescent.

VIGNETTE 6. FLORENT
CONFLICTUALITÉ DANS LES INTERACTIONS FAMILIALES ET
RECONNAISSANCE DÉPRÉCIATIVE

Garçon, 14 ans, scolarisé en 4^e, il vit chez sa mère et son beau-père, dans une commune à quelques kilomètres au sud de la ville métropolitaine. Florent voit son père, sa belle-mère et leurs deux enfants plus jeunes un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Ses parents sont séparés depuis une dizaine d'années, sa mère est gérante d'un petit commerce, son père est architecte, les métiers des beaux-parents ne sont pas renseignés, le beau-père est souvent en déplacements professionnels pendant plusieurs jours. La mère de Florent vient seule à la MDA, sur les conseils de la vie scolaire du collègue.

PREMIÈRE VENUE À LA MDA

Pour expliquer ce qui l'amène, la mère de Florent parle du « *comportement à l'école et à domicile* », elle dit rapidement « *je n'en peux plus j'ai besoin d'aide, on ne sait plus quoi faire* ». Le père est informé de sa venue, même si la mère évoque une « *mauvaise entente parentale* ».

Les relations de Florent avec son beau-père peuvent être « *tendues* », elles sont « *très bonnes* » avec sa belle-mère.

Florent a déjà rencontré une psychologue au moment de la séparation de ses parents. De temps en temps il reprend rendez-vous avec la sophrologue qu'il a rencontrée à la fin de l'école primaire.

Sur le plan physique, psychologique et des relations de Florent avec l'entourage familial et amical, tout va bien.

Cependant, la mère de Florent s'inquiète de sa scolarité « *ça se passe très mal, sa moyenne est passée de 10 au premier trimestre à 8 au second* », il a eu un « *avertissement de travail et de comportement* », les professeurs l'encouragent, mais il est « *menacé de conseil de discipline : beaucoup d'exclusions, chante en classe, parle fort, ne travaille pas* ».

Elle dit aussi qu'à la maison, « *le conflit est permanent, pour tout, et je n'en peux plus, il y a des jours où j'ai envie de tout lâcher* ». Elle cite notamment « *beaucoup de mensonges, il me cache des choses tout le temps* », elle dit aussi que « *Florent n'accepte pas la frustration, si je ne cède pas, il fait des crises* ». Elle dit qu'elle est « *fatiguée* » et « *désemparée* ». Elle demande « *de l'aide et du soutien* ».

LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE SEPT CONSULTATIONS AVEC LE RÉFÉRENT SOCIOÉDUCATIF,
SUR UNE PÉRIODE DE HUIT MOIS POUR FLORENT ET/OU SES PARENTS

Au rendez-vous suivant, la mère de Florent l'amène à la MDA. Il dit qu'il n'a « *pas envie d'être là* », mais il se prête au jeu de la prise en charge. Il rencontre seul le référent socioéducatif pendant que sa mère patiente dans la salle d'attente. Il explique alors

...

...

rapidement qu'il trouve manquer de liberté chez sa mère et qu'il « *veut la faire craquer et qu'il continuera* » pour en gagner davantage. Il dit « *qu'il pourrait faire des efforts, que ce soit dans sa scolarité ou dans la vie quotidienne, mais qu'il ne le veut pas parce que sa mère ne lui laisse pas assez de liberté alors que son père oui* ». Le travail scolaire semble devenir une monnaie d'échange « *elle ne me laisse aucune liberté donc je ne fais pas les devoirs* ».

Quand sa mère rejoint la consultation, elle confirme que « *Florent ne travaille pas, ne fait pas ses devoirs* ». Elle le punit et Florent le lui reproche « *moi je suis la méchante parce que je lui confisque tout et tout ce que je dis est faux* ».

Quand son père vient à la MDA, il explique que ses interactions avec Florent peuvent aussi être difficiles « *les règles à la maison ne sont pas toujours respectées* », « *Florent est turbulent* », « *il répond à son père* ». La question de l'argent est souvent un problème « *si on ne lui achète pas ce qu'il veut, il peut faire des crises* ». Son père décrit Florent comme « *un garçon très immature* » et « *pas sincère envers lui (mensonges quotidiens)* ».

Un rendez-vous est organisé avec Florent et ses deux parents. À la demande du référent socioéducatif, sa mère « *reprend les raisons de sa venue initiale : non-respect, toujours dans le refus, non prise en compte des règles à la maison et à l'école, échec scolaire, il ne supporte pas les contraintes* ». Elle évoque également « *les clashes systématiques pendant les devoirs* ».

Son père dit quant à lui être « *très en difficulté avec Florent : peu de communication, ne se comprennent plus, dans la provocation, pas d'insolence mais dans la contradiction permanente* ».

Les conflits sont visibles pendant la consultation, le référent socioéducatif note que « *le dialogue semble très conflictuel entre Florent et ses parents, l'un coupant la parole à l'autre et reprochant les dires de l'autre* ». Le référent note que les deux parents « *semblent fatigués par la situation, Florent ne semble pas en prendre conscience* ».

Dans les entretiens suivants, lorsque Florent est reçu seul, il décrit les reproches parentaux répétés « *ils me comprennent pas, c'est toujours de ma faute* ». Il raconte que son père le rend responsable de l'augmentation de sa consommation de tabac et que chez sa mère « *il se sent comme un "poids"* », « *on me dit que je finirai voleur ou dealer* ». Il auto évalue son moral à 5 sur 10, il dit qu'il « *se sent triste* », qu'il a « *des idées noires mais pas suicidaires* », qu'il « *souffre des paroles dénigrantes de ses parents* » et il se plaint que « *ils n'ont plus confiance en moi* ».

Au fur et à mesure des entretiens, la question scolaire est régulièrement évoquée par l'un ou l'autre des parents et le référent socioéducatif note que « *cela reste toujours compliqué (cf. exclusions, mauvaises notes)* ». Les parents parlent de leur « *inquiétude concernant son devenir du fait d'un manque d'investissement scolaire* ». Tous deux se plaignent du « *nombre d'appels du collègue, des résultats catastrophiques* ». Il est difficile d'en parler

...

...

avec Florent, sa mère dit que « *dès qu'elle essaye d'aborder sa scolarité, ses projets avec lui, il se braque et la menace "tu ne vas pas m'énerver"* ».

Plusieurs incidents émaillent la prise en charge : un vol chez une amie de sa belle-mère, une sortie non autorisée chez sa mère qui a appelé les gendarmes, une dégradation dans le jardin du voisin chez son père, etc.

Chaque parent est reçu séparément, éventuellement en présence de Florent. Après plusieurs mois de prise en charge, les parents continuent de se sentir démunis face aux comportements décevants de leur fils, qu'ils vivent parfois comme un échec personnel. Le dossier indique que « *les relations sont encore conflictuelles* ». Selon sa mère « *Florent tente de monter son père et sa mère l'un contre l'autre* », elle continue d'évoquer « *des crises (pleurs) face à une situation de frustration* », ainsi que « *des moments de cris importants où Florent peut parfois la pousser physiquement* », elle explique aussi que « *Florent ne supporte pas de passer du temps devant les devoirs alors qu'il pourrait s'amuser* ». Son père dit que « *Florent ne retient aucune leçon* », « *quand je lui parle il s'en fout* », il dit aussi que « *Florent lui cache des choses tout le temps* ». La mère de Florent semble de plus en plus fatiguée « *le conflit est permanent, pour tout et je n'en peux plus, je suis à bout* », « *c'est invivable, il ne m'écoute plus, je ne maîtrise plus rien* », « *des fois je me dis que je ne suis pas faite pour être mère, que je n'y arrive pas* », elle se dit prête « *à tout lâcher* ».

Florent, quant à lui, a l'impression « *qu'il essaye de tout arranger* », mais que « *la seule communication venant de ses parents = m'accuser* ». Il commence à dormir moins bien, il confirme son « *absence de motivation pour le travail scolaire* ». La fin de l'année scolaire est « *compliquée* », mais il est content d'avoir obtenu « *une petite augmentation dans la moyenne générale* ». Il sait que le redoublement est possible, mais il prend « *son échec à la rigolade pour ne pas s'en faire avec ça* ». Le collègue confirme que « *Florent se fiche de tout, des notes et des problèmes de comportement, "pas de prise" auprès de lui, beaucoup d'absentéisme, insolence, et ses résultats faibles reflètent le manque de travail, très inquiets le concernant* ».

Malgré tout il passe en 3^e et après la période des vacances scolaires, la rentrée au collège semble mieux se passer. Florent fait des efforts et travaille davantage, ses parents soulignent chacun de leur côté des améliorations dans la vie familiale. Le père évoque les vacances avec des « *moments agréables pour l'ensemble de la famille* », la mère souligne « *l'amélioration des résultats et du comportement* ».

Lors du dernier rendez-vous familial à la MDA, le dossier indique que les deux parents « *mettent en avant les bénéfices tirés des conseils éducatifs, ils peuvent tenir un discours plus positif sur leur fils mais relatent encore des difficultés au quotidien* ». Florent parle lui aussi d'une « *certaine amélioration dans les relations et il confirme l'amélioration de ses notes et de son comportement au collège par rapport à l'année dernière, malgré quelques avertissements* ».

En opposition avec les études en population générale, qui soulignent les corrélations entre la conflictualité familiale et la précarité des conditions matérielles de vie, notre corpus montre que les familles où les deux parents travaillent, dans des métiers relativement valorisés, ne sont pas exemptes de ces difficultés dans les interactions.

Cette vignette illustre que les jeunes qui viennent à la MDA, quand leurs comportements inadaptés au monde scolaire et familial suscitent la désapprobation, sont susceptibles de développer une conscience accrue de la déception de leurs parents. Ces derniers sont confrontés à l'écart entre leurs représentations de la famille et la vie quotidienne avec leur adolescent, qu'ils ont alors tendance à considérer comme un perturbateur de l'ordre familial. Pour les jeunes, la conflictualité dans les interactions familiales peut ainsi constituer une expérience sociale de la souffrance, associée à la reconnaissance dépréciative dans les liens de filiation.

Dans notre corpus, l'expérience de la souffrance dans les interactions est loin de se limiter au monde familial, il existe de nombreuses autres expériences de la souffrance associée au manque de reconnaissance voire au déni de reconnaissance.

L'expérience de la souffrance pour les jeunes qui sont confrontés au mépris social dans leurs interactions quotidiennes est présentée rapidement, avant celle de certains jeunes qui décident de se rendre invisibles en s'absentant des interactions.

8.3.2 L'expérience du mépris social

Pour rappel, nous considérons que les jeunes de notre corpus (87 jeunes) font l'expérience du mépris social, voire de la stigmatisation, quand ils font l'expérience :

- de l'injustice ou de l'humiliation avec les adultes du monde scolaire (12 jeunes) ;
- de la stigmatisation par les pairs, qui briment, insultent, rabaissent, notamment quand les jeunes se décrivent victimes de harcèlement (42 jeunes, dont 26 dossiers qui citent explicitement la forme lexicale « *harcèlement* ») ;
- ou encore de l'expérience d'un déni de reconnaissance explicite par leurs parents, qui les dévalorisent ou les humilient hors de toutes références à leurs comportements, ou qui les désignent comme la cause de tous les problèmes de la famille (45 jeunes).

Certes, chacune de ces formes de confrontation au mépris et à la violence dans les interactions concernent un nombre limité de jeunes, mais elles prennent une place importante, si ce n'est centrale, dans les dossiers des jeunes qui en font l'expérience. Elles sont bien souvent répétées dans le temps et l'intensité des moqueries, des humiliations ou du rejet a tendance à augmenter au cours du temps.

Les retranscriptions des récits du mépris social illustrent comment les interactions sociales peuvent être un facteur qui produit la souffrance, pour certains jeunes qui viennent à la MDA.

La confrontation au mépris dans les interactions sociales du quotidien est d'ailleurs très significativement associée au cumul de toutes les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance (presqu'un jeune concerné sur deux cumulent toutes les expériences de la souffrance, avec $p\text{-value} < 0,0001$). Il faut aussi souligner d'emblée que, de façon massive et très significative, ces jeunes pensent à la mort et ont éventuellement envie de se tuer (pour plus de deux jeunes sur cinq concernés par le mépris social, avec $p\text{-value} < 0,0001$).

En ce qui concerne les interactions avec les adultes du monde scolaire, quand les jeunes décrivent des sanctions considérées comme imméritées, ou encore des propos démobilisateurs voire dévalorisants des professeurs, ils décrivent alors des expériences de l'injustice et de l'humiliation.

Si les corrélations ne sont pas significatives dans notre corpus, la sociologie de l'éducation a montré que l'expérience de l'injustice à l'école a bien souvent des répercussions en termes de perception négative de soi [MERLE, 2002]. Quand le verdict scolaire sur un jeune est négatif ou que les interactions avec les adultes du monde scolaire sont démobilisatrices ou perturbatrices (dévalorisation, humiliation, injustice), le rabaissement de soi peut devenir une dimension majeure de la vie scolaire. Ceci fonctionne vraisemblablement comme une spirale négative puisque les recherches montrent qu'une représentation dépréciée de soi exerce à son tour des effets négatifs sur la performance scolaire et limite les progressions.

« Problème avec le prof de français qui l'accuse en permanence d'agiter la classe "la classe serait mieux sans toi" » ; « professeur qui rabaisse, insulte les élèves, il lui a dit "tu n'auras pas ton bac et j'y veillerai" devant tous les élèves de la classe » ; « elle évoque ses relations difficiles avec certains professeurs, le fait qu'elle ressent que certains ne l'apprécient pas » ; « en 3^e il a eu des mauvaises fréquentations avec qui il a fait "plein de conneries" (perturbe les cours, chahut dans les couloirs...), "par contre eux ils travaillaient bien alors ils prenaient moins que moi" » ; « impact du regard posé sur lui par certains profs : "il/elle m'aime pas, y'a des chouchous dans la classe, c'est pas juste..." » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

En ce qui concerne les interactions avec les pairs, les récits de moqueries, d'insultes ou de coups portés sur les jeunes de notre corpus dans le contexte scolaire sont nombreux et mobilisent bien souvent la notion de harcèlement.

L'usage du répertoire du harcèlement à l'école, par les autres jeunes du même âge, est un exemple du consensus – à l'œuvre à l'échelle de l'action publique, à l'échelle des interventions auprès des jeunes ou à l'échelle de la famille – qui définit les interactions sociales comme un facteur positif de la souffrance juvénile. Quand les jeunes qui viennent à la MDA déclarent avoir subi cette forme de violence scolaire, ils sont bien souvent orientés par des professionnels de leur entourage quotidien (le plus souvent les infirmières scolaires ou les médecins traitants, quelquefois par les conseillers principaux d'éducation, ou encore par des professionnels du psychisme qui les prennent en charge en libéral) et ils y sont, la plupart du temps, accompagnés par l'un ou l'autre de leur parent. Les expériences de harcèlement scolaire, qui préoccupent l'action publique et les médias, semblent donc également susciter des réactions sociales – notamment des demandes de prise en charge – parmi les adultes qui entourent les jeunes (même si quelques jeunes déplorent justement l'absence de réaction de leur famille ou des professionnels du monde scolaire).

D'ailleurs, certains dossiers de la MDA citent seulement le mot « *harcèlement* », sans donner d'autres précisions sur l'expérience vécue par les jeunes, comme si cette expérience suffisait à elle seule à expliquer toutes les souffrances des jeunes concernés. Les sociologues de l'éducation montrent d'ailleurs que la définition du harcèlement scolaire (et plus largement des violences scolaires) a tendance à être extensive en France, où la tolérance sociale à la violence est faible [CARRA, FAGGIANELLI, 2003]. Pourtant, si de nombreux élèves déclarent effectivement avoir été auteurs ou victimes, en particulier lors des bagarres dans la cour de récréation, ces violences représentent pour la majorité d'entre eux des interactions ordinaires [BOXBERGER, CARRA, 2014].

Même si les formes de ces interactions violentes entre jeunes dans l'enceinte de l'école (pouvant d'ailleurs se poursuivre à l'extérieur ou sur les réseaux sociaux) sont multiples et d'inégale intensité (moqueries, insultes, menaces, bousculades, coups...), les travaux relatifs au harcèlement scolaire s'accordent pour lui conférer trois caractéristiques communes et toujours présentes : la répétition, la disproportion des forces (l'élève harcelé a du mal à se défendre, ne comprend pas toujours ce qui se passe) et l'intention de nuire (même si les premières interactions prennent la forme de simples jeux, « *dès lors que le processus s'installe dans la longue durée, les agresseurs ne peuvent plus ignorer qu'ils font souffrir leur victime* » [BELLON, GARDETTE, 2010]).

Les recherches sociologiques mettent aussi en exergue diverses caractéristiques, souvent partagées par les victimes de ces processus, la plupart du temps collectifs (le harcèlement à l'école ayant presque toujours des témoins) : un désajustement par rapport aux valeurs du groupe classe (faire appel aux adultes, ne pas savoir se défendre, enfants très obéissants, studieux), une différence notable (style vestimentaire, goûts musicaux, centres d'intérêts particuliers, une caractéristique physique, posséder plus de choses), ou encore des signes de faiblesse (petite taille, lenteur, timidité) qui ne permettent pas au jeune harcelé d'être accepté ou reconnu par les pairs de sa classe. Les travaux s'intéressent également aux conséquences du harcèlement scolaire, en particulier aux répercussions immédiates pour les victimes qui sont définies majoritairement comme des « *troubles internalisés* » (peurs, perte de l'estime de soi, tristesse) auxquels sont associés des comportements de retrait de la vie scolaire [BOUCHET, GARNIER *et al.*, 2018 ; GODEAU, CATHELINE *et al.*, 2016].

L'ensemble de ces tendances se retrouvent pour les 26 jeunes concernés par le harcèlement scolaire dans notre corpus. Il existe ainsi des corrélations significatives entre cette expérience sociale du mépris et de la violence avec (dans l'ordre croissant des corrélations, avec *p-value* < 0,05) : le sentiment d'être différent des autres jeunes de son âge, la perception négative de soi (pour plus de la moitié des jeunes), les pensées macabres (un jeune sur deux), les tentatives de suicide et les différences notables.

Les récits de ces jeunes qui racontent leur confrontation au mépris social et à la violence confirment bien la répétition, la disproportion des forces et l'intention de nuire :

« Harcèlement scolaire depuis le primaire avec moqueries sur son physique et notamment sur son poids » ; « harcèlement au collège, insulte "tapette", coups physiques, pas d'amis » ; « depuis la rentrée scolaire j'ai des problèmes dans ce lycée, un garçon et une fille ont commencé à me faire des réflexions, ils n'arrêtent pas de me dire que je ne suis pas assez intelligente et que je ne vauds rien, je me sens nulle et ils me le répètent tout le temps » ; « au collège : harcèlement, rejet, insultes "boulet, moche, bouche trou..." ou bien moqueries sur ses cheveux, tapes sur la tête » ; « en primaire on me jetait des cailloux, j'avais l'impression qu'on me martyrisait tout le temps ; en 2^{de} un camarade de classe me ridiculisait, il faisait croire qu'il était amoureux de moi, il faisait comme si il me draguait devant tout le monde, en parlant fort et ensuite son groupe de potes faisait comme lui, ils me harcelaient » [Extraits des dossiers de la MDA, Discours des jeunes]

Enfin, la famille apparaît ici comme un facteur social positif de la souffrance dans les interactions, quand elle confronte les jeunes à l'expérience directe du mépris social et du déni de reconnaissance. Certains (45 jeunes) décrivent ainsi les humiliations parentales ou sont considérés comme la cause de tous les problèmes familiaux, par l'un ou l'autre de leur parent. Plutôt qu'être reconnus par la famille comme des individus compétents et valorisés, certains jeunes sont rabaisés par leurs parents, éventuellement insultés. Quelques jeunes sont aussi mis en cause et portent sur leurs épaules la responsabilité des échecs et des ruptures dans les trajectoires parentales.

