

Des difficultés scolaires et familiales à la prise en charge totale : le cas des jeunes orientés en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

Hugo Dupont

Accompagnement des jeunes en difficulté
Numéro 70, Automne 2013

URI : id.erudit.org/iderudit/1021165ar
DOI : [10.7202/1021165ar](https://doi.org/10.7202/1021165ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Hugo Dupont "Des difficultés scolaires et familiales à la prise en charge totale : le cas des jeunes orientés en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique." *Lien social et Politiques* 70 (2013): 227-240. DOI : [10.7202/1021165ar](https://doi.org/10.7202/1021165ar)

Résumé de l'article

Certains enfants, adolescents et jeunes adultes socialement vulnérables présentent une déviance comportementale à l'école et une difficulté à entrer dans les apprentissages. Leurs difficultés familiales et scolaires étant interprétées sur le plan de la santé mentale, ils sont orientés vers des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) dont le fonctionnement peut être comparé à celui d'une « institution totale ». Nous faisons alors l'hypothèse que les critères qui légitiment l'orientation en ITEP d'un jeune sont construits de telle manière qu'ils permettent de répondre à une nécessité politique de contrôle social d'une population considérée comme socialement et juridiquement à risque.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2013

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Des difficultés scolaires et familiales à la prise en charge totale : le cas des jeunes orientés en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

HUGO DUPONT

Doctorant en sociologie
Université Bordeaux Segalen
Centre Émile Durkheim (UMR 5116)
Bordeaux

Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent des enfants, des adolescents et de jeunes adultes (6 à 20 ans) qui présentent des comportements déviants à l'école et une difficulté à entrer dans les apprentissages. Ils sont désignés comme étant en situation de handicap par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) du fait d'un trouble mental à l'origine d'une déficience psychique. Selon la législation, ils « présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ». Dans les ITEP, les jeunes sont soignés sur le plan psychologique et psychiatrique, sont « rééduqués », comme le précise la législation, et sont scolarisés. Thérapeutes, éducateurs et enseignants gèrent leur vie au quotidien, jour et nuit pour la plupart d'entre eux, en créant et regroupant les espaces d'interaction et de socialisation propres à la société ordinaire dans un seul et même lieu pour le sommeil, les repas, le divertissement, l'apprentissage, et dans une seule et même structure spécialisée.

Pour les besoins de notre enquête de terrain, nous avons vécu dans trois ITEP jour et nuit et ainsi avons pu rencontrer 213 jeunes. Nous avons participé à toutes les activités des jeunes et aux réunions des professionnels, et pris connaissance des dossiers d'orientation et de prise en charge des enfants. Nous avons aussi assisté à certaines réunions de travail de deux MDPH. Grâce à cette diversité de sources et d'interlocuteurs, nous avons pu reconstruire les trajectoires

familiales, scolaires et institutionnelles précaires des jeunes que nous avons rencontrés. Dans le présent article, nous verrons que l'isolement d'un parent qui se retrouve seul à élever ses enfants, l'incapacité soudaine à subvenir aux besoins de sa famille et la perte de repères professionnels sont autant d'éléments qui peuvent déclencher ou accentuer un sentiment de révolte, de mal-être et une difficulté à construire une identité, que les jeunes peuvent exprimer par la violence et un refus de l'école. Ces ruptures biographiques ont un impact fort sur la capacité des jeunes à assumer leur rôle d'élève, les rendant indisponibles pour les apprentissages et incapables d'adopter le comportement qu'exige l'école.

Nous commencerons notre propos par la description de trois trajectoires d'adolescents représentatives de celles recueillies sur le terrain. Accidents biographiques, disqualification scolaire pour cause de comportements violents et orientation vers un ITEP les caractérisent. Cela nous permettra de donner un aperçu de la diversité des biographies qui amènent à une prise en charge spécialisée.

Puis, nous nous intéresserons à l'accompagnement de ces jeunes dont les difficultés scolaires et familiales sont systématiquement interprétées tour à tour comme des symptômes ou des facteurs de risque d'un trouble psychique. Nous décrirons alors le fonctionnement et les logiques de prise en charge développées par l'ITEP en osant la comparaison avec l'institution totale telle que la définit Erving Goffman (1968).