Les dossiers retranscrivent ces expériences des interactions (décrites par les jeunes ou les familles, ou observées par les professionnels) qui produisent la souffrance.

« La mère rejette beaucoup la faute sur sa fille, la traitant de mythomane ; selon le père, la mère ne souhaiterait qu'une seule chose, se débarrasser de sa fille ; tout ça devant nous et la jeune » ; « la mère exprime "son ras le bol" et son souhait "de vivre sa vie tranquille", elle n'en peut plus de sa fille et attend "ses 18 ans pour couper les ponts", madame dit qu'elle va la mettre dehors » ; « pour ma mère, s'il lui arrive quelque chose de négatif, c'est forcément de ma faute » ; « sa mère l'insulte : tu es moche, tu n'es qu'une bonne à rien, je ne te fais pas confiance, tu n'arriveras à rien, tu es immature » ; « son père le rabaisse, le traite de nul et d'incapable » ; « sa mère menace de se couper les veines, pour lui "elle n'a pas fait ça par suicide mais parce qu'elle aime se faire passer pour une victime et que ce qui lui arrive c'est à cause de moi" » [Extraits des dossiers de la MDA]

La confrontation au mépris dans les interactions sociales du quotidien, avec les adultes ou les autres jeunes dans le monde scolaire ou en famille, est associée au cumul des expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance. Notons que les jeunes méprisés sont aussi significativement confrontés à plusieurs indicateurs du rapport négatif à soi. Ils décrivent la vacuité de leur existence et sont en difficulté pour se définir (l'apathie et les questionnements identitaires concernent un peu plus d'un jeune méprisé sur quatre), ils se sentent différent des autres jeunes de leur âge, ils ont intériorisé le mépris et se dévalorisent eux-mêmes (la perception négative de soi concerne presque deux jeunes sur cinq).

Presque tous les jeunes qui sont confrontés au mépris vivent au moins une expérience physique de la souffrance (pour plus de quatre jeunes méprisés sur cinq, soit 86 %). Leur corps se manifeste hors de tout contrôle (72 % sont concernés par les somatisations, avec $p\text{-value} < 0,005$), la plupart du temps ils ont mal, ils prennent du poids ou au contraire ils perdent l'appétit. La majorité d'entre eux a des difficultés pour

s'endormir, ils font des cauchemars ou se réveillent la nuit (61 % sont concernés par des problèmes de sommeil, avec $p\text{-value} < 0,005$). Sans surprise ils font l'expérience des atteintes corporelles (pour 60 % d'entre eux, avec $p\text{-value} < 0,001$), la plupart du temps parce qu'ils sont victimes de violences physiques portées par les autres jeunes à l'école, mais aussi pour certains, parce qu'ils attaquent eux-mêmes leur corps. Il n'est alors pas négligeable qu'une dizaine de ces jeunes confrontés au mépris social aient déjà tenté de se suicider (avec $p\text{-value} < 0,005$). En outre, leur corps semble être bien souvent l'objet même du mépris social, puisque de façon très significative, l'expérience du mépris est corrélée avec l'investissement négatif du corps dans les interactions (avec $p\text{-value} < 0,001$), en particulier quand les jeunes présentent une différence notable (avec $p\text{-value} < 0,005$).

Presque quatre jeunes méprisés sur cinq vivent au moins une expérience psychique de la souffrance (79 %, avec $p\text{-value} < 0,005$). Nous avons vu que, de façon très significative, ces jeunes pensent à la mort et ont éventuellement envie de se tuer (41 %, avec $p\text{-value} < 0,0001$). Mais ils sont aussi nombreux à décrire leurs émotions négatives, en particulier la tristesse (64 %, avec $p\text{-value} < 0,005$) et la peur (55 %, avec $p\text{-value} < 0,005$)

Enfin, l'expérience du mépris social est presque systématiquement associée avec la faiblesse des appuis sociaux de l'existence pour affronter la souffrance (pour 86 % des jeunes méprisés, avec $p\text{-value} < 0,005$). Une proportion non négligeable de jeunes décrivent la mésentente entre leurs parents (41 %, avec $p\text{-value} < 0,01$), presque trois jeunes méprisés sur quatre ne pensent pas pouvoir être protégés par leurs parents (la faiblesse ou l'absence de protection dans le lien de filiation concerne 72 % des jeunes qui font l'expérience du mépris social, avec $p\text{-value} < 0,001$) et quelques-uns décrivent leur expérience de la solitude (28 %, avec $p\text{-value} < 0,001$).

Pour conclure cette description des souffrances juvéniles vécues dans les interactions parmi les jeunes pris en charge à la MDA, le dernier indicateur est présenté.

8.3.3 Le retrait de la scène sociale

Nous considérons que le retrait de la scène sociale (64 jeunes) représente une forme d'invisibilité sociale, le plus souvent choisie par les jeunes – même s'il s'agit majoritairement de choix contraints par les expériences sociales, qui représentent alors un facteur social positif de la souffrance. Ils décident de s'absenter des interactions de la vie quotidienne en ne quittant plus le domicile, voire bien souvent en restant dans leur chambre.

Si ces comportements de retrait sont majoritairement associés à des troubles anxieux par les professionnels du psychisme (avec les diagnostics de phobie sociale ou de phobie scolaire par exemple) et donc à l'expérience psychique de la souffrance, nous considérons quant à nous qu'ils relèvent d'une expérience sociale. Nous posons en effet que le retrait et l'invisibilité de ces jeunes représentent dans cette recherche la modalité « absence » des interactions. Le retrait de la scène sociale s'inscrit donc, pour cette recherche, dans l'expérience de la souffrance interactionnelle.

Les jeunes qui se retirent de la scène sociale, dans notre corpus, présentent à peu près les mêmes tendances que les jeunes confrontés au mépris social voire à la stigmatisation – avec des proportions encore plus élevées en ce qui concerne le cumul de toutes les autres expériences de la souffrance (pour 58 % des jeunes qui se retirent de la scène sociale, avec *p-value* < 0,0001), ainsi que pour ce qui concerne plus précisément les expériences psychiques (91 %, avec *p-value* < 0,0001) et physiques (91 %, avec *p-value* < 0,005) de la souffrance.

Un autre expérience sociale apparaît dans le profil des jeunes qui se retirent des interactions. Ainsi, plus de deux jeunes qui se rendent invisibles sur cinq décrivent aussi leur expérience de la perte d'un autrui significatif (42 %, avec *p-value* < 0,0001). En particulier, ils sont confrontés aux deuils et aux ruptures amoureuses.

Enfin, contrairement à ce qui aurait pu être attendu (en référence à la catégorisation, par les professionnels du psychisme, du retrait social comme un trouble anxieux), les conduites de retrait ne sont pas corrélées avec le rapport négatif à soi dans le monde scolaire, ni avec l'expérience du mépris social ou des violences subies.

La pertinence de notre choix d'appréhender, par le social, l'expérience juvénile du retrait des interactions semble confirmée par les réactions sociales qu'il suscite parmi les adultes de l'entourage (famille, professionnels). Le retrait des interactions peut ainsi être considéré comme inscrit dans le social, dans la mesure où il agit sur le social.

Ainsi, hors de la MDA, les professionnels rencontrés ont régulièrement décrit ces conduites de retrait quand nous leur demandions de donner un exemple de leurs prises en charge des jeunes en souffrance.

De plus, lors de nos observations des échanges institutionnels entre les professionnels locaux (réunions entre équipes, instances de gouvernance de différents dispositifs), les jeunes qui se replient à leur domicile et s'absentent de l'école ont été plusieurs fois cités comme une population à cibler de façon prioritaire. D'autant plus

que bon nombre de professionnels évoquent alors leurs difficultés à répondre aux attentes parentales, ainsi que les limites de leurs interventions, face à ces jeunes qui ne sortent pas de chez eux et refusent bien souvent de les rencontrer.

Par ailleurs, à la MDA, les familles sont la plupart du temps à l'origine de la demande d'aide. Pour trois de ces jeunes sur quatre, les parents sont présents dès la première venue, qu'ils viennent seuls ou qu'ils amènent leur adolescent. La grande majorité d'entre eux (ou de leur famille) bénéficient alors de consultations répétées (pour 20 %, les prises en charge représentent trois ou quatre consultations et pour 56 %, les prises en charge représentent cinq consultations ou plus).

Certes, les pratiques de recours et d'orientation, pour ces jeunes qui inquiètent leur famille et les professionnels, s'inscrivent bien dans les représentations des conduites de retrait comme un signe de la souffrance psychique juvénile. Les motifs énoncés à la première venue sont ainsi associés la plupart du temps à l'expérience de la souffrance psychique (pour 64 % de ces jeunes et en particulier à la tristesse, pour 44 % de ces jeunes, avec $p\text{-value} < 0,001$). De plus, bien souvent, les jeunes qui se retirent de la scène sociale sont orientés vers la MDA par les professionnels du monde scolaire ou les médecins traitants. Ils sont orientés ensuite vers les professionnels du monde de la santé psychique, sur place ou quelquefois vers les services de la psychiatrie infanto-juvénile.

Cependant, cette expérience du retrait des interactions sociales est loin de relever seulement d'une expérience psychique, intime et subjective, de la souffrance. Non seulement les jeunes qui se retirent de la scène sociale, en s'absentant de l'école et en restant chez eux, cumulent les souffrances psychiques, physiques et sociales, mais ils cumulent aussi de façon significative les différents indicateurs de ces souffrances. En lien avec les représentations du retrait social comme un problème de santé mentale, plus de deux jeunes sur trois cumulent plusieurs indicateurs de la souffrance psychique (70 %). Toutefois, il faut également souligner que plus de la moitié d'entre eux manquent de plusieurs appuis sociaux (55 %), presque la moitié cumulent au moins deux indicateurs de la souffrance physique (47 %) et presque la moitié font aussi l'expérience d'un rapport négatif à soi (45 %).

Ces jeunes qui se rendent invisibles pour l'école, pour les professionnels ou pour les autres jeunes, vivent à la fois (et de façon significative, avec $p\text{-value} < 0,05$) des atteintes corporelles (avec des tentatives de suicide pour quelques-uns), des somatisations (pour 84 % d'entre eux, avec les réactions incontrôlées de leurs corps et

les douleurs corporelles), en même temps qu'ils se dévalorisent (50 %), qu'ils décrivent leur solitude (30 %), leur expérience de la peur (59 %), de la tristesse (70 %), leurs pensées macabres (44 %) et leurs problèmes de sommeil (77 %).

Une dernière vignette est proposée pour illustrer comment le retrait de la scène sociale s'articule avec les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance, en suscitant des réactions sociales dans le quotidien.

Les citations en italique et entre guillemets sont issues de cinq dossiers, représentatifs des situations où les jeunes se retirent des interactions, s'absentent de l'école au moins plusieurs semaines et cumulent les expériences de la souffrance.

VIGNETTE 7. GAËLLE

RETRAIT SOCIAL, CUMUL DES EXPÉRIENCES DE LA SOUFFRANCE ET INQUIÉTUDES FAMILIALES

Fille, 15 ans, scolarisée en 2^{de} en lycée général, elle vit avec sa mère dans l'ouest du département, elle ne voit plus son père depuis la séparation de ses parents il y a trois ans. Sa mère est animatrice commerciale, le métier de son père n'est pas renseigné. Sa mère l'amène à la MDA, sur les conseils du médecin traitant.

PREMIÈRE VENUE À LA MDA

Gaëlle parle peu, elle n'avait pas envie de venir. Pour expliquer leur venue, sa mère évoque « *le mal-être de Gaëlle* » et ses « *difficultés à aller à l'école* ».

Depuis quelques semaines elle n'est plus retournée au lycée, sa mère s'inquiète « *Gaëlle ne sort plus de la maison et refuse tout soin* ».

Gaëlle lui a dit que « *sa scolarité ne lui plaît pas* », elle a des résultats corrects malgré une baisse avec le passage en 2^{de} (elle est passée de 15 à 12 de moyenne générale), mais « *elle va au lycée la boule au ventre* » et aujourd'hui « *elle ne veut plus aller à l'école* ».

Un projet professionnel en apprentissage pourrait être envisagé « *mais pas avant la rentrée prochaine* ». De toutes façons, Gaëlle ne sait pas quelle formation pourrait lui plaire « *elle n'a pas de projet, sa mère l'encourage à poursuivre jusqu'au BAC afin de pouvoir "avoir le choix"* ».

Avec les questions du référent socioéducatif, la mère explique qu'elle est séparée du père de Gaëlle depuis trois ans, elle a « *déposé plusieurs plaintes pour violences conjugales* », Gaëlle confirme qu'elle « *ne parle plus à son père depuis* ». Sa mère explique que la relation entre Gaëlle et son père a toujours été compliquée, Monsieur « *faisant peu cas de sa fille* ». Gaëlle décrit les humiliations et les insultes de son père « *il me rabaissait, il disait que j'étais nulle* ».

...

...

Concernant son entourage amical, Gaëlle a quelques amies, mais elle ne les voit plus « *j'ai un peu tout lâché car je me rends compte que ce ne sont pas des vrais amis* ».

Concernant son sommeil, elle décrit des « *réveils fréquents puis se rendort* ».

Concernant son alimentation, sa mère dit que Gaëlle « *se nourrit peu, boit beaucoup d'eau, a maigri* ».

Gaëlle souffre aussi de maux de ventre, de maux de tête, de vertiges récurrents et elle se plaint d'être fatiguée. Un examen sanguin a été fait récemment qui n'a rien relevé.

Interrogée sur son moral, Gaëlle l'auto évalue à 3 sur 10, elle a « *moins envie de faire des choses* », elle « *se sent parfois triste* ». Elle dit que « *c'est compliqué à la maison, c'est compliqué à l'école "je n'ai aucune échappatoire, tout me fatigue"* ». Elle dit aussi « *avoir de moins en moins d'énergie et avoir du mal à aller vers les gens* ». Gaëlle dit avec fatalisme « *j'ai pas d'avenir* ». Sa mère ajoute qu'elle « *manque de confiance en elle* ».

Selon sa mère « *Gaëlle ne va bien ni dans sa tête ni dans son corps* », madame dit qu'elle ne sait plus « *vers qui se tourner* », elle s'inquiète de « *la rupture des liens sociaux, de l'isolement et de la déscolarisation de sa fille* », d'autant plus qu'elle-même travaille et que Gaëlle est seule toute la journée. Elle voudrait « *qu'on aide Gaëlle : retour école, mal être* ». Gaëlle ne formule aucune demande.

À la fin de ce premier accueil, il est convenu que le référent socioéducatif et la mère prendront chacun contact avec le service ambulatoire de la psychiatrie infanto-juvénile du lieu de résidence de la famille, pour demander la prise en charge de Gaëlle. Gaëlle se montre réticente mais ne s'oppose pas.

LA PRISE EN CHARGE REPRÉSENTE QUATRE CONSULTATIONS AVEC LE RÉFÉRENT
SOCIOÉDUCATIF, SUR UNE PÉRIODE DE QUATRE MOIS POUR SA MÈRE SEULE
PUISQUE GAËLLE REFUSE DE REVENIR

Au rendez-vous suivant, Gaëlle a repris la scolarité mais sa mère explique qu'elle doit la réveiller et l'accompagner au lycée tous les matins. La mère dit qu'elle « *se sent seule, n'arrive pas à contraindre sa fille* ». Le rendez-vous a été pris avec le centre médico-psychologique, mais elle s'inquiète de ne pas réussir à y amener Gaëlle.

Dans la vie quotidienne, les interactions entre la mère et la fille peuvent être conflictuelles, par exemple Gaëlle « *veut souvent manger dans sa chambre et elle ne range rien* ». La mère de Gaëlle se sent responsable « *puisque'elle ne sait pas toujours lui dire non* ».

Avant le rendez-vous suivant, la mère de Gaëlle appelle le référent socioéducatif après une nouvelle altercation avec sa fille : « *"je l'ai retrouvée en pleurs dans la salle de bains l'autre matin, je me suis énervée et je lui ai dit d'aller au lycée", madame le regrette, "Gaëlle a tenté de fuguer" et depuis elle refuse de parler à sa mère* ».

...

...

Au rendez-vous suivant, la mère de Gaëlle explique que c'est toujours « *difficile à la maison, on est toujours fâché, aucune ne fait le premier pas pour revenir vers l'autre, elle ne mange plus avec moi* ».

Gaëlle se plaint de sa mère « *elle ne veut plus m'entendre lui parler de l'école* ».

Sa mère décrit aussi le manque d'hygiène de sa fille, « *Gaëlle refuse d'aller à la douche et elle ne range plus sa chambre* ».

Au rendez-vous suivant, la mère de Gaëlle est inquiète parce que sa fille est triste, elle « *pense que Gaëlle est déprimée* ». Gaëlle lui a dit qu'elle avait « *des idées noires, qu'elle se demande parfois "ce qu'elle fout là"* » sans réussir à en dire plus.

Un seul rendez-vous a été honoré avec le centre médico-psychologique. Selon sa mère, Gaëlle « *refuse toute prise en charge et ne veut pas se soigner* », « *elle ne sort plus, ne se lave plus, ne s'habille plus, ne mange que des croissants du pain et du jus d'orange, elle dort le jour, dit être fatiguée, s'énerve vite, change d'humeur* ».

Gaëlle a recommencé à s'absenter au lycée, sa mère « *ne comprend pas que l'on n'oblige pas sa fille à revenir à l'école* ». Gaëlle a expliqué à sa mère qu'elle n'a pas d'intérêt pour sa scolarité, les notes ont encore baissé. Alors sa mère a décidé que Gaëlle irait à l'internat si la situation ne s'améliore pas « *je suis déterminée* ».

Lors du dernier entretien à la MDA, la mère de Gaëlle explique que sa fille « *va mieux, elle a repris le lycée depuis 3 semaines et va poursuivre sa scolarité jusqu'au bac* ». Les notes se sont améliorées. Gaëlle a expliqué à sa mère qu'elle « *souhaite soit aller à la fac pour obtenir un logement étudiant et les bourses, soit rechercher un emploi, son objectif est de quitter la maison et d'avoir son autonomie* ».

En ce qui concerne la vie quotidienne, la mère de Gaëlle explique qu'elle « *a été ferme* », elles reprennent leurs repas ensemble, elles se parlent davantage. Gaëlle lui a dit « *de la lâcher par rapport au lycée, madame a du mal mais elle essaie* ».

Gaëlle refuse toujours de se rendre au centre médico-psychologique ou de venir à la MDA, sa mère « *n'a plus de demande pour l'instant, mais est heureuse de savoir qu'on est là* ».

Après avoir décrit les multiples expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance vécues par les jeunes pris en charge à la MDA, une typologie est construite. Les expériences-types mises en lumière devraient ainsi permettre d'avancer encore dans la compréhension de la souffrance, pour ce public particulier.

CHAPITRE 9

Typologie des expériences juvéniles de la souffrance à la MDA

Les indicateurs des souffrances psychiques, physiques et sociales – définis les uns après les autres dans les chapitres précédents et mobilisés pour décrire ces expériences juvéniles multiples et imbriquées de la souffrance – servent à présent à construire une typologie des expériences juvéniles de la souffrance, prises en charge à la MDA.

9.1 Remarques méthodologiques

Caractère cumulatif des expériences juvéniles de la souffrance et construction d'une typologie

Avant de présenter la typologie des expériences juvéniles de la souffrance, il est nécessaire de donner quelques précisions méthodologiques.

La démarche statistique, ici pour construire des formes génériques des expériences de la souffrance juvénile, a fait évoluer notre manière d'appréhender la souffrance des jeunes pris en charge à la MDA et d'en rendre compte, tout au long de la recherche.

Dans un premier temps, une importance centrale a été donnée à la distinction entre souffrances psychiques, souffrances physiques et souffrances sociales. La structuration de la rédaction en est d'ailleurs l'illustration. Nous avons ainsi considéré que le caractère psychique, physique ou social des souffrances prises en charge dans le dispositif local pouvaient constituer des *variables* de la souffrance juvénile, au sens statistique.

Nos premiers essais de construction d'une typologie des expériences juvéniles de la souffrance – à partir des méthodes de l'analyse des correspondances multiples (ACM) puis de la classification ascendante hiérarchique menée sur les facteurs mis en avant par l'ACM – visaient donc à répartir les dossiers des jeunes de la MDA selon la présence ou l'absence de ces souffrances psychiques, physiques ou sociales.

Cependant, notre hypothèse selon laquelle les différentes catégories de souffrances sont susceptibles de distinguer les jeunes entre eux n'a pas été vérifiée, cette logique ne s'est pas avérée pertinente.

En effet, quels que soient les choix de variables utilisées pour construire une typologie (toutes les expériences de la souffrance ou seulement les trois expériences sociales de la souffrance) et quels que soient le nombre de dossiers utilisés (tous les dossiers analysés ou seulement ceux concernés par certaines expériences de la souffrance), les résultats se présentent systématiquement sous la forme de dendrogrammes en escalier.

Cette représentation des données, sous la forme d'un escalier, signifie que les *classes* (ici, les « expériences-types » de souffrance) qui regroupent les individus selon la dissimilarité minimale entre eux, se distinguent les unes des autres en écartant à chaque étape (à chaque marche de l'escalier) une expérience ou une autre de la souffrance. Autrement dit, ce ne sont pas les catégories de souffrance qui distinguent les jeunes pris en charge à la MDA entre eux, mais leur cumul. Dans cette configuration des analyses statistiques, les premières classes sont toujours constituées de jeunes faisant une seule expérience de la souffrance jusqu'aux dernières classes où les jeunes cumulent les expériences psychiques, physiques et sociales.

Si cette position méthodologique ne permet pas de faire émerger des expériences-types, elle met néanmoins en exergue le caractère cumulatif des expériences juvéniles de la souffrance, régulièrement évoqué tout au long des analyses précédentes.

Cette remarque relative à nos premiers tests statistiques est donc à nouveau l'occasion de souligner que les souffrances juvéniles sont très significativement caractérisées par le cumul des expériences psychiques, physiques et sociales (en distinguant les trois formes des souffrances sociales).

Pour l'illustrer, le tableau ci-contre montre que :

- presque tous les jeunes vivent au moins deux expériences de la souffrance (93 %) ;
- plus de trois jeunes sur quatre vivent ou ont vécu au moins trois expériences de la souffrance, simultanément ou successivement (78 %) ;
- plus de la moitié des jeunes de notre corpus vivent au moins quatre expériences distinctes de la souffrance (60 %) ;
- plus d'un jeune sur quatre cumulent toutes les expériences de la souffrance (28 %)

Précisons que pour les 11 dossiers qui ne donnent aucune information sur les expériences de la souffrance, il s'agit de demandes de renseignements divers (ouverture de droits sociaux, démarches de recherche de logement, coordonnées de professionnels du psychisme après un déménagement, etc.) pour des jeunes, des familles ou des professionnels qui ne viennent alors qu'une seule fois à la MDA.

Le caractère cumulatif de ces expériences psychiques, physiques et sociales donne de nouvelles pistes pour comprendre les souffrances prises en charge à la MDA.

		Effectifs	Fréquence
Nombre d'expériences vécues de la souffrance	Aucune	11	3,6 %
	Une expérience	11	3,6 %
	Deux expériences	43	14,2 %
	Trois expériences	56	18,5 %
	Quatre expériences	95	31,5 %
	Cinq expériences	86	28,5 %
Cumul des expériences psychiques, physiques ou sociales de la souffrance	Au moins une	291	96,4 %
	Au moins deux	280	92,7 %
	Au moins trois	237	78,5 %
	Au moins quatre	181	59,9 %
	Toutes les expériences	86	28,5 %

TABLE 14 – Répartition du nombre d'expériences vécues de la souffrance et de leur cumul

Champ : Corpus des dossiers de jeunes pris en charge en 2017 à la MDA

Lecture : 28,48 % des dossiers de notre corpus cumulent au moins une expérience psychique de la souffrance et au moins une expérience physique de la souffrance et au moins une expérience sociale de la souffrance associée à la faiblesse des appuis sociaux de l'existence et au moins une expérience sociale de la souffrance associée au rapport négatif à soi et au moins une expérience de la souffrance dans les interactions

Ces jeunes sont rarement concernés par les maltraitances familiales ou les carences éducatives graves, ils sont peu nombreux à être confrontés à la pauvreté et la grande majorité d'entre eux sont scolarisés. En outre, leurs expériences de la souffrance ne sont pas toujours les mêmes que celles vécues par d'autres populations de jeunes, qui font habituellement l'objet des analyses en sociologie de la jeunesse. Pourtant, les jeunes pris en charge à la MDA sont nombreux à décrire ou à montrer leurs souffrances psychiques, physiques et sociales, très souvent entremêlées les unes aux autres.

Les expériences de la souffrance – pour ces jeunes relativement privilégiés en ce qui concerne les conditions matérielles de vie, le maintien et la permanence d'une scolarité ordinaire, ou encore la faible exposition à la maltraitance – pourraient alors être considérées, non pas comme des expériences de l'insupportable, mais comme des expériences sociales négatives. Au prisme des représentations dépréciatives de la MDA dans le contexte local – éventuellement considérée comme un lieu sans réelle activité, à l'intention des « bobos » ou plus largement d'adolescents et de jeunes adultes qui n'en auraient pas vraiment besoin –, les données relatives à la souffrance de ces

jeunes pourraient ainsi être envisagées comme le signe qu'ils vivent avec quelques difficultés la séparation de leurs parents, qu'ils ont des problèmes de sommeil en périodes d'examens scolaires, qu'ils sont tristes quand ils vivent des ruptures amicales et amoureuses, ou encore qu'ils ont du mal à accepter les baisses de résultats scolaires.

Cependant, les récits de souffrance formulés par les jeunes, retranscrits dans les dossiers, viennent contredire ces représentations. En effet, les jeunes pris en charge à la MDA cumulent presque systématiquement de multiples expériences insupportables. En outre, en s'attardant sur quelques indicateurs – ceux également mis en avant dans la plupart des expériences de l'insupportable vécues par les jeunes pris en charge dans les dispositifs traditionnels (de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse ou encore de la psychiatrie infanto-juvénile) –, alors les dossiers de la MDA montrent que les jeunes sont aussi concernés.

Pour rappel et pour n'en citer que quelques-uns parmi ceux qui inquiètent l'action publique de santé, dans notre corpus :

- la déscolarisation pendant plusieurs semaines concerne une vingtaine de jeunes (soit 6 % de l'ensemble de notre corpus) ;
- les attaques de son propre corps, le plus souvent des scarifications, concernent plus de quarante jeunes (14 %) ;
- les consommations de produits avec un effet sur la perception concernent plus de soixante jeunes (20 %) ;
- la récurrence des envies de mourir concerne plus de soixante-dix jeunes (25 %) et treize jeunes ont effectivement tenté de se tuer ;
- la prise de poids, voire le surpoids et l'obésité, ou la perte de poids, voire les troubles alimentaires médicalisés, concernent soixante-quinze jeunes au total (25 %) ;
- les violences portées sur les objets ou sur les autres concernent plus de quatre-vingt jeunes (28 %) ;
- la perception négative de soi concerne presque quatre-vingt-dix jeunes (29 %).

Cette idée que le public de la MDA serait seulement confronté à des expériences négatives doit aussi être considérée au prisme des indicateurs de la prise en charge :

- plus de la moitié des jeunes de notre corpus viennent au moins trois fois à la MDA (56 %) et un jeune sur trois viennent plus de cinq fois (33 %) ;
- presque deux jeunes sur trois (31 %) rencontrent non seulement les professionnels socioéducatifs chargés du premier accueil, mais aussi des professionnels de la santé (pédiatre, psychologue ou psychiatre) ;

- quand les jeunes viennent seuls à la MDA (20 %), ils viennent toujours au motif de l'une ou l'autre des expériences de la souffrance, le plus souvent il s'agit des souffrances psychiques.

Ces différents éléments relatifs à la prise en charge, en particulier l'acceptation de plusieurs rendez-vous, amènent à considérer qu'il s'agit bien d'expériences de la souffrance, d'autant plus que pour la majorité des jeunes, ces expériences se cumulent les unes avec les autres.

Certes, la souffrance ressentie pourrait être considérée comme insupportable sur une courte période et l'accessibilité de la MDA, qui reçoit sans rendez-vous, pourrait expliquer qu'un jeune vienne au moment où il ressent un mal-être, qu'il aurait peut-être pu affronter sans aide s'il lui était plus difficile de rencontrer des professionnels. Toutefois, accepter de revenir, accepter que ses parents soient informés, ou encore accepter de rencontrer plusieurs professionnels semble difficilement compatible avec les seules expériences négatives du quotidien et l'absence de souffrance. Les dispositifs locaux traditionnels ont en effet plutôt tendance à souligner les difficultés pour rencontrer des adolescents et pour organiser des suivis au plus long court.

Nous considérons donc que ces jeunes vivent bien des expériences de la souffrance, la plupart du temps dans l'isolement et sans soutien possible, cumulant un rapport négatif à eux-mêmes avec le manque de reconnaissance ou la reconnaissance dépréciative dans les interactions. Les jeunes pris en charge à la MDA vivent des émotions négatives envahissantes et des expériences corporelles douloureuses et incontrôlées, ils sont confrontés à l'impossibilité réelle ou supposée de s'épanouir et de se réaliser, d'être reconnus comme des individus dignes de valeur, c'est-à-dire – en termes philosophiques et pour reprendre la conceptualisation de la souffrance sociale proposée par Emmanuel RENAULT [2008] – qu'ils vivent une vie qui n'est ni bonne, ni juste.

En ce qui concerne la construction d'une typologie¹ des expériences de la souffrance vécues par ces jeunes, ces expériences ne se distinguent pas par leur caractère psychique, physique ou social, elles se définissent même par leur caractère à la fois psychique, physique et social. C'est alors en s'appuyant sur les différents indicateurs de ces souffrances que des tendances peuvent être mises à jour, pour associer ou différencier entre eux les jeunes qui demandent ou qui acceptent l'aide proposée par les professionnels de la MDA.

¹ Pour l'ensemble de la présentation de la méthodologie de construction d'une typologie, voir : ROBETTE, 2011

Pour construire une typologie à partir de notre corpus nous nous appuyons donc sur l'ensemble des indicateurs des souffrances prises en charge à la MDA. Un seuil est fixé à 15 % pour la fréquence de ces indicateurs dans le corpus (sont donc exclus : l'investissement négatif du corps dans les interactions, le sentiment d'être différent des pairs du même âge et la culpabilité), afin de limiter le biais associé au poids de chaque variable dans leur traitement statistique (nos indicateurs de la souffrance devenant les variables de l'ACM).

Quinze indicateurs sont donc retenus :

- la tristesse ;
- la peur ;
- la colère ;
- les pensées macabres ;
- les atteintes corporelles ;
- les somatisations ;
- la faiblesse ou l'absence de protection dans le lien de filiation ;
- la perte d'un autrui significatif ;
- la solitude ;
- la perception négative de soi ;
- l'apathie et les questionnements identitaires ;
- la faiblesse ou l'absence de motivation, de projection ou de réussite dans la scolarité ;
- la conflictualité dans les interactions familiales ;
- l'expérience du mépris social ;
- le retrait de la scène sociale.

MÉTHODOLOGIE – CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE

Dans la mesure où ces données sont qualitatives (même si elles sont catégorisées sous la forme 0-1 pour signifier leur absence ou leur présence), une analyse des correspondances multiples (ACM) est d'abord menée sur les quinze indicateurs.

Le logiciel XLSTAT réalise l'ACM à partir du tableau disjonctif complet (indicateurs – individus, soit dans le langage de l'ACM : variables – observations). Il s'agit ici de distinguer le mieux possible les individus (plus précisément, pour cette recherche, il s'agit des dossiers des jeunes pris en charge à la MDA) et les indicateurs entre eux, ainsi que de maximiser la moyenne des corrélations entre les indicateurs. L'ACM vise à construire des facteurs qui résument le mieux l'ensemble des données disponibles.

...

...

L'ACM menée sur notre corpus construit quinze facteurs, de façon que chacun rende compte du maximum d'informations possibles (les facteurs sont classés par ordre décroissant de leur reproduction de l'inertie, ou plus simplement de leur reproduction de l'information disponible pour les individus et les indicateurs).

Seul le premier facteur se distingue des autres, reproduisant à lui seul 20 % de l'inertie, tandis que les quatorze autres facteurs se partagent le reste de l'information disponible (soit 9 à 3 % de l'inertie totale, en passant du deuxième au quinzième facteur). Ce premier facteur de l'ACM traduit la distinction présence-absence pour chacun des indicateurs (les autres facteurs ne sont pas interprétés ici dans la mesure où ils ne reproduisent pas suffisamment d'informations et où ces analyses ne sont pas nécessaires à la suite du traitement statistique des données de notre corpus).

Une classification ascendante hiérarchique (CAH) est ensuite menée sur l'ensemble des quinze facteurs construits par l'ACM (selon la même logique que les analyses lexicométriques du programme public *maisons des adolescents*).

Il s'agit de classer chaque observation (individu), par regroupements successifs, à partir des dissimilarité entre elles. La classification s'appuie ainsi sur un critère de dissimilarité pour regrouper les observations les plus proches, à la fois en créant des classes d'individus les plus homogènes possible et en visant à différencier au maximum les classes entre elles (en termes statistiques, il s'agit de comparer les variances inter-classes et intra-classe pour minimiser les variations à l'intérieur des classes et maximiser la différence entre les classes). Les classes doivent être à la fois homogènes et distinctes des autres classes.

Pour procéder à la CAH sur notre corpus, la dissimilarité est mesurée avec la distance euclidienne (distance « à vol d'oiseau » entre les observations) et l'indice de Ward est choisi comme critère d'agrégation (pour réunir les observations dont le regroupement fait le moins augmenter l'inertie intra-classe et pour éviter d'isoler les observations atypiques).

Ces analyses statistiques produisent un arbre de classification, chaque niveau correspondant à une partition de l'ensemble des observations (individus) du corpus.

Nous choisissons alors de construire cinq classes, dans lesquelles se répartissent à peu près équitablement les 302 individus de notre corpus (les typologies à différents niveaux de partition, supérieur ou inférieur à cinq classes, ont été observées mais la perte d'information était trop grande, ou à l'inverse le détail trop important).

Cette typologie, qui propose cinq expériences-type de la souffrance juvénile, apparaît comme la plus cohérente et permet le mieux de comprendre la diversité de ces expériences, qui apparaissent relativement homogènes et clairement distinctes les unes des autres.

Le dendrogramme ci-dessous constitue la représentation graphique de cette partition. La base du dendrogramme représente chaque jeune de notre corpus par un numéro (illisible dans la figure). Le trait horizontal en pointillé représente le niveau de partition choisi qui permet de distinguer les cinq classes. Les couleurs représentent chaque classe. Les branches du dendrogramme représentent l'agrégation des jeunes deux à deux, pour les regrouper dans des classes homogènes et qui se différencient nettement entre elles.

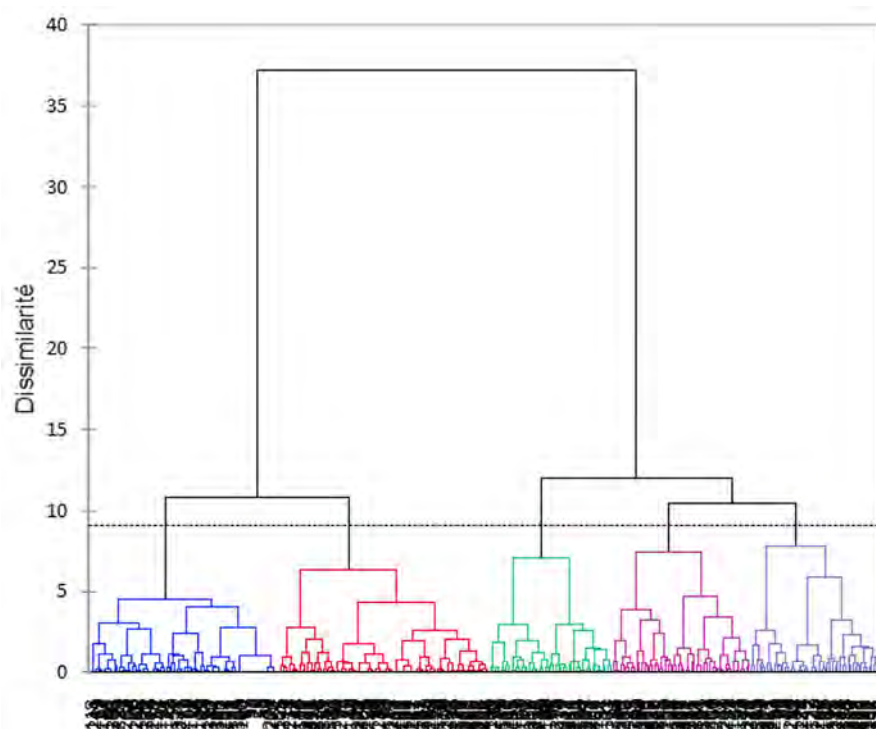


FIGURE 16 – Dendrogramme de la classification des expériences juvéniles de la souffrance en cinq classes

Champ : Corpus des dossiers de jeunes de 11 à 21 ans pris en charge en 2017 à la MDA

Outil : XLSTAT

Le dendrogramme se sépare en deux branches, pour distinguer :

- d'une part, la classe bleue (72 jeunes) et la classe rouge (81 jeunes) ;
- d'autre part, les trois autres classes. La classe verte (47 jeunes) se distingue la première. Puis le dendrogramme distingue la classe rose (53 jeunes) et la classe violette (49 jeunes).

Cet arbre de classification n'échappe pas au caractère cumulatif des expériences de la souffrance. En effet, il se structure en distinguant clairement (avec p -value < 0,05), d'une part, pour une branche : l'absence ou le nombre faible des indicateurs de la souffrance² (les classes bleue et rouge sont significativement corrélées avec les modalités 0 à 4 pour la somme des indicateurs de la souffrance) et, d'autre part, pour l'autre branche : le cumul de ces indicateurs (la classe verte est significativement corrélée avec la modalité 7 pour la somme des indicateurs de la souffrance, la classe violette avec les modalités 7 et 8 et la classe rose avec les modalités 8 à 13).

² Pour mettre en évidence le cumul des indicateurs de la souffrance, nous avons créé un indicateur « somme des indicateurs de la souffrance », les modalités allant de 0 à 15

L'une des cinq classes n'est pas présentée (la classe bleue), dans la mesure où elle est constituée des jeunes (ou des familles, ou des professionnels) qui ne viennent qu'une seule fois à la MDA. Le plus souvent il s'agit de parents qui viennent seuls, ou de jeunes adultes, qui donnent alors peu d'information sur leur situation personnelle et leurs expériences quotidiennes. Cette classe regroupe notamment des parents qui viennent évoquer une inquiétude quant aux comportements déviants de leur enfant dans le cadre scolaire. Elle regroupe aussi les dossiers qui ne décrivent aucune expérience de la souffrance, quand les jeunes viennent avec une demande de renseignement et ne reviennent plus quand ils ont obtenu les informations demandées.

Sans oublier que les typologies s'appuient sur des profils et des caractéristiques communes, alors même que chaque classe présente toujours une certaine hétérogénéité et que les situations individuelles sont toujours singulières, nous cherchons à faire émerger des tendances et des régularités et à identifier des expériences-types de la souffrance des jeunes pris en charge à la MDA.

Pour chaque classe ou expérience-type de la souffrance, outre ses caractéristiques significatives, une situation individuelle est présentée (les prénoms sont modifiés), sous la forme d'un exemple (c'est-à-dire, comme pour les exemples précédents, de façon brève et en limitant les informations présentées pour préserver l'anonymat et la confidentialité des données recueillies).