Nous nous demanderons alors si les critères qui légitiment l'orientation en ITEP d'un jeune ne sont pas construits de telle manière qu'ils permettent de répondre à une nécessité politique de contrôle social d'une population considérée comme socialement et juridiquement à risque de délinquance. Ne diagnostique-t-on pas des jeunes au comportement déviant et issus de familles précaires sur le plan socioculturel pour mieux contrôler à la fois le devenir des jeunes et la trajectoire sociale de leurs parents? L'accompagnement proposé par les ITEP ne participe-t-il pas d'un mode de gestion de la précarité en la psychologisant et en la mettant en marge de la société ordinaire, aboutissant ainsi à une forme légitimée de gestion du risque social?

DES FAMILLES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOCIALE

Élodie a 20 ans et est prise en charge intégralement (internat et scolarité) au sein du même ITEP depuis l'âge de 11 ans et son éviction du collège. Son père est ouvrier non qualifié et alterne des périodes de chômage et des «petits boulots». Sa mère, sans diplôme, n'a jamais travaillé et a élevé ses sept enfants, recevant pour cela un Revenu de solidarité active (RSA) et les aides familiales. Le rapport à l'emploi décrit ici laisse entrevoir un contexte familial économiquement précaire, aggravé par l'isolement maternel et le nombre important d'enfants. Quelques éléments biographiques viennent s'ajouter à ce contexte économique

et fragiliser davantage la structure familiale de la jeune fille. Élodie naît à un moment où ses parents se séparent. Elle ne sera pas reconnue par son père. Puis, le ménage reformé vivra un nouvel échec quatre ans plus tard dans des conditions de violences importantes, que ce soit du père envers la mère ou de la mère envers le père (informations recueillies dans un rapport du divorce dans un dossier d'orientation MDPH). C'est au même moment, étant donné la situation du ménage, que la petite fille sera placée en famille d'accueil, séparée de sa grande sœur et de son petit frère qui seront eux aussi placés. La structure familiale stabilisée, les parents divorcés, la mère vivant de nouveau avec un homme, la jeune fille rentre chez sa mère à l'âge de 8 ans et continue sa scolarité sans année de retard jusqu'en sixième. Lorsqu'Élodie a 10 ans, sa mère se sépare à nouveau de son compagnon dans des conditions qu'Élodie nous a décrites comme « très, très, très violentes », séparation qui laisse la mère sans emploi élever ses, désormais, sept enfants. La jeune fille retourne, ainsi que ses frères et sœurs, en famille d'accueil pour ne jamais revenir vivre au quotidien chez leur mère.

Marion est prise en charge en qualité de demi-pensionnaire dans un ITEP depuis l'âge de 7 ans, et elle en a aujourd'hui 18. Sans emploi, sa mère a élevé ses six enfants. Son père, avant sa disparition, était un ouvrier sans qualification. Son beau-père, quant à lui, est ouvrier en maçonnerie et détient un CAP. Son emploi est durable et ses revenus sont réguliers. La jeune fille évoque cependant des inquiétudes quant aux conséquences de la crise sur l'emploi de son beau-père. Comme souvent dans l'histoire de ces familles, celle de Marion a connu un événement biographique important et déstabilisant : au cours de sa sixième année, elle voit son père quitter soudainement le foyer familial sans jamais donner d'adresse ni de nouvelles. Ce fait plonge la famille dans une précarité économique importante dans la mesure où sa mère ne travaillait pas à l'époque pour élever ses quatre enfants. Toujours mariée, celle-ci ne peut prétendre à une pension alimentaire ni à une allocation pour parent isolé.

Leïla a 15 ans et est prise en charge en ITEP depuis l'âge de 10 ans, en internat. Sa mère est sans emploi et son père est décédé. Elle dit ne pas savoir quel était le métier de ce dernier. Le décès du père a fragilisé économiquement le foyer. Estimant que sa mère ne pouvait subvenir à ses besoins, un juge a décidé du placement de la jeune fille dans un foyer de l'enfance à l'âge de 6 ans. Les comportements violents n'apparaîtront dans les documents administratifs produits par l'Éducation nationale qu'à partir du collège. Il est question de « violences et menaces verbales quotidiennes avec passages à l'acte » (dossier MDPH).