Ces exemples ne sont pas choisis pour leur intérêt individuel, au contraire ils sont proposés par l'algorithme de classification en tant que *parangon* de la classe (dans les analyses statistiques, chacune de ces situations est définie comme l'*objet central* de la classe, soit l'individu le plus proche du *barycentre*, calculé sur les coordonnées des quinze facteurs de l'ACM).

9.2 Quatre expériences-types de la souffrance juvénile

Quatre expériences-types de la souffrance sont définies, en proposant de qualifier les jeunes concernés comme suit :

- « Les décevants » (classe rouge, 81 jeunes, soit 27 % de l'ensemble du corpus) ;
- « Les discrets » (classe verte, 47 jeunes, soit 16 % de l'ensemble du corpus) ;
- « Les désajustés » (classe violette, 49 jeunes, soit 16 % de l'ensemble du corpus) ;
- « Les rejetés » (classe rose, 53 jeunes, soit 18 % de l'ensemble du corpus).

9.2.1 « Les décevants »

Ces jeunes sont ceux qui déçoivent leurs parents et les adultes du monde scolaire.

Leurs parents sont séparés pour la grande majorité d'entre eux et pour la plupart les parents ne s'entendent pas. Ces jeunes vivent au milieu des cris, des reproches et des propos dévalorisants portés par les uns sur les autres : les parents entre eux, les jeunes avec leurs parents ou encore avec leurs grands-parents.

Ces jeunes sont eux-mêmes agressifs, impulsifs, bien souvent en colère. Surtout, ils ne sont pas motivés dans leur scolarité, leurs résultats sont faibles ou en baisse et en classe ils s'amuse, ils bavardent, ils peuvent être insolents et déranger l'ordre scolaire, ce qui les conduit bien souvent à être sanctionnés.

Les parents viennent à la MDA, seuls ou en amenant leur adolescent réticent et réfractaire à toute aide. Ils se plaignent des appels fréquents de l'école, mais aussi de leur vie quotidienne avec cet enfant qui s'oppose à eux pour tout et pour rien, qui refuse de faire ses devoirs, qui change d'humeur et peut passer de la colère aux larmes, sans s'expliquer.

HUGO, 13 ANS

Sa mère vient seule à la MDA, aux motifs des « *problèmes de comportement scolaire* » et de la « *difficulté de madame à être autoritaire* ».

Hugo vit avec sa mère et son beau-père, il ne voit plus son père. Sa mère se plaint qu'il « *n'écoute pas les règles posées* » à la maison. Elle décrit aussi les conflits récurrents entre Hugo et son beau-père, l'un n'écoute rien quand l'autre est « *autoritaire* », elle n'est pas toujours d'accord avec son compagnon, mais personne « *ne lâche rien et ils ne font que se disputer* ».

Elle s'inquiète surtout de l'attitude de son fils à l'école, « *il pose des problèmes* », il a de « *mauvaises attitudes envers les adultes du collège* », il ne travaille pas et ses résultats ont beaucoup baissé avec le passage en 5^e. Hugo a déjà fait l'objet de plusieurs exclusions de cours, parce qu'il bavarde, ou parce qu'il est insolent. Les professeurs disent que « *si on ne va pas dans son sens, il peut se braquer* » et la direction de l'établissement a menacé d'organiser un conseil de discipline s'il continue comme ça.

Avec l'accumulation des problèmes scolaires et des conflits à la maison, sa mère « *dit ne plus supporter son fils et ne plus réussir à l'écouter* ».

Au rendez-vous suivant elle amène Hugo à la MDA. Il confirme les propos de sa mère et se rend responsable des difficultés familiales « *je fais beaucoup de bêtises et je regrette* », « *je ne travaille pas beaucoup et j'ai des mots dans le carnet* », « *je ne suis pas les règles de maman* », « *ça me rend triste* ».

Les jeunes « décevants » sont l'objet de la réprobation parentale, ils ne sont pas les « bons » élèves attendus, ils confrontent leurs parents aux écarts entre l'enfant idéal et l'adolescent récalcitrant et opposant qu'ils sont devenus dans le quotidien familial. Ces jeunes se confrontent alors eux-mêmes au regard dépréciatif porté sur eux. Cependant, s'ils sont souvent en colère, ils ont aussi tendance à comprendre les réactions négatives et la déception des adultes de leur entourage, qui ne perçoivent pas leurs émotions ni leurs comportements comme une forme de souffrance.

Ces jeunes acceptent alors de venir à la MDA, davantage pour que leurs parents soient soutenus que pour eux-mêmes. Ils sont ensuite nombreux à se plier au jeu des entretiens familiaux avec le référent socioéducatif, au cours desquels chacun peut parler de son expérience de la conflictualité familiale, de son ressenti et de ses attentes pour que la vie familiale et scolaire s'améliore.

9.2.2 « Les discrets »

Les jeunes « discrets » n'ont pas de problème de confiance en eux et ils ont des relations avec leurs pairs, mais ils ne sont pas vraiment entourés. Ils fréquentent quelques groupes mais parmi les jeunes de leur âge, ils n'ont pas de relations qui comptent, ou plutôt ils ne comptent pour personne. Ils ont connu des deuils, des ruptures amoureuses et la plupart d'entre eux ne pensent pas non plus pouvoir compter sur leurs parents.

Ces jeunes « discrets » sont tristes, la plupart d'entre eux pensent à la mort. Leur corps les fait souffrir, ils se plaignent de douleurs qui n'ont pas de motif, ils n'arrivent pas à dormir, quelques-uns ont grossi et ils ont subi des violences physiques.

Ces jeunes ont déjà vu des psychologues et ils acceptent de recommencer à la MDA quand leur souffrance est repérée par le monde scolaire, mais ils répondent alors aux attentes des adultes qui s'inquiètent, plutôt qu'ils ne demandent une aide. Eux-mêmes sont résignés, ils ont appris à vivre avec leurs souffrances qui, jusqu'à présent, étaient restées discrètes et assumées de façon solitaire.

IGOR, 16 ANS

Il vient avec sa mère à la MDA, il va mal depuis longtemps, même s'il reconnaît que cela s'aggrave ces derniers mois. Sa mère est malade, sa petite amie l'a quitté, chez son père il se sent moins pris en compte que ses demi-frère et sœur, il est plein de doutes quant à son avenir scolaire, mais aussi, plus largement, il se demande qui il est et comment il peut s'intégrer dans la société.

...

...

Il vient avec sa mère à la MDA, il va mal depuis longtemps, même s'il reconnaît que cela s'aggrave ces derniers mois. Sa mère est malade, sa petite amie l'a quitté, chez son père il se sent moins pris en compte que ses demi-frère et sœur, il est plein de doutes quant à son avenir scolaire, mais aussi, plus largement, il se demande qui il est et comment il peut s'intégrer dans la société.

Alors il n'arrive plus à dormir, il se réveille fatigué, il décrit bien qu'il n'a plus d'énergie pour rien. Ses problèmes de peau le font souffrir. Il réussit mieux à parler de son corps que de ses émotions, « *son discours est parfois vague et intellectualisé lorsque les questions sont plus intimes* ».

Il pense souvent à la mort, même s'il précise qu'il ne se suicidera pas « *car c'est un acte égoïste* ».

Néanmoins, il sait faire avec sa souffrance, il s'appuie sur ses copains et sur sa famille, même s'il « *n'évoque jamais ses difficultés* » avec eux, il essaie de se projeter dans un futur métier pour trouver de la motivation au lycée, il s'efforce de porter son attention sur « *les petites choses de la vie* » qui peuvent lui donner du plaisir, comme la musique ou le sport et il refuse de s'attarder sur ses soucis « *j'essaie de ne pas y penser* ».

Face aux inquiétudes de sa mère et du référent socioéducatif de la MDA, il accepte « *sans réticence* » de rencontrer un professionnel du psychisme sur place.

La priorité est d'abord donnée aux problèmes de sommeil, Igor se plie tant bien que mal aux conseils des professionnels et il réussit progressivement à mieux dormir.

Les professionnels nomment avec lui son état comme un « *épisode dépressif* ». Ils en recherchent les causes, même si Igor « *ne les identifie pas précisément* ». Ils lui expliquent « *ses symptômes, l'évolution habituelle et le risque de récurrence* ». Igor comprend que cette période génère des « *biais cognitifs* » qui peuvent expliquer « *sa vision négative du monde et de l'avenir* ».

Les jeunes « discrets » sont isolés au milieu des autres, ils ne sont jamais vraiment seuls mais ils ne bénéficient pourtant d'aucun soutien pour faire face à la souffrance, qui les accompagne bien souvent depuis plusieurs années. Ils ont l'habitude d'être tristes, ils ont l'habitude d'avoir mal et de ne pas bien dormir, ils ont l'habitude de se sentir seuls.

Mais ils vivent cette souffrance de façon silencieuse, sans se plaindre, sans demander de l'aide, comme pour se faire oublier. Cependant, quand les adultes repèrent leur souffrance (le plus souvent dans le monde scolaire), ils se plient à leurs conseils et à la MDA, alors qu'ils viennent parce qu'on leur a demandé de venir, ils jouent le jeu de la prise en charge et acceptent de revenir si des consultations leur sont proposées.

9.2.3 « Les désajustés »

Les jeunes « désajustés » sont la plupart du temps lycéens. Ils sont seuls, sans amis. Ils ne contrôlent pas leurs émotions ni leur corps, qui leur fait mal et dans lequel quelques-uns se sentent mal. Ils sont tristes, ils ont peur, mais surtout ils ne se considèrent pas comme des individus dignes de valeur et se dévalorisent. Ils ne trouvent pas de sens à leur vie, se sentent vides et n'ont d'intérêt pour rien.

Ces jeunes ressentent vivement le désajustement entre ce qu'ils sont et ce qu'ils voudraient être ou ce que leurs familles, leurs professeurs, leurs pairs attendent qu'ils soient.

JULIE, 17 ANS

Elle vient à la MDA avec sa mère parce qu'elle a « *du mal à gérer son stress au niveau du lycée* ». Elle décrit « *des attaques de panique, des crises d'angoisse* » la veille des examens scolaires. Elle pleure, elle a peur, elle n'arrive pas à dormir et parfois elle n'arrive pas à aller au lycée le matin.

Elle a un petit ami, mais elle le voit peu et elle s'inquiète de ce qu'il peut penser d'elle, comme avec les autres jeunes ou les adultes de son entourage. Elle a « *toujours peur de blesser les gens, qu'on lui en veuille si elle dit quelque chose maladroitement* ».

Elle se sent triste et tout le temps inquiète, elle se trouve « *trop maigre* », elle a arrêté le sport, passe tout son temps à travailler pour obtenir son baccalauréat, mais elle anticipe qu'elle n'y arrivera pas. Alors elle culpabilise quand elle s'accorde du temps pour elle, juste pour le plaisir, mais de toutes façons elle n'a goût à rien. Elle auto évalue son estime d'elle-même sous la moyenne, se donnant une note de 4 sur 10. Pourtant, sa mère la décrit comme une élève « *très brillante en classe depuis le collège* », mais Julie rétorque que ses notes (avec une moyenne générale de 15 sur 20) « *sont toujours en-dessous de la moyenne de la classe* ».

Quand elle décrit son quotidien, entre le travail scolaire et les émotions négatives, elle dit que « *ce n'est pas épanouissant* ». Elle voudrait être aidée « *à ne plus stresser et à avoir plus confiance en elle* ».

Les jeunes « désajustés » se sentent différents des autres, inférieurs aux autres, moins intéressants, moins beaux, moins brillants, moins vivants. Ils anticipent leurs échecs dans toutes les situations et en particulier dans leur scolarité. En outre, quand leurs pairs, leurs professeurs ou leur famille les contredisent et tentent de les rassurer sur leurs capacités, ils ne leur accordent aucun crédit, tant ils sont persuadés de leur faible valeur.

Ces jeunes considèrent qu'ils ne sont pas la personne qu'ils devraient être, ils ne sont pas le bon ami qu'ils aimeraient être, ils ne sont pas le bon enfant qu'il faudrait être, ils ne sont pas non plus le bon élève qu'ils voudraient être. Ils font l'expérience d'un désajustement entre l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et l'image que les autres leur renvoient, ainsi que d'une dissonance entre ce qu'ils sont, ce qu'ils veulent être et ce qu'ils souhaitent devenir. Leur souffrance se manifeste à eux au travers de leur corps et de leurs émotions qu'ils ne contrôlent pas, cette absence de contrôle sur eux-mêmes tendant d'ailleurs à renforcer leur perception négative d'eux-mêmes.

9.2.4 « Les rejetés »

Les jeunes « rejetés » font l'expérience des interactions violentes et du mépris social. Ils sont ceux qui cumulent le plus d'expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance. Ils pensent à la mort, ils sont tristes et ils ont peur, ils n'arrivent pas à dormir et ressentent des douleurs corporelles, ils ne se sentent pas à leur place, ni à l'école, ni parmi leurs pairs, ils ne donnent pas de sens à leur vie et encore moins à leur scolarité et ils n'ont pas d'appuis sociaux pour affronter la souffrance.

Ces jeunes sont souvent orientés vers la MDA par des professionnels qu'ils croisent dans leur quotidien, ils viennent alors parler explicitement de leurs émotions négatives et demander de l'aide pour apprendre à mieux les réguler, en acceptant la plupart du temps de revenir plusieurs fois.

KARINE, 18 ANS

Elle vient seule à la MDA à la demande de son lycée, où les professionnels s'inquiètent de son amaigrissement. Elle a perdu plusieurs kilos depuis la rentrée. Elle explique qu'elle ne mange pas beaucoup, « *au début c'était le stress qui m'empêchait de manger et puis c'est devenu une habitude* ».

Rapidement, elle précise qu'elle ne veut pas que ses parents soient informés de sa venue, même si elle pense que ça ne les fera pas réagir. Elle parle de l'absence de son père, qui ne s'est pas beaucoup occupé d'elle quand elle était enfant et qui va bientôt partir vivre à l'étranger. Elle dit que sa relation avec sa mère est « *toxique* ». À la maison, personne « *ne s'intéresse aux enfants* », sa mère répète d'ailleurs « *qu'elle aurait mieux fait de ne pas avoir d'enfant* ».

...

...

Alors Karine se concentre sur sa scolarité, elle travaille beaucoup « *ça lui évite de penser* », elle est « *la meilleure élève de la classe* », mais cette réussite n'est pas toujours bien perçue par les autres jeunes de sa classe, qui se moquent parfois d'elle.

Karine se sent triste, fatiguée, elle se dévalorise, elle a « *des idées noires tous les jours* », mais elle ne se confie à personne. Elle accepte de rencontrer un professionnel du psychisme à la MDA « *pour voir si ça peut l'aider* », mais après le premier accueil, elle ne revient plus.

Les jeunes « rejetés » font l'expérience du mépris et du déni de reconnaissance dans la plupart de leurs interactions sociales. La majorité d'entre eux ne parviennent pas à se motiver ni à réussir dans leur scolarité, quand d'autres ne trouvent du réconfort que dans leur réussite scolaire. Ils se sentent mal dans leur corps, qu'un nombre non négligeable d'entre eux attaquent quand ils ne subissent pas des violences. Ils n'ont aucun appui social pour affronter ces souffrances, la plupart décrivent leur solitude et l'absence de protection de leur famille.

Les jeunes « rejetés » cumulent ainsi toutes les souffrances, qu'elles soient psychiques, physiques ou sociales, ils sont dévalorisés et se dévalorisent eux-mêmes, ils sont attaqués et s'attaquent eux-mêmes et quand ils ne font pas l'objet du mépris et de la disqualification, ils sont invisibles pour les autres ou se rendent eux-mêmes invisibles en se retirant de la scène sociale.

Conclusion de la troisième partie

Des expériences juvéniles de la souffrance cumulées et socialement situées

En prenant appui sur la retranscription des discours relatifs aux expériences vécues individuellement par chacun des jeunes pris en charge à la MDA, nous avons montré que les expériences juvéniles de la souffrance croisent et entremêlent de façon complexe des expériences à la fois psychiques, individuelles et sociales.

Au moment de la recherche, le public de la MDA ne ressemble pas à celui des autres organisations locales de la jeunesse. Les pratiques d'orientation par des professionnels de première ligne (le plus souvent des médecins traitants ou des professionnels intervenant dans les établissements scolaires) et les pratiques de recours par les jeunes eux-mêmes ou leur famille amènent à la MDA autant de filles que de garçons, très majoritairement scolarisés dans le second degré, avec le plus souvent au moins l'un des deux parents qui travaillent, dans des groupes socioprofessionnels des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale.

Il ne s'agit donc pas des publics traditionnellement ciblés par les politiques de jeunesse, leurs expériences de la souffrance ne ressemblent pas à celles des jeunes chômeurs, délinquants, en danger, déscolarisés, errants, migrants, ou en situation de pauvreté.

Pourtant, ils se saisissent de l'opportunité de demander de l'aide aux professionnels de la MDA mis à leur disposition par la collectivité départementale et la psychiatrie-infanto-juvénile locales. Ils viennent spontanément dire ou montrer leur souffrance, ou bien ils sont orientés par d'autres jeunes ou par les adultes de leur entourage qui ont repéré leur souffrance et qui s'inquiètent de son évolution négative possible, en termes de maladie mentale ou de ruptures des liens sociaux.

Ils vivent ainsi des expériences émotionnelles, corporelles et interactionnelles, qui s'associent à de multiples formes d'isolement social et bien souvent à un jugement dépréciatif sur eux-mêmes, les unes renforçant les autres et se cumulant bien souvent au quotidien pour être interprétées comme négatives et insupportables.

Ces expériences de la souffrance, même dans leur dimension intime, subjective ou corporelle, s'inscrivent toujours dans le social. Les analyses montrent que ces jeunes

sont particulièrement concernés par l'apprentissage des rapports sociaux civilisés (dans le sens eliasien de la civilisation de la vie sociale), où leurs émotions doivent être maîtrisées et leurs corps contrôlés. Parallèlement ils sont porteurs de fortes attentes familiales et sociales de réussite scolaire et d'épanouissement, à un âge de la vie où un bon nombre d'entre eux peinent à se définir et à se projeter dans un avenir incertain.

Ces jeunes sont ainsi confrontés, au même titre que les autres individus, à la responsabilisation individuelle caractéristique du monde contemporain, dans toutes les situations de difficultés ou d'échec.

Les mondes sociaux où la souffrance des jeunes se manifeste le plus souvent sont logiquement ceux qu'ils traversent au quotidien (la famille et le monde scolaire).

Si le programme public *maisons des adolescents* appelle à faire des membres de la famille et des professionnels qui interviennent dans les établissements scolaires des acteurs bienveillants du repérage de la souffrance et des partenaires de sa prise en charge, force est de constater les dysfonctionnements encore présents dans ces deux mondes. Les jeunes décrivent leurs expériences de la conflictualité et de la violence, symbolique ou physique, dans les interactions quotidiennes en famille ou à l'école. Surtout, leurs discours montrent l'absence fréquente de soutien et de protection des adultes de leur entourage, pour affronter et dépasser les expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance.

Ces jeunes considèrent alors comme légitime de demander une aide professionnelle dans un dispositif construit pour eux. Ils font ainsi écho aux discours des représentants de l'action publique de santé à l'échelle nationale et des professionnels des organisations de la jeunesse à l'échelle locale, en considérant que leur souffrance doit se dire et qu'il est possible et souhaitable de la prendre en charge.

Si la perspective constructiviste est utile pour comprendre que ces demandes d'aide s'inscrivent dans les évolutions d'un problème public et l'essor du langage de la souffrance, lequel participe mécaniquement à l'augmentation de la formulation des expériences juvéniles dans ce répertoire, elle n'est pas suffisante. Nous avons postulé qu'il existe un intérêt à analyser le contenu de ces expériences pour comprendre plus largement les évolutions contemporaines de l'expérience juvénile. Effectivement, nos résultats donnent des pistes pour comprendre la réalité quotidienne de ces jeunes issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale, peu connus alors même qu'ils sont nombreux dans la population générale des adolescents et des jeunes adultes.

Leurs discours, dans leurs interactions avec les professionnels de la MDA, montrent ainsi de façon massive et significative une réalité quotidienne empreinte de tristesse, de peur, de colère ou de pensées macabres, d'atteintes corporelles ou de somatisations, de solitude, de deuils ou d'absence de protection dans les liens de filiation, de perception négative de soi, d'apathie ou d'échec à répondre aux attentes de réussite scolaire, de conflictualité, d'expérience du mépris ou de l'invisibilité sociale.

CONCLUSION

Cette recherche a pris acte de la large diffusion du langage de la souffrance dans les arènes publiques et de son institutionnalisation dans les politiques publiques en direction de la jeunesse. Thème sensible à forte dimension symbolique, le mal-être des adolescents et des jeunes adultes suscite en effet l'indignation morale. Depuis le début des années 2000, les récits de souffrance se multiplient, les discours sont alarmistes, des acteurs se mobilisent dans les espaces politiques et sur les territoires et en appellent à l'action publique pour organiser des solutions. La souffrance des jeunes s'est ainsi construite comme un problème public, donnant lieu à un programme de prise en charge dédié avec le label maison des adolescents.

L'analyse des discours dans les débats publics et dans les textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse jusqu'à la moitié des années 2010 s'est donc centrée sur les variations de la définition de cette souffrance et sur les oppositions et les alliances entre les acteurs impliqués pour la stabiliser et pour organiser sa prise en charge.

Parallèlement, la recherche s'est attachée à comprendre sociologiquement les expériences négatives vécues par les jeunes qui se saisissent de l'offre proposée (ou suivent les conseils de leur entourage pour le faire), en les interprétant comme des expériences de la souffrance nécessitant une prise en charge à la MDA.

Processus de production et succès d'un programme public

Pour analyser les discours publics et la construction du programme *maisons des adolescents*, nous nous sommes inscrite dans la lignée des travaux contemporains de la sociologie de l'action publique. Notre approche relativement classique s'est ainsi intéressée aux processus de mise à l'agenda du problème de la santé des jeunes, de négociation des définitions de ce problème et de son traitement, de traduction et de mise en œuvre du programme à l'échelle d'un département.

Nous avons donc illustré le caractère éminemment complexe de l'action publique, dont les interventions en matière de santé en direction de la jeunesse sont impossibles sans une large participation des acteurs concernés, lesquels infléchissent les projets initiaux en réagissant, s'appropriant, rejetant, résistant pour défendre leurs intérêts sectoriels et l'identité de leurs dispositifs respectifs.

Toutefois, en privilégiant une approche historique et en nous intéressant aux représentations et aux prises de position des acteurs impliqués dans les processus définitionnels, nous avons mis en lumière le cas particulier des maisons des adolescents, qui ont réussi à prendre position dans l'espace complexe de la prise en charge de la souffrance des jeunes, jusqu'à devenir dix ans plus tard relativement incontournables. Ces dispositifs existent ainsi dans presque tous les départements, les services publics de la psychiatrie infanto-juvénile sont presque systématiquement impliqués, les financements publics sont maintenus et pérennisés, voire en augmentation.

Ce faisant, nous avons esquissé des réflexions qui auraient permis d'ancrer ces analyses de la production du programme public dans la sociologie des champs, encore peu diffusée dans la sociologie de l'action publique.

Il apparaît en effet, avec le recul, que ce modèle d'analyse serait pertinent. Les analyses des discours et des stratégies des acteurs engagés dans les débats publics depuis le début des années 2000 gagneraient à être croisées avec leurs caractéristiques sociales, leurs intérêts et leur position dans l'espace social, pour mieux comprendre la correspondance entre le contenu du programme *maisons des adolescents* et la structure des relations entre les acteurs du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse engagés dans sa production [DUBOIS, 2010].

Néanmoins, nos analyses donnent des pistes pour comprendre le succès des maisons des adolescents, récemment désignées comme le « *pilier* » du plan national d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes [2016].

En premier lieu, il apparaît nettement que ces dispositifs ont profité d'une « *fenêtre d'opportunité* » [KINGDON, 1984, cité dans RAVINET, 2019].

Trois dynamiques ont ainsi agi de façon contingente au début des années 2000 :

- la construction de la souffrance des jeunes comme un problème public et sa mise à l'agenda ;
- la préexistence de solutions expérimentales sur le territoire national ;
- le contexte politique favorable au développement des interventions en direction de

la jeunesse (la présidence CHIRAC représentant une période propice, au regard de la publication de nombreux textes juridiques relatifs à la santé des jeunes).

En même temps que le problème se construit, des solutions existent déjà. Parmi les multiples alternatives portées par différents acteurs selon les territoires, les représentants des maisons des adolescents déjà créées et les personnalités influentes qui les soutiennent réussissent à les ériger en modèle à reproduire.

Ainsi, les représentants de ces dispositifs se mobilisent rapidement sur le problème de la souffrance des jeunes, au moment où les médias développent sa visibilité et où le monde politique s'en saisit.

Les maisons des adolescents existantes montrent alors que des solutions sont techniquement possibles, que l'offre qu'elles proposent est compatible avec les représentations dominantes (nécessité de prévenir la maladie mentale et de lutter contre la mortalité juvénile, prendre en compte la dimension sociale de la souffrance et limiter les risques de fragilisation et de rupture des liens sociaux) et qu'elles sont capables de s'adapter aux contraintes (s'ajuster aux périmètres d'intervention des autres acteurs concernés, s'appuyer sur des financements multiples, rendre lisible leur activité) [RAVINET, 2019].

Par ailleurs, elles ont fait leur place dans le paysage de l'offre de l'action publique en direction de la jeunesse en répondant aux attentes des uns (les représentants de l'État), en ne bousculant pas l'activité des autres (la psychiatrie infanto-juvénile) et en se différenciant de leurs éventuels concurrents (les autres dispositifs proposant des modalités souples de prise en charge des adolescents et des jeunes adultes).

▷ La mise à l'agenda du problème de la souffrance des jeunes et la définition des maisons des adolescents comme dispositif pour la prendre en charge se sont ainsi inscrites dans une attente formulée de longue date par les représentants de l'État et que le déplacement des politiques de psychiatrie vers les politiques de santé mentale n'a pas réussi à traiter : la coordination de la psychiatrie infanto-juvénile avec ses partenaires du monde socioéducatif sur les territoires [PHILIPPE, 2004 ; DAVID, LE GRAND *et al.*, 2012, MAILLARD, 2011].

Les représentants de l'État sont confrontés aux difficultés à réguler les interventions de santé mentale en direction des adolescents, faisant face aux résistances et aux désapprobations des acteurs sanitaires, qui contestent la logique de dilution de la maladie mentale parmi les troubles non pathologiques et la logique gestionnaire (avec les

objectifs ministériels de maîtrise des dépenses, d'efficacité et d'efficacités) [PHILIPPE, 2004]. Ils se saisissent alors de l'offre proposée dans les maisons des adolescents, d'emblée pluridisciplinaire et partenariale.

▷ Parallèlement et malgré leurs réticences initiales quant au développement de ces dispositifs, les acteurs de la psychiatrie infanto-juvénile impliqués dans les débats publics sont confrontés à l'augmentation des demandes de soins pour les adolescents et aux attentes de soutien des familles et des autres organisations de la jeunesse, auxquelles ils n'arrivent pas à répondre.

La proposition des maisons des adolescents de trier les publics en amont, de s'occuper des familles et de coordonner les professionnels permet alors de dégager les médecins de ces difficultés, tout en mettant peu en péril la légitimité technique, les valeurs et l'influence dominante de la psychiatrie infanto-juvénile dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse.

▷ Finalement, ce sont les autres dispositifs proposant des modalités souples pour prendre en charge les adolescents et les jeunes adultes en souffrance (notamment les espaces santé jeunes et les points accueil écoute jeunes) qui sont le plus mis en danger par le développement de ce programme, perdant des financements, contraints à modifier leurs pratiques et parfois leur public-cible, quelquefois amenés à se transformer en maison des adolescents pour survivre.

La comparaison entre ces dispositifs que nous avons qualifiés de « souples » fait alors apparaître clairement les ressources des représentants des maisons des adolescents (qui échappent aux autres acteurs) et l'efficacité des stratégies qui leur ont permis de stabiliser leur position dans l'espace concurrentiel et hiérarchisé de la prise en charge de la souffrance des jeunes :

- engagement de médecins à la frontière entre le monde médiatique, le monde de la psychiatrie infanto-juvénile et le monde des maisons des adolescents ;
- mobilisation des médias et des réseaux politiques ;
- adaptation du discours au répertoire lexical de l'action publique de santé et participation à l'évaluation de leur activité.

Ainsi, malgré les enjeux de survie, de légitimité, d'identité, de pouvoir et d'influence qui sous-tendent les débats publics, les maisons des adolescents se sont progressivement imposées, sans trop de heurts ni de conflits, dans l'espace concurrentiel du champ de la santé mentale en direction de la jeunesse.

Construction du public de la MDA dans les marges du système local

À l'échelle du département du Sud, l'exemple de la MDA illustre également que, malgré la définition d'un programme et la publication d'un cahier des charges pour l'encadrer, l'activité d'un dispositif et son public-cible ne se décrètent pas, les maisons des adolescents se définissant toujours dans des configurations locales particulières.

Certes, le processus de traduction du programme public montre que les acteurs respectent les règles du jeu fixées par les représentants de l'État (malgré des interprétations parfois différentes, tous se réfèrent aux textes réglementaires, points de passage obligé structurant les débats locaux). Cependant, le label échappe en partie aux prévisions de ceux qui les définissent.

Le public de la MDA s'est ainsi construit au croisement de l'organisation territoriale de la prise en charge des jeunes et des traditions de l'intervention publique locale, des représentations de l'offre proposée et des demandes effectivement adressées au dispositif, d'une part, par des professionnels de première ligne (médecins traitants et différents professionnels intervenant dans les établissements scolaires), d'autre part, par les jeunes et leurs familles.

En ne ciblant pas de population particulière et en ne répondant pas aux attentes de plusieurs autres acteurs locaux (intervenant par exemple dans les établissements médico-sociaux ou dans les secteurs de l'insertion sociale et professionnelle, de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse), l'équipe mixte de la MDA (avec ses professionnels du psychisme et ses travailleurs sociaux) s'est positionnée en intermédiaire entre le monde de la santé, somatique et psychique, et le monde socioéducatif, pour accompagner les jeunes en souffrance qui ne relèvent de personne.

Comme dans d'autres territoires, le dispositif a donc pris place dans les marges laissées vacantes par d'autres acteurs, en particulier ceux des filières de prise en charge traditionnelles et spécialisées de la jeunesse (organisées par la psychiatrie infanto-juvénile ou la protection de l'enfance), relativement étanches et exclusives les unes des autres, en difficulté pour faire face à l'afflux des demandes et pour permettre des transitions de l'une à l'autre. Par ailleurs, le dispositif s'est positionné « à côté » des autres organisations de la jeunesse (par exemple les missions locales, le point accueil écoute jeunes et les services socioéducatifs des collectivités locales), sans influencer sur leur publics réciproques.

La MDA a ainsi moins transformé le système local de prise en charge des jeunes dans le département, que répondu à des besoins jusqu'alors inconnus, formulés par des jeunes ne fréquentant pas les autres dispositifs.

La principale originalité de la thèse réside alors dans l'analyse des expériences singulières de la souffrance vécue par ces adolescents et ces jeunes adultes qui demandent de l'aide à la MDA, majoritairement scolarisés dans des filières générales et issus des niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale, constituant donc un public qui n'est pas *a priori* celui que les représentants de l'État et de l'action publique de santé envisagent comme prioritaire et qui est rarement étudié par la sociologie de la jeunesse.

Ils représentent ainsi une jeunesse de l'entre-deux social, qui peut aussi être qualifiée de jeunesse « des pavillons » [CARTIER, COUTANT *et al.*, 2009], dans le sens où leurs trajectoires biographiques ne ressemblent ni à celles des héritiers ni à celles des jeunes délinquants, maltraités ou issus des milieux populaires et des quartiers défavorisés, habituellement ciblés par les politiques de jeunesse [BOULIN, 2017, p.20].

Les connaissances qui peuvent être associées aux expériences de la souffrance pour ces publics montrent alors des différences significatives avec notre corpus.

Les études relatives à la santé mentale des jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse¹ soulignent ainsi la forte récurrence des troubles des conduites (en particulier les comportements violents, les vols et les dégradations), la place importante des consommations de psychotropes pour lutter contre les problèmes de sommeil ou l'anxiété, les troubles du sommeil ou les troubles anxieux étant souvent présents (par exemple avec l'agoraphobie, la phobie sociale, des troubles obsessionnels ou des syndromes de stress post traumatique), de même que les troubles de l'humeur (avec quelques épisodes dépressifs majeurs ou plus souvent des périodes prolongées d'irritabilité) associés à des idéations suicidaires et un grand nombre de tentatives de suicide.

Les études qui s'intéressent à la santé des adolescents placés dans des familles

¹ Voir notamment : BRONSARD Guillaume, BOYER Laurent, *Étude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre Éducatif Fermé en France*, Rapport final, Marseille, Université Aix-Marseille II, septembre 2019 ; CHOQUET Marie, HASSLER Christine, MORIN Delphine *et al.*, *Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur public) sept ans après*, Rapport de recherche, Paris, Éditions INSERM, 2005

d'accueil ou des établissements de la protection de l'enfance² soulignent quant à elles la fréquence des problèmes de comportement (avec la colère, l'impulsivité, les oppositions, l'agressivité voire des comportements violents), des problèmes de sommeil, des pratiques alimentaires déviantes (avec l'anorexie ou le tri excessif et les épisodes de boulimie), entraînant fréquemment la maigreur ou le surpoids, et l'importance des troubles de l'attachement.

Dans les quartiers populaires, la plupart des diagnostics des professionnels³ soulignent à la fois la faible demande ou les recours tardifs à l'offre sanitaire, pour des jeunes qui prennent peu soin d'eux-mêmes, et des indicateurs de santé défavorables par rapport à la population générale. Les taux de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis sont importants (pour les garçons), sur quelques territoires les professionnels s'inquiètent d'autant plus de ces pratiques qu'elles sont décrites comme solitaires. Les pratiques alimentaires sont régulièrement déviantes, le nombre de jeunes obèses apparaît plus important qu'ailleurs. Les diagnostics relèvent également l'expérience douloureuse de l'ennui et du sentiment d'injustice. La plupart des acteurs s'accordent aussi pour souligner comment les expériences de l'échec scolaire, du chômage, des difficultés d'accès à un logement autonome ou des dysfonctionnements familiaux génèrent un manque d'estime de soi, des angoisses, voire une forme de désespérance.

Les jeunes qui fréquentent la MDA ne vivent pas tout à fait les mêmes expériences de la souffrance et ne les présentent pas de la même manière. Pourtant, ils vivent eux aussi des expériences négatives qui se cumulent au quotidien jusqu'à les rendre insupportables et sont alors nombreux à demander de l'aide aux professionnels de la MDA.

S'ils ressentent eux aussi massivement de la peur et une tristesse insurmontable, leurs expériences psychiques de la souffrance sont caractérisées par les écarts à la grammaire sociale des émotions et par l'apprentissage de leur régulation. Si leur corps les fait souffrir et s'ils présentent eux aussi, en nombre, des problèmes de sommeil,

² Voir notamment : CORBET Eliane, ROBIN Pierrine *et al.*, *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*, Rapport final du CREA Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes et département de la Haute-Savoie à l'Observatoire national de l'enfance en danger, octobre 2012 ; BACRO Fabien, RAMBAUD Angélique, HUMBERT Caroline, SELLENET Catherine, *La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique*, Rapport de recherche à l'Observatoire national de l'enfance en danger, 2012-2013

³ Sources : diagnostics territoriaux réalisés dans le cadre des ateliers santé ville de quartiers prioritaires des politiques de la ville, accessibles en ligne

leurs expériences physiques de la souffrance relèvent davantage de l'apprentissage du contrôle de leur corps et de la confrontation aux implications sociales genrées des transformations physiques à l'adolescence, leurs manifestations corporelles étant transformées en symptômes légitimes de la souffrance. Enfin, si leurs expériences sociales de la souffrance s'inscrivent aussi dans les liens sociaux (par défaut des appuis sociaux disponibles dans leur environnement et par la confrontation à la conflictualité des interactions, à l'invisibilité et au mépris social), ils sont particulièrement concernés par les difficultés à répondre aux injonctions sociales à l'épanouissement et à la réalisation de soi (beaucoup ne donnent pas de sens à leur scolarité, se dévalorisent et déçoivent les attentes familiales et scolaires).

Expériences juvéniles subjectives, inscrites dans le social

Notre enquête révèle alors les difficultés de *ces* jeunes à se construire comme adultes dans *leur* monde social. Les questions de la maîtrise de soi, de la solitude pour affronter les épreuves et du désajustement identitaire entre ce qu'ils sont et ce que leur entourage attend qu'ils soient sont ainsi caractéristiques de leurs expériences de la souffrance.

À un âge de la vie où la construction de soi et la subjectivité représentent des enjeux personnels majeurs [ZAFFRAN, 2010], les dossiers de la MDA montrent les tensions en jeu quand les jeunes sont aux prises avec les exigences de réussite scolaire, de définition de soi et de projection dans l'avenir, pour se positionner favorablement dans la structure sociale.

Ces difficultés apparaissent de façon particulièrement saillante pour ces jeunes, conscients à la fois des attentes sociales qui les concernent et des incertitudes du futur. Les épreuves identitaires (quand les jeunes négocient leur singularité) et les épreuves d'investissement (pour se placer dans l'espace social et gérer les écarts entre les positions désirée, probable et obtenue) [DUBET, 2010, cité dans BECQUET, 2012] sont donc loin d'être réservées aux jeunes ciblés par les politiques de jeunesse.

Les nombreuses analyses sociologiques en termes de culture ou de normes juvéniles, de disparition des rites de passage à l'âge adulte, de pratiques juvéniles « à risque » ou encore d'accès à l'autonomie apparaissent alors peu pertinentes pour comprendre ces expériences particulières de la souffrance. Certes, la prégnance de la question identitaire relève d'une spécificité de la jeunesse, mais les expériences de la

souffrance montrent les limites de ces études centrées sur une catégorie d'âges, au détriment de la prise en compte des évolutions plus générales des normes sociales.

Dans notre recherche et de la même manière qu'aux autres âges de la vie, les jeunes sont directement confrontés aux injonctions sociales à la réalisation de soi, à la responsabilisation individuelle dans les situations d'échec (ou plus largement de non-réussite) et au risque de mépris social et de déclassement.

À l'instar de nombreux adultes, ils s'inscrivent également dans les préoccupations contemporaines pour les émotions et la souffrance, en considérant que les expériences subjectives négatives ne peuvent plus être acceptées sans réagir et qu'elles doivent être prises en charge.

Face aux difficultés à se faire une place dans le monde, à affronter l'incertitude, l'insécurité et les injustices du quotidien, c'est à partir de leurs difficultés intimes et subjectives qu'ils demandent de l'aide (ou qu'ils sont repérés comme ayant besoin d'aide) et que cette aide leur est accordée.

Confrontés aux difficultés d'intégration sociale, les jeunes qui manquent de reconnaissance et de soutiens sociaux peuvent ainsi se rendre dans ces maisons des adolescents qui leur sont dédiées et s'appuyer sur des professionnels formés et spécialistes de l'adolescence, qui ont à cœur de les accompagner et de les aider à dépasser la souffrance.

Toutefois, les caractéristiques émotionnelles et corporelles des récits de souffrance sont privilégiées dans les maisons des adolescents. Les catégories construites par leur association nationale pour rendre compte de l'activité mettent nettement en avant les dimensions subjectives et personnelles des expériences juvéniles de la souffrance, quelquefois leur dimension physique, plutôt que leur dimension sociale.