À travers ces trois exemples, nous voyons que « les caractéristiques et les formes de vie familiale ne sont pas toujours stables, constantes ou homogènes au cours du temps et de l'histoire familiale et [qu']elles n'offrent pas toujours les

mêmes conditions de socialisation» (Millet et Thin, 2005 : 16). Parmi les familles des jeunes rencontrés, dans chaque cas, il y eut à un moment donné, souvent dans les dix premières années de la vie des jeunes, au moins un évènement qui a déstabilisé fortement la structure familiale (décès, viol, maltraitance, séjour en prison, abandon, licenciement, chute sociale...) et qui a bouleversé les conditions d'existence et de socialisation des jeunes. D'autre part, les jeunes pris en charge dans les ITEP sont quasi exclusivement issus de familles populaires qui connaissent une forte précarité économique. Quand ils ne sont pas au chômage, les parents appartiennent aux catégories *ouvriers, salariés sans qualifications, personnels de service* ou *aide à la personne*. L'exercice de leur travail est souvent irrégulier et à temps partiel (intérim, CDD, chèque emploi-services...), ce qui aggrave la faiblesse des revenus. À de faibles salaires s'ajoute pour certaines familles le nombre élevé d'enfants comparé à la moyenne nationale, ce qui aggrave encore leur situation économique. Cela est dû le plus souvent à des recompositions familiales. Ajoutons enfin que, suite à des séparations, des décès ou des abandons, il arrive qu'un parent (le plus souvent la mère) assume seul la gestion du foyer.

Tous ces éléments biographiques ne sont pas neutres dans la trajectoire d'exilés scolaires des jeunes et dans la décision d'orientation en ITEP. C'est ce à quoi nous allons maintenant nous intéresser.

DES DIFFICULTÉS INTERPRÉTÉES SUR LE PLAN DE LA SANTÉ MENTALE

La MDPH, par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), est le lieu où se prennent les décisions de reconnaissance d'une situation de handicap et d'orientation vers un ITEP. Pour y parvenir, une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un représentant de l'Éducation nationale, d'un assistant de service social et d'un référent de la MDPH, étudie un dossier constitué d'un bilan scolaire, d'un bilan social et d'un bilan médical.

Le bilan social, dont voici quelques extraits, est effectué le plus souvent par un assistant de service social et il décrit des familles précaires au fonctionnement chaotique :

«Mère dépassée et laxiste» ; «Depuis la naissance de Dylan, Madame a toujours entretenu un rapport fusionnel avec son fils. Elle nie et remet en cause l'autorité paternelle» ; «Durant l'année 2009-2010, nous avons pu constater que Madame se dégradait psychologiquement sur un versant dépressif» ; «Les conditions d'accueil chez la maman sont très insécurisantes (état délabré de la maison, absence de la maman, manque de prise en charge du quotidien)» ; «Mère: suivi psychiatrique avec traitement, famille hystérique, père suicidaire» ; «Carences familiales».

Le bilan scolaire est rédigé par les enseignants des élèves qui, subissant leurs comportements déviants, sont à l'origine des demandes d'orientation vers un ITEP adressées aux MDPH. Ils dessinent la figure d'élèves inadaptés aux exigences de l'école ordinaire comme le montrent les appréciations d'enseignants relevés dans des dossiers MDPH :

«Le comportement est précisément ce qui pose problème. Il a beaucoup de mal à s'insérer dans un groupe, à échanger, à coopérer.» ; «Les règles de vie de l'établissement sont très difficiles à respecter pour l'élève qui pose de nombreux problèmes aussi dans la cour.» ; «Écouter le cours, suivre les activités menées, participer... ne semblent pas être à sa portée. Élève perdu qui semble incapable de gérer son travail.» ; «Il ne comprend pas les limites.» ; «Ses apprentissages sont perturbés par son comportement et ses difficultés à intégrer les règles de la classe. Il a donc besoin d'un soutien scolaire mais aussi de soutien psychologique pour l'aider à trouver des repères.»