Même quand les indicateurs mettent en jeu la souffrance générée par la scolarité, la famille ou les interactions sociales, l'attention est portée sur les effets individuels ou sur la responsabilité des jeunes (par exemple pour les épreuves scolaires, les notions de décrochage, de phobie, de difficultés d'apprentissage ou d'absentéisme sont les seules retenues).

À l'échelle du débat public, les processus définitionnels à l'œuvre dans la construction du programme public *maisons des adolescents* mettent en scène les représentations habituelles de la jeunesse, dangereuse ou en danger, et systématiquement considérée comme une catégorie « à risque ».

Il est alors notable que la souffrance des jeunes – qu'elle soit associée à la maladie mentale ou au mal-être social – est toujours appréhendée dans sa dimension psychique et individuelle. Quelles que soient les propositions pour la prendre en charge, les acteurs impliqués dans l'action publique de santé proposent chaque fois des interventions centrées sur les individus, les encourageant à dire leur souffrance et les responsabilisant pour que leurs comportements soient favorables à leur santé.

Ainsi, les discours qui traitent exclusivement de la souffrance des jeunes déplacent les difficultés sociales dans le psychisme juvénile, au risque de minimiser les contraintes sociales et les dysfonctionnements structurels qui pèsent sur les individus.

La souffrance apparaît donc comme une nouvelle manière de catégoriser les expériences juvéniles dans l'action publique de santé. En « effet retour » ou « *looping effect* », les individus caractérisent à leur tour leurs expériences dans le langage de la souffrance, interagissant ainsi avec le répertoire lexical des experts et des professionnels et modifiant par là-même la manière dont ils vivent ces expériences [HACKING, 2007].

Formuler ses difficultés personnelles dans le langage de la souffrance, de la plainte, des émotions et de la subjectivité n'est plus tout à fait synonyme de faiblesse ou de déficience. Au contraire, la souffrance sert d'argument pour justifier l'intervention de multiples dispositifs et un encadrement toujours plus grand de la jeunesse. En retour, elle permet à un nouveau public (des jeunes et des familles) de solliciter des professionnels socioéducatifs et du psychisme pour affronter les épreuves.

Les jeunes qui fréquentent la MDA ont ainsi intériorisé le langage de la souffrance. Leurs discours dans les interactions avec les professionnels montrent qu'ils considèrent que le mal-être peut se dire et qu'il est possible d'être aidé pour l'affronter. Ce faisant, leurs expériences sont mises en forme dans les termes de la souffrance psychique ou physique ressentie, plutôt qu'en soulignant les injonctions sociales insupportables dont ils font l'objet ou les dysfonctionnements des mondes de l'école et de la famille.

Pourtant, les analyses montrent que pour bon nombre de ces jeunes, les mondes qu'ils traversent au quotidien les confrontent aux jugements dépréciatifs, aux interactions conflictuelles et aux violences symboliques. Quand les adultes de la famille et de l'école ne participent pas à cette production de la souffrance, ils apparaissent très faiblement protecteurs, alors même que ces institutions sont celles où les individus sont supposés pouvoir bénéficier d'appuis pour se construire.

Bien au contraire, les adultes du monde scolaire et familial apparaissent susceptibles de diffuser les injonctions sociales à la réussite et à la réalisation de soi, en écho à leurs propres peurs du chômage, du déclassement et de la précarité des conditions matérielles de vie [CHAUVEL, 2012].

Les politiques publiques de jeunesse sont désormais préoccupées par la nécessité de proposer des prises en charge précoces pour prévenir les éventuelles difficultés et par le non-recours des jeunes qui ne demandent rien. Ces évolutions révèlent la priorité donnée aux jeunes « qui n’y arrivent pas » [RAVON, LAVAL, 2015], l’action publique considérant les adolescents et les jeunes adultes comme une population particulièrement fragile et les difficultés d’intégration sociale et d’autonomie comme une menace pour la société dans son ensemble.

La catégorie « souffrance » permet alors de formuler les problèmes de la jeunesse que la société et les adultes veulent protéger et surveiller. Ce faisant, elle encadre aussi, de manière performative, la manière dont les jeunes vivent les expériences négatives, contribuant mécaniquement à faire augmenter le phénomène de la souffrance des jeunes, au moins en termes de perceptions [HACKING, 1998, cité dans KVIST LINDHOLM, WICKSTRÖM, 2020]. Dans un même mouvement, les souffrances sont ainsi catégorisées et sélectionnées par l’action publique et ses acteurs et par les jeunes eux-mêmes, ces derniers étant moins en demande d’une intervention sur les mondes sociaux qui produisent leur souffrance que d’une aide pour apprendre à se contrôler et à se réguler ou pour réussir à répondre aux attentes sociales à leur égard.

Cette nouvelle proposition de prise en charge de la souffrance répond donc aux demandes formulées par des adolescents et des jeunes adultes (et leur famille) qui vivent des expériences insupportables, cumulant des dimensions subjectives, corporelles et sociales, tout en s’inscrivant dans l’individualisation du traitement des questions sociales et en participant à l’extension de l’encadrement de la jeunesse.

BIBLIOGRAPHIE

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, « Les grossesses à l'adolescence en France », *Les fiches Repères*, INJEP, octobre 2016

AMSELLEM-MAINGUY YAËLLE, « Entrée dans la sexualité : évolution des normes et des pratiques », *Les fiches Repères*, INJEP, n° 43, mai 2019

ASTIER Isabelle, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses universitaires de France, 2007

BARRÉ Marie-Danièle, BÉNEC'H-LE-ROUX Patricia, *Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant*, Rapport du CESDIP pour la MIRE/DREES, Guyancourt, n° 95, 2004

BARREYRE Jean-Yves, FIACRE Patricia, JOSEPH Vincent, MAKDESSI Yara, *Une souffrance maltraitée, Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*, Rapport de recherche pour l'Observatoire national de l'enfance en danger, Paris, 2008

BECK François, FIRDION Jean-Marie, LEGLEYE Stéphane *et al.*, « Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente », *Agora débats/jeunesses*, vol.2, n°58, 2011

BECK François, MAILLOCHON Florence, RICHARD Jean-Baptiste, « Conduites alimentaires perturbées des jeunes. Entre facteurs sociaux et détresse psychologique », *Agora débats/jeunesses*, vol.1, n° 63, 2013

BECQUET Valérie, « Les "jeunes vulnérables" : essai de définition », *Agora débats/jeunesses*, n°62, vol.3, 2012

BECQUET Valérie, LONCLE Patricia, VAN DE VELDE Cécile (dir.), *Politiques de jeunesse : le grand malentendu*, Nîmes, Éditions Champ social, 2012

BÉLIARD Aude, BILAND Émilie, « Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus », *Genèses*, n° 70, vol.1, 2008

BÉLIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien, « 6 : Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », *In Bensa Alban et al., Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2008

BELLON Jean-Pierre, GARDETTE Bertrand, « Le rôle des pairs dans la constitution du harcèlement scolaire », *Diversité*, n° 162, 2010

- BERGERON Henri, « Chapitre 1 - La formation d'un champ spécialisé (1970-1977) », *In L'État et la Toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick, DUBUISSON-QUELLIER Sophie, « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, vol.3, n° 3, 2014
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick, NOUGUEZ Étienne, « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, vol.54, n° 2, 2013
- BERNARD Julien, « Les voies d'approche des émotions », *Terrains/Théories*, n° 2, 2015, [En ligne] <http://journals.openedition.org/teth/196>
- BERNARD Lise, MASCLET Olivier, SCHWARTZ Olivier, « Introduction. Classes populaires d'aujourd'hui. Questions de morphologie et de styles de vie », *Sociétés contemporaines*, n° 114, vol.2, 2019
- BERTHELOT Jean-Michel, « Le corps contemporain : Figures et structures de la corporéité », *Recherches sociologiques*, n°1, 1998
- BIDART Claire, « Dynamiques des réseaux personnels et processus de socialisation : évolutions et influences des entourages lors des transitions vers la vie adulte », *Revue française de sociologie*, n° 3, vol.49, 2008
- BIDART Claire, « Les âges de l'amitié. Cours de la vie et formes de la socialisation », *Transversalités*, vol.1, n° 113, 2010
- BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^{ème} année, n° 1, 1971
- BONELLI Laurent, CARRIÉ Fabien, *Radicalité engagée, radicalités révoltées. Une enquête sur les mineurs suivis par la protection judiciaire de la jeunesse*, Bibliothèque des rapports publics, Paris, La Documentation française, mars 2018
- BOUCHET Adeline, GARNIER Alix, VORS Olivier, « Harcèlement scolaire et/ou bouc émissaire? Une étude de cas en cours d'éducation physique et sportive », *Déviance et Société*, vol.42, n° 2
- BOUCHER Manuel, « Le travail social face aux familles populaires : la "nébuleuse" de la parentalité en question », *Pensée plurielle*, n°29, vol.1, 2012
- BOUFFARTIGUE Paul, GADÉA Charles, POCHIC Sophie (dir.), *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement*, Paris, Armand Colin, coll. « Recherches », 2011
- BOULIN Audrey, *Les adolescents et leur famille. Revue de littérature*, Rapport d'étude de l'INJEP pour la Caisse nationale des allocations familiales, août 2017
- BOURDIEU Pierre, « Quelques propriétés des champs. Exposé fait à l'École normale supérieure en novembre 1976, à l'intention d'un groupe de philologues et d'historiens de la littérature », *In Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 2002 [1^{re} édition 1984]

-
- BOURDIEU Pierre (dir.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 2007 [1^{re} édition 1993]
- BOXBERGER Clémence, CARRA Cécile, « Bagarres de cours de récréation, socialisation infantine et régulation des violences », *Enfances & Psy*, vol.63, n° 2, 2014
- BRAUD Philippe, « Violence symbolique et mal-être identitaire », *Raisons politiques*, vol.1, n° 9, 2003
- BROSSARD Baptiste, « Quand la scolarité dépasse la scolarité. Étude des pratiques d'automutilation au prisme de l'expérience scolaire », *Agora débats/jeunesses*, vol.2, n° 55, 2010
- BROSSARD Baptiste, *Se blesser soi-même, Une Jeunesse autocontrôlée*, Paris, Alma, 2014
- CALLON Michel, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la Baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, n° 36, 1986
- CARRA Cécile, FAGGIANELLI Daniel, « Violences à l'école : tendances internationales de la recherche en sociologie », *Déviance et Société*, vol.27, n° 2, 2003
- CARTIER Marie, COUTANT Isabelle, MASCLLET Olivier, SIBLOT Yasmine, « Jeunes des pavillons. Entre-soi dans les lotissements et avenir social incertain » , *Agora débats/jeunesses*, vol.3, n° 53, 2009
- CASTELAIN-MEUNIER Christine (dir.), *La place des hommes et les métamorphoses de la famille*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », 2002
- CEFAÏ Daniel, « L'expérience des publics : institution et réflexivité. Sur la sociologie des problèmes publics 1/2 », *EspaceTemps.net*, 4 mars 2013, [En ligne] <https://www.espacetemps.net/articles/l'experience-des-publics-institution-et-reflexivite/>
- CHAUVEL Louis, « Les raisons de la peur : Les classes moyennes sont-elles protégées de la crise? », *OFCE Les notes du blog*, n° 18, 2012, [En ligne] <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01024564/document>
- CHOQUET Marie, HASSLER Christine, « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s) », *Les Cahiers Dynamiques*, vol.2, n° 44, 2009
- CICHELLI Vincenzo, PUGEAULT-CICHELLI Catherine, « Les recherches sociologiques sur la jeunesse en France et leurs liens avec les préoccupations politico-administratives », *Papers, Revista de Sociologia*, n° 79, 2006
- CIPRIANI-CRAUSTE Marie, FIZE Michel, *Le bonheur d'être adolescent*, Toulouse, Érès, coll. « Hors collection », 2007
- CLAVIER Carole, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, n°27, vol.2, 2009
- COUSTEAUX Anne-Sophie, PAN KÉ SHON Jean-Louis, « Le mal-être a-t-il un genre? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, n°1, vol.49, 2008

COUTANT Isabelle, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, La Dispute, 2012

COUTANT Isabelle, « La prise en charge des "troubles du comportement" à l'adolescence : quels enjeux ? », In COUTANT Isabelle, WANG Simeng (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, 2018

COUTANT Isabelle, Eideliman Jean-Sébastien, « À l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents », In FASSIN Didier (dir.), *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'État*, Paris, Le Seuil, 2013

COUTANT Isabelle, WANG Simeng, *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, 2018

DARMON Murielle, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2003

DAVID Olivier, LE GRAND Éric, LONCLE Patricia, « Systèmes locaux et action publique : l'exemple des jeunes vulnérables », *Agora débats/jeunesses*, n° 62, vol.3, 2012

DASSIEU Lise, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique*, Toulouse, Thèse en sociologie, Université Jean Jaurès, 2015

DE FLEURIAN Aymeric, *La maison des adolescents, écho d'un changement sociétal ? Perspectives historique, fonctionnelle et psychodynamique d'un dispositif de soin*, Condé-en-Normandie, Corlet numérique, 2011

DE GAULEJAC Vincent, « Souffrances objectives, souffrances subjectives », In PÉRILLEUX Thomas, CULTIAUX John (dir.), *Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Érès, coll. « Sociologie clinique », 2009

DE SINGLY François, « Les bons usages de la statistique dans la recherche sociologique », *Économie et statistique*, n° 168, Juillet-Août 1984

DE SINGLY François, « Penser autrement la jeunesse », *Lien social et Politiques*, n° 43, 2000

DE SINGLY François, « Les tensions normatives de la modernité », *Éducation et sociétés*, vol.11, n° 1, 2003

DE SINGLY François (dir.), *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Armand Colin, coll. « Individu et Société », 2016

DÉCHAUX Jean-Hugues, « Intégrer l'émotion à l'analyse sociologique de l'action », *Terrains/Théories*, n° 2, 2015

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Éditions Points, 2009 [1^{re} édition, Éditions du Seuil, 1998]

DEQUIRÉ Anne-Françoise, « Le monde des étudiants : entre précarité et souffrance », *Pensée plurielle*, vol.1, n°14, 2007

DEMAILLY Lise, « Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques », *L'information psychiatrique*, vol.81, n° 4, avril 2005

-
- DEVAUX Julian, « Les trois âges de socialisation des adolescents ruraux. Une analyse à partir des mobilités quotidiennes », *Agora débats/jeunesses*, vol.3, n° 68, 2014
- DOAZAN Yves, ECKERT Henri, « Les jeunes et leurs diplômes. Le déclassement à l'aune de la valeur des titres scolaires », *Éducation et sociétés*, vol.2, n° 34, 2014
- DRAELANTS Hugues, « Formes et évolutions de la transmission culturelle. Le "modèle des héritiers" à l'épreuve des données Pisa 2009 », *Revue française de pédagogie*, n° 194, 2016
- DU ROSCOËT Enguerrand *et al.*, « Appréhender la santé mentale des collégiens : un croisement d'indicateurs », *Agora débats/jeunesses*, Hors-série, n° 4, 2016
- DUBET François, « Des jeunes et des sociologies. Le cas français », *Sociologie et sociétés*, n° 1, vol.28, 1996
- DUBÉCHOT Patrick, FIACRE Patricia (coord.), « Permettre la jeunesse. Ou comment accompagner les jeunes majeurs vers l'autonomie et l'indépendance », *Vie sociale*, n° 12, 2015
- DUBOIS Vincent, « Les champs de l'action publique », 2010, [En ligne]
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00498020/document>
- DUMOLLARD Marie, LONCLE Patricia, « Politiques locales de jeunesse et transversalité : quels apports pour les territoires ? », In LABADIE Francine (dir.), *Parcours de jeunes et territoires. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse 2014*, Paris, La documentation française / INJEP, janvier 2015
- DUVAL Julien, « L'analyse des correspondances et la construction des champs », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 200, vol.5, 2013
- EHLINGER Virginie, CATHELIN Nicole, NAVARRO Félix, GODEAU Emmanuelle, « Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres », *La santé des collégiens en France /2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, Saint-Maurice, Santé publique France, 2016
- EHLINGER Virginie, MAILLOCHON Florence, GODEAU Emmanuelle, « Relations amoureuses et sexualité », *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, Saint-Maurice, Santé publique France, 2016
- EHRENBERG Alain, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995
- EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998
- EHRENBERG Alain, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, vol.1, n° 1, 2004
- EHRENBERG Alain, « La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie », *Adolescence*, n° 77, vol.3, 2011
- EVANS Karen, FURLONG Andy, « Niches, transitions, trajectoires. De quelques théories et représentations des passages de la jeunesse », *Lien social et Politiques*, n° 43, 2000

FANSTEN Maïa, FIGUEIREDO Christina, « Parcours de hikikomori et typologie du retrait », *Adolescence*, tome 33, n° 3, vol.3

FASSIN Didier, « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, n° 7, vol.1, 2000

FASSIN Didier, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, coll. « Alternatives sociales », 2004

FASSIN Didier, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, n° 73, vol.1, 2006

FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008

FASSIN Didier, « De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes. Genèse et transformations d'une condition morale », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol.123, n° 3, 2014

FIGUEIREDO Cristina, « La famille au risque de la souffrance psychique et de la déscolarisation », *Le Télémaque*, vol.2, n° 46, 2014

FIRDION Jean-Marie, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Économie et statistique*, n° 391-392, 2006

FOUCART Jean, *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, Éditions De Boeck Université, 2003

GALLAND Olivier, « Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations », *Revue française de sociologie*, n° 4, vol.42, 2001

GALLAND Olivier, « Jeunes : les stigmatisations de l'apparence », *Économie et statistique*, n° 393-394, 2006

GALLAND Olivier, *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin, coll. « U », 2011 [1^{re} édition 1991]

GARCIA Marie-Carmen, « Le genre de la souffrance amoureuse. Souffrances et résistances de femmes "maîtresses" d'hommes mariés », *Pensée plurielle*, vol.38, n° 1, 2015

GAUTHIER Madeleine, « L'âge des jeunes : "un fait social instable" », *Lien social et Politiques*, n° 43, 2000

GAVIRIA Sandra, « La souffrance de l'autonomie. La première expérience de vie en solo des étudiants », *Agora débats/jeunesses*, vol.3, n° 62, 2012

GENARD Jean-Louis, « Le statut des émotions en sociologie », *In* CHARMILLOT Maryvonne, DAYER Caroline, SCHURMANS Marie-Noëlle (dir.), *Connaissance et émancipation. Dualismes, tensions, politique*, Paris, L'Harmattan, 2008

GÉNOLINI Jean-Paul, PERRIN Claire, « La jeunesse au crible des enquêtes de santé. Les figures de l'adolescence dans les rapports HBCS de 1994 à 2010 », *Agora débats/jeunesses*, Hors-série, n° 4, 2016

GILBERT Claude, HENRY Emmanuel, « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol.53, 2012

GOBIN Corinne, DEROUBAIX Jean-Claude, « Mots, fréquence et réseaux dans le discours politique : analyse lexicométrique, méthode et illustration dans deux corpus de textes européens », *Sociolinguistic Studies*, vol.3, n° 2, 2009

GODEAU Emmanuelle, CATHELIN Nicole, DE MATOS MARGARIDA Gaspar, EHLINGER Virginie, « Harceleurs et harcelés : des expressions du mal-être différentes », *Agora débats/jeunesses*, Hors-série, n° 4, 2016

GODEAU Emmanuel, SPILKA Stanislas, EHLINGER Virginie, SENTENAC Marianne, PACORICONA ALFARO Dibia, « Comportements de santé et bien-être des élèves de 11, 13 & 15 ans. Résultats de l'enquête internationale *Health behaviour in school-aged children* (HBSA) et ENCLASS France 2018 menée dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada », *La santé des collégiens en France/2018*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2020

GOYETTE Martin, FRECHON Isabelle, « Comprendre le devenir des jeunes placés : la nécessité d'une observation longitudinale et représentative tenant compte des contextes socio-culturel et politique », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2013

HACKING Ian, « Kinds of people : moving targets », *Proceedings of the British Academy*, vol.151, 2007

HALBWACHS Maurice, « L'expression des émotions et la société. Texte présenté et annoté par Christophe GRANGER », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol.123, n° 3, 2014

HASSENTEUFEL Patrick, DE MAILLARD Jacques, « Convergence, transferts et traduction. Les apports de la comparaison transnationale », *Gouvernement et action publique*, n° 3, vol.3, 2013

HEAS Stéphane, DARGÈRE Christophe, « La quête identitaire au prisme de la souffrance : entre institution et innovation », *Pensée plurielle*, n° 38, vol.1, 2015

HENRI-PANABIÈRE Gaële, « Éducation familiale et milieux sociaux : inégalités et socialisations différenciées », *In BERGONNIER-DUPUY Geneviève, JOIN-LAMBERT Hélène, DURNING Paul (dir.), Traité d'éducation familiale*, Paris, Dunod, 2013

HIPPERT Denis, « Les effets perturbateurs du désamour sur l'organisation de la séparation », *Recherches familiales*, vol.15, n° 1, 2018

HOCHSCHILD Arlie Russell, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol.9, n° 1, 2003

HONTA Marina, HASCHAR-NOÉ Nadine, SALLÉ Loïc, « La fabrique des territoires de santé publique en France : une analyse comparée de la mise en œuvre du Programme national nutrition santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais », *Cahiers de géographie du Québec*, n° 156, vol.55, 2011

JANSSEN Éric, SPILKA Stanislas, DU ROSCOËT Enguerrand, « Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 et évolutions depuis 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 3-4, 2019

Jeune et sans amis : quand la solitude frappe les 15-30 ans, Étude pour la Fondation de France, Credoc, septembre 2017

JOUSSELME Catherine, COSQUER Mireille, HASSLER Christine, *Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*, Paris, Éditions INSERM, 2015

KVIST LINDHOLM Sofia, WICKSTRÖM Anette, « "Looping effects" related to young people's mental health. How young people transform the meaning of psychiatric concepts », *Global Studies of Childhood*, vol.10, n° 1, 2020

LABADIE Francine, « L'évolution de la catégorie jeune dans l'action publique depuis vingt-cinq ans », *Recherches et Prévisions*, n° 65, 2001

LABADIE Francine (dir.), *Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse 2012*, Paris, La Documentation Française / INJEP, 2012

LAHIRE Bernard, « Chapitre 3. Entre experts et savants », *In L'invention de l'illettrisme*, Paris, La Découverte, 2005

LANGLOIS Emmanuel, « De l'inconvénient de n'être le problème de personne : cécité institutionnelle et vulnérabilité sociale des jeunes en errance », *Pensée plurielle*, vol.1, n° 35, 2014

LASCOUMES Pierre, « Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage". L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », *La Gouvernabilité*, CURAPP, Paris, Presses universitaires de France, 1996

LASCOUMES Pierre, LE GALÈS Patrick (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Académique », 2005

LASCOUMES Pierre, LE GALÈS Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012

LAVAL Christian, « La santé mentale : une exigence de débat démocratique », *In* JOUBERT Michel, LOUZOUN Claude (dir.), *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse, Érès, coll. « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2005

LAVILLE Jean-Louis, SAINSAULIEU Renaud, *L'association, Sociologie et économie*, Mesnil-sur-l'Estrée, Fayard, 2013

LE BRETON David, « Sociologie des émotions : critique de la raison darwinienne », *Recherches sociologiques*, vol.29, n° 1, 1998

LE BRETON David, « Construction sociale de l'émotion », *Les nouvelles d'Archimède*, n° 35, janvier-février-mars 2004

LE BRETON David, « Les émotions dans la vie quotidienne : approche critique de Klaus SCHERER », *Informations sur les sciences sociales*, vol.43, n° 4, 2004

-
- LE BRETON David, « D'une anthropologie des émotions », *Contrastes. Revivista internacional de philosophia*, monografía XI, 2006
- LE BRETON David, *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Paris, Éditions Métailié, 2007
- LE BRETON David, « Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes », *Revue du MAUSS*, vol.1, n° 37, 2011
- LE BRETON David, *Conduites à risque, Des jeux de mort au jeu de vivre*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2012
- LE BRETON David, *Une brève histoire de l'adolescence*, Paris, Éditions J.-C. Béhar, 2013
- LE BRETON David, *Corps et adolescence*, Bruxelles, yakapa.be, coll. « Temps d'arrêt », avril 2016
- LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, Presses universitaires de France, 2018 [1^{re} édition 1995]
- LE GRAND Éric, « Quand la santé des jeunes m'était contée ! La jeunesse dans la revue La Santé de l'homme », *Agora débats/jeunesses*, n° 54, vol.1, 2010
- LENZI Catherine, PÉNY Bernard, *L'ordre éducatif recomposé, De l'art de la prudence dans l'accompagnement des mineurs sous main de justice*, Rapport de recherche pour le compte de la Mission de recherche Droit et Justice, Paris, 2015
- LIMA Léa, *Pauvres jeunes. Enquête au cœur de la politique sociale de jeunesse*, Nîmes, Éditions Champ social, coll. « Questions de société », 2016
- LONCLE-MORICEAU Patricia, « Les politiques locales de jeunesse : laboratoire d'expérimentations territoriales ou politiques publiques transversales ? », *Politiques et management public*, n° 16, vol.3, 1998
- LONCLE-MORICEAU Patricia, « Atouts et faiblesses des politiques de jeunesse », *Agora débats/jeunesses*, n° 18, 1999
- LONCLE Patricia, « Évolutions des politiques locales de jeunesse », *Agora débats/jeunesses*, n° 43, vol.1, 2007
- LONCLE Patricia, « Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge locale des jeunes. L'exemple rennais », *Histoire@Politique*, n° 4, vol.1, 2008
- LONCLE Patricia, « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : "l'animation territoriale en santé en Bretagne" », *Sciences sociales et santé*, n° 1, vol.27, 2009
- LONCLE Patricia, « Politiques de jeunesse : de quoi parle-t-on ? », In BECQUET Valérie, LONCLE Patricia, VAN DE VELDE Cécile (dir.), *Politiques de jeunesse : le grand malentendu*, Nîmes, Éditions Champ social, 2012
- LONCLE Patricia, « Jeunes et politiques publiques : des décalages croissants », *Agora débats/jeunesses*, n° 64, vol.2, 2013

- LONCLE Patricia, MUNIGLIA Virginie, « Les catégorisations de la jeunesse en Europe au regard de l'action publique », *Politiques sociales et familiales*, n° 102, 2010
- LONCLE Patricia, MUNIGLIA Virginie, « Les jeunes vulnérables et leurs prises en charge dans les politiques locales santé / sociales », *Actes du colloque « Vulnérabilités sanitaires et sociales »*, organisé par l'ANR et l'IREPS, Paris, 15 novembre 2013
- LORIOU Marc, « Être jeune est-il dangereux pour la santé? », In CICHELLI Vincenzo (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, Presses universitaires de France, 2004
- LORIOU Marc, « La souffrance au travail. Construction de la catégorie et mise en forme de l'expérience », *Pensée plurielle*, vol.1, n° 38, 2015
- MABILON-BONFILS Béatrice, « Les élèves souffrent-ils à l'école? Des souffrances scolaires "ordinaires" qui ne peuvent se dire... », *Adolescence*, vol.3, n° 77, 2011
- MAILLARD Isabelle, « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé Publique*, Hors-série, n° 23, 2011
- MAILLOCHON Florence, « Le jeu de l'amour et de l'amitié au lycée : mélange des genres », *Travail, genre et sociétés*, vol.9, n° 1, 2003
- MAILLOCHON Florence, « Premières relations sexuelles et prises de risque. L'éclairage des enquêtes statistiques réalisées en France », *Agora débats/jeunesses*, vol.1, n° 60, 2012
- MANUELLO Pascale, SICOT François, « Méthode d'analyse en groupe d'acteurs et souffrances psychosociales sur un quartier de relégation sociale », *Empan*, vol.3, n° 103, 2016
- MARDON Aurélie, « Sociabilités et travail de l'apparence au collège », *Ethnologie française*, vol.40, n° 1, 2010
- MARPSAT Maryse, « La méthode ALCESTE », *Sociologie*, vol.1, n° 1, 2010, [Enligne] <http://journals.openedition.org/sociologie/312>
- MARTIN Claude, « De l'idéologie du bonheur de chacun à la défense de la joie pour tous. Lectures croisées. À propos de Edgar CABANAS et Eva ILLOUZ, 2018, *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*; Carl CEDERSTRÖM, 2018, *The happiness fantasy*; Carl CEDERSTRÖM et André SPICER, 2015, *The wellness syndrome*. Avec quelques mentions à Sara AHMED, 2010, *The promise of happiness*; Ashley FRAWLEY, 2015, *Semiotics of happiness : Rhetorical beginnings of a public problem* », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 131-132, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres 2019
- MARTIN Olivier, *L'analyse quantitative des données*, Paris, Armand Colin, 2014 [3^{ème} édition, 1^{re} édition 2012]
- MASCLET Olivier, SCHWARTZ Olivier, « "Les classes populaires, c'est les pauvres" », In MASCLÉ Olivier, MISSET Séverine, POUILLAOUEC Tristan (dir.), *La France d'en bas? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier Bleu, coll. « Idées reçues », 2019

MAUSS Marcel, « L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens) », *Journal de psychologie normale et pathologique*, XVIII^{ème} année, 1921

MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Communication présentée à la Société de Psychologie*, 17 mai 1934, [Article originalement publié In *Journal de Psychologie*, vol.XXXII, n° 3-4, 15 mars-15 avril 1936]

MEHL Dominique, *La bonne parole. Quand les psys plaident dans les médias*, Paris, Éditions La Martinière, 2003

MERLE Pierre, « L'humiliation des élèves dans l'institution scolaire : contribution à une sociologie des relations maître-élèves », *Revue française de pédagogie*, vol.139, 2002

MERLE Pierre, « Mobilisation et découragement scolaires : l'expérience subjective des élèves », *Éducation et sociétés*, vol.1, n° 13, 2004

METTON Céline, « L'autonomie relationnelle. SMS, "chat" et messagerie instantanée », *Ethnologie française*, n° 1, vol.40, 2010

MILLET Mathias, « "Souffrances" d'école. Entre vulnérabilités sociales et vulnérabilités scolaires », In CHAUVEAU Frédéric (dir.), *Histoires de la souffrance sociale. XVIIe-XXe siècles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007

MOISSEEFF Marika, « Apprivoiser la métamorphose pubertaire », *Ethnologie française*, vol.40, n° 1, 2010

MOISSET Pierre, « Les violences des incasables : signes de parcours de socialisation sous tension », *Sociétés et jeunesses en difficulté*, n° 10, automne 2010

MONNERAUD Lise, « Les collectivités locales et la santé des jeunes. Quel engagement à partir des compétences décentralisées ? », *Agora débats/jeunesses*, n° 54, vol.1, 2010

MONTANDON Cléopâtre, OSIEK Françoise, « Processus de socialisation et vécu émotionnel des enfants », *Revue française de sociologie*, n° 37-2, 1996

MORO Marie-Rose (dir.), *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement. Comprendre et soigner*, Paris, Armand Colin, 2012

MOUGIN Chantal, « Le travail de proximité auprès des usagers de drogues en Europe. Concepts, pratiques et terminologie », In FAUGERON Claude (dir.), *Société avec drogues*, Toulouse, Érès, coll. « Trajets », 2002

MUNIGLIA Virginie, ROTHÉ Céline, « Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : l'importance des autrui significatifs dans le recours à l'aide sociale », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, 2013

NEYRAND Gérard, « La dynamique d'un réseau de prévention psychique précoce. Résistances et perspectives », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2004

NEYRAND Gérard, « Une normativité familiale en tension. Soubassements de la conflictualité conjugale et familiale », *Recherches familiales*, vol.1, n° 15, 2018

- OCTOBRE Sylvie, DÉTREZ Christine, MERCKLÉ Pierre, BERTHOMIER Nathalie, *L'enfance des loisirs. Trajectoires communes et parcours individuels de la fin de l'enfance à la grande adolescence*, Ministère de la Culture – Département des études de la prospective et des statistiques, 2010
- OTERO Marcelo, NAMIAN Dahlia, « Grammaires sociales de la souffrance », *Les Collectifs du CIRP*, vol.2, 2011
- PASQUIER Dominique, *Cultures lycéennes. La tyrannie de la majorité*, Paris, Autrement, coll. « Mutations », 2005
- PAUGAM Serge, *Vivre ensemble dans un monde incertain*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2017
- PAUGAM Serge, *Le lien social*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je? », 2018
- PERETTI-WATEL Patrick, « Comment devient-on fumeur de cannabis? Une perspective quantitative », *Revue française de sociologie*, n° 42-1, 2001
- PERETTI-WATEL Patrick, « Les "conduites à risque" des jeunes : défi, myopie, ou déni? », *Agora débats/jeunesses*, n° 27, 2002
- PERETTI-WATEL Patrick, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol.45, 2004
- PERETTI-WATEL Patrick, « Morale, stigmatisme et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, vol.3, 2010
- PESQUET Jean-Baptiste, « Les récits de souffrance chez les réfugiés syriens au Liban : Les dimensions existentielles du sacrifice de soi au croisement du religieux et du politique », *Revue des Mondes Musulmans et de la Méditerranée*, Université de Provence, 2015
- PHILIPPE Sandra, « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique*, n° 54, vol.2, 2004
- PINÇON Michel, PINÇON-CHARLOT Monique, *Voyage en grande bourgeoisie. Journal d'enquête*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Quadrige », 2005
- PINÇON Michel, PINÇON-CHARLOT Monique, *Sociologie de la bourgeoisie*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2016
- POTIN Émilie, « Aide sociale à l'enfance : se construire comme adolescent. Deux récits, deux expériences de placement », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 125, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2017
- RATINAUD Pierre, MARCHAND Pascal, « Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014) », *Mots. Les langages du politique*, n° 108, 2015
- RAVINET Pauline, « Fenêtre d'opportunité », In BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie, RAVINET Pauline (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques. 5^e édition entièrement revue et corrigée*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Références », 2019

-
- RAVON Bertrand, LAVAL Christian, *L'aide aux "adolescents difficiles"*, *Chroniques d'un problème public*, Toulouse, Érès, coll. Erasme, 2015
- RECHTMAN Richard, « Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé », *L'évolution psychiatrique*, n° 69, 2004
- REINERT Max, « Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars », *Langage et société*, n° 66, 1993
- REINERT Max, « Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours », *Langage et société*, n° 121-122, vol.3-4, 2007
- RENAULT Emmanuel, *Souffrances sociales : sociologie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte, 2008
- ROBETTE Nicolas, *Explorer et décrire les parcours de vie : les typologies de trajectoires*, Paris, Centre français sur la population et le développement (CEPED), 2011
- ROUDAUT Karine, « Le deuil : individualisation et régulation sociale », *A contrario*, vol.3, n° 1, 2005
- ROUPNEL-FUENTES Manuella, « Souffrances au chômage. Histoire et devenir des femmes et des hommes licencié-e-s de Moulinex », *Travail, genre et sociétés*, vol.2, n° 32, 2014
- ROUSSEL Violaine, « Une économie des émotions », *La nouvelle revue du travail*, n° 6, 2015
- ROUX Sébastien, « La discipline des sentiments. Responsabilisation et culpabilisation dans la justice des mineurs », *Revue française de sociologie*, vol.53, n° 4, 2012
- SCHEHR Sébastien, « Processus de singularisation et formes de socialisation de la jeunesse », *Lien social et Politiques*, n° 43, 2000
- SCHULTHEIS FRANZ, FRAUENFELDER Arnaud, DELAY Christophe, *Maltraitance, Contribution à une sociologie de l'intolérable*, Paris, L'Harmattan, 2007
- SELZ Marion, « 12 – Le raisonnement statistique en sociologie », In PAUGAM Serge (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012
- SICOT François, « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviance et Société*, vol.30, n° 2, 2006
- SICOT François, « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue », *Empan*, vol.3, n° 75, 2009
- SICOT François (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 2019
- SOULET Marc-Henry (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg, coll. Res Socialis, 2007
- SPIILKA Stanislas, LE NÉZET Olivier, JANSSEN Éric, BRISSOT Alex, PHILIPPON Antoine, SHAH Jalpa, CHYDERIOTIS Sandra, « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », *Tendances OFDT*, n° 23, février 2018

UNICEF France, *Écoutons ce que nos enfants ont à nous dire. Adolescent en France : le grand malaise*, Consultation nationale des 6/18 ans, , 2014

VAN ZANTEN Agnès, « Le travail éducatif parental dans les classes moyennes et supérieures : deux modes contrastés d'encadrement des pratiques et des choix des enfants », *Informations sociales*, vol.4, n° 154, 2009

VANANDRUEL Martine, « La socialisation de soi. Approche psychosociale : le sentiment de valeur personnelle », In MALEWSKA-PEYRE Hanna, TAP Pierre (dir.), *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Psychologie d'aujourd'hui », 1991

WANG Simeng, « Souffrances psychiques et mobilité sociale ascendante », *Hommes & migrations*, n° 1314, 2016, [En ligne] <http://hommesmigrations.revues.org/3625>

WARIN Philippe, « Le non-recours aux droits. Question en expansion, catégorie en construction, possible changement de paradigme dans la construction des politiques publiques », *SociologieS, Théories et recherches*, 15 novembre 2002, [En ligne], <http://sociologies.revues.org/4103>

WIDMER Éric D, « Les relations entre demi-frères et demi-sœurs à l'adolescence. Entre proximité et distanciation », *Informations sociales*, vol.149, n° 5, 2008

ZAFFRAN Joël, *Le temps de l'adolescence, Entre contrainte et liberté*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2010

ANNEXES

ANNEXE 1. Action publique de santé en direction de la jeunesse

ANNEXE 2. Grille d'entretien avec les professionnels

ANNEXE 3. Fiche individuelle [Dossiers de la MDA]

ANNEXE 1. Corpus des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse

1992

Circulaire DGS/DH n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

1995

LAZARUS Antoine, STROHL Hélène, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » à la direction interministérielle à la Ville et au Développement social urbain et à la délégation interministérielle au Revenu minimum d'insertion, février 1995

Programme interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, septembre 1995

1998

Circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risque et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège

1999

Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001, juin 1999

2000

Haut comité de la santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Rapport au ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Rennes, Éditions ENSP, février 2000

Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005, septembre 2000

2001

Programme national nutrition-santé – PNNS 2001-2005, janvier 2000

Circulaire DIV/DPT-LSSP/MILDT n° 2001 14 du 9 janvier 2001 relative à la politique de la ville et à la politique de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances

Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Plan santé mentale, *L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*, novembre 2001

BRISSET Claire, *Une voix pour des droits*, Rapport annuel du défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement, année 2001

2002

Circulaire DGS/DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

POMMEREAU Xavier, Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002, Rapport d'étude au ministre de la Santé, avril 2002

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté

BRISSET Claire, *Au-devant des plaintes muettes* Rapport annuel du défenseur des enfants au président de la République et au Parlement, année 2002

BRISSET Claire, *Les Maisons des adolescents pourquoi ? comment ?*, Rapport thématique du défenseur des enfants au président de la République et au Parlement, 2002

2003

Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005

Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

LORRAIN Jean-Louis, *L'adolescence en crise*, Rapport d'information n° 242 (2002-2003) fait au nom de la commission des affaires sociales pour le Sénat, 3 avril 2003

CHIRAC Jacques, *Discours du Président de la République lors de la remise de la médaille de la famille*, Paris, 20 mai 2003

Contrat cadre de partenariat en Santé publique, ministères de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche, Paris, 17 juillet 2003