À travers ces appréciations, nous voyons se dessiner la figure d'un élève incapable, membre d'un « prolétariat normatif » qui « comprend [...] ceux dont la socialisation n'a pas été assez ample et intense pour les amener à une position raisonnable par rapport à la concurrence et à leurs aspirations, ceux qui souffrent d'un handicap hérité dans le développement de leurs dextérités d'interaction avec une multitude d'environnements sociaux et techniques » (Lianos, 2001 : 19). Certes il perturbe, il est violent, il cherche le conflit, mais ce n'est pas parce qu'il ne veut pas ou parce qu'il fait exprès, c'est parce qu'« il ne peut pas », parce qu'« il ne sait pas », parce qu'« il ne comprend pas », parce qu'« il a du mal ». Il ne peut pas travailler seul, il ne peut pas suivre l'école toute la journée, il a des difficultés à respecter les règles parce qu'il « manque de repères ». Il est « perdu », « incapable » de faire son métier d'élève. Cela ne semble « pas à sa portée ». Voilà l'élève dans l'incapacité d'être un élève et d'entrer dans les apprentissages.

Le bilan psychologique ou psychiatrique fait office de bilan médical dans le cas de ces jeunes. Il est effectué, sur la base d'au moins une consultation, par un psychiatre d'un Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), d'un Centre médico-psychologique (CMP) ou de la MDPH elle-même. Quel qu'il soit, ce praticien connaît les situations familiale et scolaire de l'enfant au moment de poser un diagnostic de sa situation psychique. Voici encore une fois quelques extraits de ces bilans :

«Structuration fragile de la personnalité» ; «Fragilité psycho-affective» ; «Forte dévaluation de soi» ; «Troubles du comportement avec dépression» ; «Troubles des apprentissages» ; «Sentiment d'insécurité psychique» ; «Instabilité psychique» ; «Pensée désorganisée» ; «Thématique agressive et sexuelle» ; «Méséstime de soi» ; «Problématique d'abandon» ; «Oscillation ente le réel et l'imaginaire» ; «Troubles de l'évolution de la personnalité avec antécédents traumatiques» ; «Traits de personnalité schizoïde» ; «Trouble de la personnalité de type narcissique avec intolérance à la frustration et importants troubles du comportement à type d'hétéroagressivité dans le cadre scolaire et familial».

Si on se réfère à la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA ; Mises et Quemada, 2000), et selon les échanges que nous avons eus avec des psychologues et des psychiatres au sujet des jeunes orientés en ITEP, ces enfants peuvent avoir, selon les cas, des «troubles psychotiques», des «troubles névrotiques», des «pathologies limites, troubles de la personnalité», des «troubles réactionnels», des «troubles des conduites et du comportement» et des «troubles à expression somatique». À ces troubles sont quasi systématiquement associés des «facteurs et conditions d'environnement» dont les bilans sociaux permettent de dire s'il s'agit de «carences affectives, éducatives, sociales, culturelles», de «mauvais traitements et négligences graves» ou d'«événements entraînant la rupture de liens affectifs» faisant de la situation familiale un élément du diagnostic psychiatrique.

Nous voyons que la situation familiale et le diagnostic du trouble mental sont très liés. Ainsi, la précarité des situations familiales de ces enfants est interprétée sur le plan de la santé mentale. Cependant, la présence d'une maladie psychique chez un individu ne suffit pas à le définir comme une personne en situation de handicap psychique. Encore faut-il que les manifestations de sa maladie aient un impact sur sa vie quotidienne et l'empêchent de participer pleinement à la vie en société. C'est précisément ce que décrivent les bilans scolaires. L'institution scolaire, en tant que principal lieu de vie collective pour un enfant, joue donc le révélateur de l'incapacité de ces jeunes à intégrer le bon comportement. Très vite, ce décalage visible entre ce que doit être un élève et ce que sont ces jeunes est perçu comme une déviance, puis comme une pathologie, et enfin comme une situation de handicap. L'élève coupable de comportements déviants se révèle être un élève non seulement incapable, mais aussi en souffrance psychique. Son comportement, conséquence de sa maladie, ne lui permet pas d'entrer dans les apprentissages et ne lui donne pas les moyens de modifier sa conduite afin d'éviter de perturber son environnement. Il devient alors un individu à aider, à accompagner, à rééduquer, à soigner, afin de lui permettre enfin de participer pleinement à la vie en collectivité. Il est donc bien, de ce point de vue, en situation de handicap scolaire. À ce titre, il a droit à une compensation qui prend la forme d'un accompagnement en ITEP et d'une mise à l'écart de l'école ordinaire le temps d'une thérapie et d'une rééducation.

Maintenant que nous avons étudié les modalités de repérage, d'étiquetage et d'orientation de ces jeunes, nous allons nous concentrer sur le fonctionnement et les logiques de prise en charge d'un ITEP.

L'ITÉP : UNE INSTITUTION TOTALE ?

«On peut définir une institution totale comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une

vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.» (Goffman, 1968 : 41). Ajoutons à cette définition de l'institution totale celle qui caractérise la deuxième des cinq catégories d'«institutions totales» que compte la typologie d'Erving Goffman et qui se rapproche le plus de la réalité des ITEP : «les établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté» (*Ibid* : 43).

Étant donné la globalité de la prise en charge qui consiste à la fois en une cure, une rééducation et une réhabilitation sociale et scolaire, il nous semble pertinent d'utiliser la notion d'«institution totale» de Goffman comme matrice analytique du fonctionnement et des logiques des ITEP. Il s'agit de tester la définition que donne Goffman des institutions totales face à la réalité du système imposé aux jeunes.

«Les institutions totales [...] brisent les frontières qui séparent ordinairement ces trois champs d'activité [sommeil, distraction et travail] ; c'est même là une de leurs caractéristiques essentielles.» (*Ibid* : 47) Pour ce qui est de la vie quotidienne des internes, ils dorment, se forment, se distraient et mangent tous les jours de la semaine dans l'établissement et avec les mêmes personnes. Dans chacun des instituts visités se trouvent des lieux de sommeil, au moins un réfectoire, des aires de jeux et de sports, des salles de classe et, dans deux d'entre eux, des ateliers de formation professionnelle, si bien qu'il n'est nullement nécessaire de sortir de l'établissement pour effectuer les trois champs d'activité relevés par Goffman. De plus, leurs camarades de chambres sont aussi des camarades de classe, d'atelier, de repas, de jeux et d'activités divertissantes, pédagogiques ou culturelles. L'institution réduit la vie quotidienne des jeunes par une unité de lieu et une unité d'entourage social.

Ensuite, la vie quotidienne est remplie et rythmée par le haut. L'emploi du temps est imposé à tel point que le jeune n'a nul besoin de se souvenir de l'enchaînement de celui-ci. Nombreux sont les jeunes rencontrés qui n'ont pas su nous dire le matin quel était le contenu de leur journée. Dans un des ITEP étudiés, une éducatrice nous faisait remarquer que «la majorité des jeunes n'avait pas de montre». En effet, pour avoir assisté au déroulement de plusieurs journées complètes auprès de jeunes internes (de 7 h 30, moment du lever à 21 h ou 22 h 30, selon l'âge, moment du coucher), nous avons pu constater qu'ils n'en avaient nul besoin : il leur était indiqué de manière systématique l'activité à suivre, qui peut être un cours, un temps en atelier, un rendez-vous thérapeutique, la nécessité de dresser une table pour le dîner ou encore un temps de loisir. Pour chacune des activités, des règles précises et identiques pour chacun sont à respecter et elles se déroulent toujours de la même façon. Elles s'effectuent sous la surveillance permanente d'au moins un adulte (selon le nombre de jeunes participant à l'activité), en général toujours le(s) même(s) de telle sorte qu'il est

aisé de savoir pour tous les membres du personnel où se trouvent chacun des jeunes, ce qu'ils font et à qui il faut s'adresser pour avoir un renseignement sur leur activité immédiate.

«À l'extérieur, l'individu peut préserver certains domaines intimes – son corps, ses actions spontanées, ses pensées, certains de ses biens – des influences étrangères susceptibles de les contaminer. Mais dans les institutions totales, ces domaines intimes sont violés : la frontière maintenue par l'homme entre son être et celui qui l'entoure est abolie et les secteurs de la vie personnelle sont profanés.» (*Ibid.* : 66) De même, dans un ITEP, la vie privée du jeune est limitée. Dès son arrivée, il se voit dans l'obligation de partager sa chambre et sa salle de bain avec un ou deux inconnus. Son espace personnel se réduit à un lit et à une armoire, meubles sacrés de son intimité dont il ne peut être certain qu'ils ne seront jamais profanés. Il n'a donc aucun endroit où il peut être certain d'être seul pour une durée qu'il aura décidée. Quand bien même le pourrait-il qu'il devrait justifier auprès d'un professionnel la raison de son isolement.