CLÉRY-MÉLIN Philippe, KOVÉSS Vivianne, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission CLÉRY-MÉLIN au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 15 septembre 2003

Circulaire n° 2003-2010 du 1er décembre 2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation

2004

JOURDAIN-MENNINGER Danièle, STROHL-MAFFESOLI Hélène, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004027 à l'Inspection générale des affaires sociales, février 2004

RUFO Marcel, JOYEUX Henri, *Santé, adolescence et familles*, Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004 pour le ministre délégué à la famille, mars 2004

Conférence de la famille 2004, Dossier de presse, 28 juin 2004

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, juillet 2004

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Note d'instruction n° 04-467 du 31 août 2004 relative à la création d'un réseau de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et leur famille

BRISSET Claire, *Aider les plus vulnérables*, Rapport annuel du Défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement, Année 2004

2005

Cahier des charges des MDA, 2005, annexé à la lettre circulaire n° CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents signée par le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Circulaire DGAS/LCE1A n° 2005-12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 points d'accueil et d'écoute jeunes (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale

Plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008, février 2005

INSERM, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Éditions INSERM, Expertise collective, 2005

2006

Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, signée par le ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, le ministre de la Santé et des Solidarités, le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, la présidente du Conseil national des missions locales, 10 mai 2006

Deuxième programme national nutrition-santé 2006-2010, Actions et mesures, septembre 2006

SOMMELET Danièle, *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent au ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 28 octobre 2006

La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007-2011, novembre 2006

2007

VERSINI Dominique, *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge*, Rapport thématique de la défenseure des enfants au président de la République et au Parlement, novembre 2007

2008

Plan santé des jeunes, présenté par la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, février 2008

2009

COUTY Édouard, CECCHI-TENERINI Roland, BROUDIC Patrick, NOIRE Dominique, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Rapport au ministre de la Santé et des Sports, 29 janvier 2009

BUISSON Marc, SALLES Francis, *Les maisons des adolescents*, Rapport à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour le ministre de la Santé et des Sports, février 2009

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

2010

BUISSON Jean-René, *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*, Avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la section des affaires sociales, 2010

2011

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Programme national nutrition santé 2011-2015

Programme pour la santé des élèves 2011-2015

Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), septembre 2011

Circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques

2012

Programme d'actions gouvernemental contre les violences et discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, octobre 2012

2013

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, janvier 2013

Déclaration de François HOLLANDE sur les efforts du gouvernement en faveur de la jeunesse, Grenoble, 23 janvier 2013

Priorité jeunesse, Faire que les jeunes vivent mieux en 2017 qu'en 2012, Rapport du Comité interministériel de la jeunesse, 21 février 2013

Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

Circulaire n° 2013-100 du 13 août 2013 relative à la prévention et à la lutte contre le harcèlement à l'École

2014

Premiers état généraux de la pédopsychiatrie, 4 avril 2014

Conférence nationale de santé « Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunes. Embrasser une approche globale de la santé », 2 juillet 2014

Programme national de réduction du tabagisme, septembre 2014

Plan « Tous mobilisés pour vaincre le décrochage scolaire », 21 novembre 2014

2015

TOUBON Jacques, AVENARD Geneviève, Rapport du défenseur des droits au comité des droits de l'enfant des nations unies, 27 février 2015 (avec chapitre santé des adolescents)

JOURDAN Didier, LOMBRAIL Pierre, *La santé des enfants et des adolescents en mi-lieu scolaire. Dix mesures pour une politique de santé l'École à la hauteur des défis de notre temps*, Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Santé et au ministre de l'Éducation nationale, mai 2015

DE SINGLY François, WISNIA-WEILL Vanessa, *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent*, Rapport de la commission enfance et adolescence de France Stratégie au Premier ministre, septembre 2015

Plan national de vie étudiante, octobre 2015

Circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015 relative à la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves

2016

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

HOLLANDE François, *Discours du président de la République. Lancement du plan bien-être et santé des jeunes*, Paris, 29 novembre 2016

LAFORCADE Michel, *Rapport relatif à la santé mentale*, Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Santé, 10 octobre 2016

Cahier des charges des maisons des adolescents, 2016, annexé à la lettre circulaire n° 5899/SG du 28 novembre 2016 relative à l'actualisation du cahier des charge des maisons des adolescents signée par le Premier ministre

Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, présenté par le président de la République, novembre 2016

2017

Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030

AMIEL Michel, MILON Alain, *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, Rapport d'information n° 494 (2016-2017) fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, Sénat, 4 avril 2017

Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes

2018

Stratégie nationale de santé 2018-2022

ISAAC-SIBILLE Cyrille, BAREIGTS Ericka, Rapport n° 1234 d'information en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse à l'Assemblée nationale, 12 septembre 2018

ANNEXE 2. Grille d'entretien avec les professionnels

Est-ce que vous pourriez me décrire le public que vous accueillez ?

Missions de la structure, du professionnel

Historique éventuel (évolutions des missions, du partenariat, du financement, du public)

Activités de la structure, du professionnel

Territoire d'intervention (échelle, traditions de partenariat éventuelles, etc.)

Description tous publics accueillis (âges, sexe, milieu social, demandes exprimées, public cible, public réel)

Pourriez-vous décrire le type de souffrance vécue par le public que vous rencontrez ?

Définition par le professionnel de g{jeune/adolescent

Définition par le professionnel de la g{souffrance

Comment les jeunes sont amenés à solliciter le professionnel (demandes exprimées, pratiques d'orientation, accès au public)

Mode d'expression (repli, violence, émotions exprimées-montrées, peurs, etc.)

Facteurs de la souffrance (famille, école, ruptures, confiance-estime de soi, isolement, etc.)

Conséquences éventuelles de la souffrance pour les jeunes concernés (prises en charge diverses, aspects judiciaires, aspects scolaires, réactions de l'entourage, etc.)

Pourriez-vous me raconter plus en détail une situation de jeune en souffrance que vous avez accompagné ?

Parcours : repérage (par qui, comment), orientation vers le professionnel, demande, prise en charge (modalités, objectifs, évolutions), orientation éventuelle par le professionnel

Description (famille, scolarité, temps libre, relations aux pairs, santé, etc.)

Éléments marquants éventuels (relation avec le jeune, parcours, partenariat, etc.)

Connaissez-vous la maison des adolescents ?

Description des missions et du public MDA par le professionnel

Expériences de travail en commun (bonne expérience, mauvaise expérience)

Si oui, pourriez-vous me dire quel type de public vous orientez vers la MDA ?

Description du public orienté

Attentes envers la MDA

Avec quel autre partenaire travaillez-vous ?

Traditions de partenariat, pratiques de tri et d'orientation des jeunes en souffrance, critères

Pour terminer, pouvez-vous me dire quels sont selon vous les besoins des jeunes sur le territoire et quelle réponse publique pourrait être apportée ?

ANNEXE 3. Fiche individuelle [Dossiers de la MDA]

Accueillant référent :		
Orienté par :		
Date :	Date :	Date :
Accueil : physique / tel	Accueil : physique / tel	Accueil : physique / tel
Personnes accueillie(s) :	Personnes accueillie(s) :	Personnes accueillie(s) :
Pro accompagnant :	Pro accompagnant :	Pro accompagnant :

Adolescent :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Mail :

Parents :

Nom :

Prénom :

Téléphone

Adresse :

Mail :

Profession :

Professionnel accompagnant :

Nom :

Prénom :

Profession :

Institution ou service :

Téléphone

Mail :

Nom et coordonnées du Médecin généraliste :

ENTRETIEN D'ACCUEIL – ÉLÉMENTS RECUEILLIS

- Motif(s) exposé(s) de la venue/de l'appel, à la MDA :
- Élément(s) déclencheur(s) de la venue :

- Antécédents :

- Environnement :
- Origine géographique :
- Situation parentale :
- Lieu de vie :
- Fratrie :
- Scolarité/Formation/Profession :
- Entourage familial :
- Entourage amical :
- Suivis actuels :
- Loisirs :

- Santé :
- Sommeil :
- Alimentation :
- Consommations :
- Éléments somatiques :
- Éléments psychiques :

- Histoire personnelle :

- Demande du jeune et/ou de sa famille (au terme du 1er accueil) :

- Projet(s) du jeune et/ou de sa famille :

- Propositions :

Conclusions des réunions cliniques

Parcours à la MDA		
Date	Intervenant	Actions/liens (accueil, régulation, entretien...)

Accompagnement	
Le :	
Par :	
Le :	
Par :	

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
---------------------------	---

PARTIE I

Problématisation de la souffrance des jeunes et de sa prise en charge dans un espace concurrentiel

Introduction	21
Méthodologie	23

CHAPITRE 1

Construction d'un problème public et agencements locaux de la prise en charge	31
--	----

1.1. Protéger la jeunesse	31
1.1.1. L'anorexie et le suicide comme menaces pour la jeunesse	33
1.1.2. Pratiques juvéniles dites « à risque » comme révélateurs de la souffrance	36

1.2. Définir la souffrance des jeunes et les modalités attendues de sa prise en charge	39
---	----

1.3. Organiser la prise en charge à l'échelle des territoires	51
1.3.1. La souffrance comme thème fédérateur	51
1.3.2. Les maisons des adolescents comme modèle à reproduire	56

CHAPITRE 2

Définition de la (bonne) prise en charge de la souffrance des jeunes dans un espace concurrentiel	66
--	----

2.1. Stabilisation des attentes publiques quant au contenu de l'offre dans les maisons des adolescents	72
2.1.1. Prendre en charge les jeunes et les familles et coordonner les intervenants	74
2.1.2. Repérer la souffrance et encadrer les pratiques juvéniles	82

2.2. Alliances et oppositions dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse	89
2.2.1. Positionnement dans les marges laissées vacantes par la psychiatrie infanto-juvénile	90
2.2.2. Stratégies de différenciation avec les dispositifs similaires : concurrence et alliance	99

Conclusion de la première partie	112
---	-----

PARTIE II

Construction du public de la MDA à partir de la définition locale de la souffrance et des pratiques d'orientation

Introduction	119
Méthodologie	122

CHAPITRE 3

Traduction du programme public dans un contexte concurrentiel, entre acteurs multiples et déjà engagés	132
--	-----

3.1. Se saisir d'une opportunité, convaincre de la pertinence de son projet	133
3.1.1. Des initiatives locales antérieures au projet de MDA	134
3.1.2. Des propositions non coordonnées	137
3.1.3. La production de connaissances	139
3.2. Construire un consensus dans une configuration locale concurrentielle	142
3.2.1. Se référer aux textes nationaux pour adapter le projet	143
3.2.2. Sceller les alliances	148
3.3. Définir la souffrance prise en charge à la MDA	155

CHAPITRE 4

Orientation vers la MDA de jeunes en souffrance qui ne relèvent de personne	163
---	-----

4.1. Pratiques de non-recours et représentations critiques de la MDA	164
4.2. Influences croisées de l'histoire de la MDA et de l'évolution des relations organisationnelles	169
4.3. Catégorisations professionnelles de la souffrance et des besoins de prise en charge	176
4.4. Inégalités territoriales des pratiques de recours à la MDA	188

Conclusion de la deuxième partie	202
--	-----

PARTIE III

Expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance à la MDA

Introduction	205
Méthodologie	213
Caractéristiques du corpus	221

CHAPITRE 5

La souffrance comme objet de recherche	230
5.1. Rapide revue de la littérature dans les sciences humaines et sociales	231
5.2. Modèle conceptuel pour l'analyse des expériences juvéniles de la souffrance	238

CHAPITRE 6

Souffrances psychiques et apprentissage de la régulation des émotions	243
6.1. Souffrances psychiques et dimension émotionnelle de leur expérience à l'adolescence	245
6.2. Souffrances psychiques à la MDA	250
6.3. Repérer la souffrance psychique et réguler les émotions	259

CHAPITRE 7

Souffrances physiques et corporéité des expériences juvéniles	266
7.1. Souffrances physiques et dimension corporelle de leur expérience à l'adolescence	268
7.2. Souffrances physiques à la MDA	275
7.3. Symptômes légitimes, contrôle du corps et genre des souffrances physiques	282
7.3.1. Repérer et justifier la souffrance par les corps	282
7.3.2. S'écarter des normes corporelles	288
7.3.3. Devenir un homme ou une femme	294

CHAPITRE 8

Souffrances sociales : trouver sa place et s'affilier au monde	301
8.1. Faiblesse des appuis sociaux de l'existence pour faire face à la souffrance	303
8.1.1. La solitude	306
8.1.2. La perte d'un autrui significatif	313
8.1.3. La faiblesse ou l'absence de la protection dans le lien de filiation	319
8.2. Rapport négatif à soi : injonction au bonheur et désajustement	331
8.2.1. La perception négative de soi	338
8.2.2. Ne pas être le bon élève attendu : difficultés à se motiver, se projeter, réussir dans sa scolarité	346
8.3. Souffrance dans les interactions : conflictualité, invisibilité et mépris social	356
8.3.1. La conflictualité dans les interactions familiales	359
8.3.2. L'expérience du mépris social	370
8.3.3. Le retrait de la scène sociale	375

CHAPITRE 9

Typologie des expériences juvéniles de la souffrance à la MDA 381

9.1. Remarques méthodologiquesCaractère cumulatif des expériences juvéniles de la souffrance
et construction d'une typologie 381**9.2. Quatre expériences-types de la souffrance juvénile** 389

9.2.1. « Les décevants » 390

9.2.2. « Les discrets » 391

9.2.3. « Les désajustés » 393

9.2.4. « Les rejetés » 394

Conclusion de la troisième partie 396

CONCLUSION 399**BIBLIOGRAPHIE** 411**ANNEXES** 425Annexe 1. Corpus des textes de l'action publique de santé
en direction de la jeunesse 426

Annexe 2. Grille d'entretien avec les professionnels 431

Annexe 3. Fiche individuelle [Dossiers de la MDA] 432

Liste des figures 439**Liste des tables** 440

Liste des figures

FIGURE 1 – Répartition des textes de l'action publique de santé en direction de la jeunesse depuis les années 1990	25
FIGURE 2 – Structure du discours public relatif aux maisons des adolescents en cinq thématiques	70
FIGURE 3 – Structuration du discours relatif au repérage de la souffrance dans le programme public <i>maisons des adolescents</i>	85
FIGURE 4 – Position des organisations et groupes d'acteurs dans le champ de la santé mentale en direction de la jeunesse au prisme de la lutte pour définir la (bonne) prise en charge de la souffrance	115
FIGURE 5 – Chronologie de l'histoire de la MDA en trois phases	124
FIGURE 6 – Répartition (fréquences en %) des orientations vers la MDA par des professionnels	170
FIGURE 7 – Répartition (fréquences en %) des orientations vers la MDA selon les mondes professionnels	177
FIGURE 8 – Répartition (en effectifs) des groupes socioprofessionnels les plus élevés parmi les deux parents, selon le monde des professionnels qui orientent vers la MDA	185
FIGURE 9 – Répartition des communes de résidence en trois zones géographiques : la ville métropolitaine, la périphérie de la ville métropolitaine et le reste du département	190
FIGURE 10 – Répartition (fréquences en %) des personnes présentes à la première venue à la MDA	206
FIGURE 11 – Répartition (fréquences en %) des âges	222
FIGURE 12 – Répartition (fréquences en %) des formes de scolarité ou de situations professionnelles	223
FIGURE 13 – Répartition (fréquences en %) des niveaux scolaires ou des situations professionnelles	224
FIGURE 14 – Répartition (fréquences en %) des groupes socioprofessionnels des mères et des pères	226
FIGURE 15 – Répartition (fréquences en %) des groupes socioprofessionnels les plus élevés entre les deux parents	226
FIGURE 16 – Dendrogramme de la classification des expériences juvéniles de la souffrance en cinq classes	388

Liste des tables

TABLE 1 – Répartition des professionnels interrogés selon les prises en charge proposées et leur territoire d'intervention ..	129
TABLE 2 – Répartition des jeunes âgés de 11 à 21 ans selon leur lieu de résidence (population départementale, statistiques produites par la MDA, statistiques produites pour la recherche)	191
TABLE 3 – Répartition des offres traditionnelles des filières sanitaire et socioéducative selon les territoires du département du Sud	197
TABLE 4 – Répartition des expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance	242
TABLE 5 – Répartition des indicateurs de la souffrance psychique	250
TABLE 6 – Répartition des motifs de la venue associés à la souffrance psychique	251
TABLE 7 – Répartition des expériences physiques et sociales cumulées aux expériences psychiques de la souffrance	253
TABLE 8 – Répartition des indicateurs de la souffrance physique	271
TABLE 9 – Répartition des indicateurs corporels selon le sexe	295
TABLE 10 – Répartition des types d'expériences sociales de la souffrance	303
TABLE 11 – Répartition des indicateurs de la faiblesse des appuis sociaux de l'existence	304
TABLE 12 – Répartition des indicateurs de la souffrance associée au rapport négatif à soi	338
TABLE 13 – Répartition des indicateurs de la souffrance dans les interactions	359
TABLE 14 – Répartition du nombre d'expériences vécues de la souffrance et de leur cumul	383

Résumé

La souffrance des jeunes s'est construite comme un problème public. Fédérant de multiples acteurs, mise à l'agenda politique au début des années 2000, cette notion aux définitions multiples donne accès aux représentations de la jeunesse dans le débat public, associant la volonté de protéger les individus des risques d'émergence de la maladie mentale ou de rupture des liens sociaux et d'encadrer leurs pratiques supposées mettre en danger leur santé.

Considérant que le discours public participe à la manière dont sont pensés les problèmes et les réponses à leur apporter, les débats et les textes de l'action publique sont analysés comme des actes performatifs, diffusant le langage de la souffrance et positionnant les acteurs dans un espace concurrentiel et hiérarchisé, l'identité et la légitimité des dispositifs existants étant négociées dans les processus de définition de la (bonne) prise en charge.

Bénéficiant du soutien de l'action publique de santé, les maisons des adolescents sont devenues incontournables pour répondre aux besoins supposés des jeunes en souffrance. L'analyse lexicométrique du programme national et le travail sur les archives d'un dispositif local mettent à jour les oppositions et les alliances entre les organisations de la jeunesse, influençant les pratiques d'orientation et de recours à l'offre proposée et sélectionnant les souffrances.

Au-delà d'une perspective constructiviste et des éclairages de la sociologie de l'action publique, la thèse s'appuie sur un corpus de trois cents dossiers de jeunes âgés de 11 à 21 ans pour produire une définition sociologique de leurs expériences psychiques, physiques et sociales de la souffrance, cet âge de la vie apparaissant particulièrement concerné par les difficultés à répondre aux injonctions sociales de la régulation des émotions, du contrôle des corps et de la réalisation de soi.

Mots clés : souffrance, jeunesse, maison des adolescents, santé mentale, politique publique

Abstract

Suffering of young people has become a public problem. Bringing together multiple actors and put on the political agenda, this concept with its multiple definitions gives access to the representations of youth in the public debate, combining the desire to protect individuals from the risks of the emergence of mental illness or the breakdown of social ties with the desire to control their practices, which are supposed to endanger their health.

Considering that public discourse participates in the way problems and the responses to them are conceived, debates and public action texts are analysed as performative acts, disseminating the language of suffering and positioning the actors in a competitive and hierarchical space, with the identity and legitimacy of the existing agency being negotiated in the processes of defining the (good) care.

Benefiting from the support of public health action, teenage homes have become essential to meet the supposed needs of young people in pain. The lexicometric analysis of the national programme and the work on local agency archives reveal the oppositions and alliances between youth organisations, influencing the practices of orientation and use of the proposed offer and selecting the suffering.

Beyond a constructivist perspective and the insights of the sociology of public action, the thesis is based on a corpus of three hundred files of young people aged 11 to 21 to produce a sociological definition of their psychological, physical and social experiences of suffering, this age of life appearing to be particularly affected by the difficulties in responding to social injunctions to regulate emotions, control bodies and achieve self-realisation.

Keywords: suffering, youth, teenage home, mental health, public policy