D'autre part, «lors de l'admission, on fait l'inventaire de ses antécédents sociaux et de ses comportements antérieurs en insistant sur les moins honorables et on les consigne dans un dossier qui demeure à la disposition du personnel» (*Ibid.*). En effet, pour chaque jeune est constitué un dossier dans lequel se trouvent tous les documents qui ont été nécessaires pour le diagnostic de sa pathologie et pour l'évaluation de sa déficience et de sa situation de handicap. De plus, dans certains ITEP, dès son arrivée, le jeune, ainsi que ses parents, sont d'abord et avant tout entendus par le psychiatre qui réalise une anamnèse. Les jeunes savent que ce dossier existe, mais rares sont ceux qui se sont intéressés à son contenu. Ils ont cependant tous conscience qu'il s'y trouve des informations intimes.

Il n'existe pas vraiment, comme dans les institutions totales décrites par Goffman, d'obstacles matériels qui coupent les jeunes du monde extérieur. Il n'est nullement question dans les ITEP de grands murs coiffés de fils barbelés jalonnés par des miradors, de barreaux aux fenêtres des chambres ou encore de caméras de surveillance. Même l'organisation minutieuse de la journée par le haut mettant les jeunes dans la situation d'être surveillés en permanence par au moins un membre du personnel ne suffit pas à assurer qu'il ne soit pas possible pour un jeune de sortir (sans autorisation) de l'institution. En revanche, des obstacles symboliques peuvent l'en dissuader. S'il sort, il aura peu de temps devant lui avant qu'un professionnel ne s'aperçoive de son absence. Il sera alors aussitôt qualifié de *fugueur*, et le fait d'être ramené entre deux gendarmes dissuade certains jeunes. D'autre part, beaucoup de jeunes nous ont exprimé un sentiment d'enfermement dans un établissement qui les coupe du monde extérieur. Alors, fuguer, oui, mais à quoi bon ? Ainsi, les fugues sont le fait d'un nombre limité d'adolescents. Ceux qui ont espoir de sortir de l'ITEP ont

conscience que tout comportement de ce type les disqualifierait dans la mesure où il serait aussitôt interprété comme la preuve qu'ils ne sont pas prêts à un retour à la société ordinaire. Il en est de même de tout refus du cadre ou de sa remise en question, même raisonnée. Sans aller jusqu'à la sanction systématique, le manquement aux règles sera perçu par les professionnels comme le signe de l'utilité de l'établissement et de la persistance de l'inadaptation du jeune. Les éducateurs l'expriment par des phrases comme « il n'a pas encore compris », « il reste dans sa logique d'opposition, il n'est pas encore prêt », « quand il aura compris que nous sommes là pour l'aider... ». Certains thérapeutes peuvent exprimer la même idée : « il reste dans sa logique hystérique », « il est encore dans le déni de ses difficultés psychologiques, alors qu'en agissant comme ça il ne fait que les renforcer ». Il est bien évident que la décision finale de sortie de l'établissement, qu'elle soit totale ou partielle, est prise par l'équipe pluridisciplinaire et a comme principal critère le respect des règles réputées thérapeutiques et imposées par l'institution.

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT : UN OUTIL DE CONTRÔLE SOCIAL

Dans cette quatrième partie de l'article, nous allons nous intéresser aux raisons sociales qui légitiment l'orientation de tels jeunes dans une institution spécialisée, en posant l'hypothèse de la mise en place d'un contrôle social de ces derniers et de leurs familles. Le concept de *contrôle social* est ici entendu dans un sens qui est celui des « grammairiens de la séparation » (Carrier, 2006), à savoir comme étant une réaction organisée à la déviance. Nous retiendrons donc la définition de Talcott Parsons pour qui le *contrôle social* est « un ensemble de mécanismes qui, au sein du système social, tendent à contrecarrer les tendances déviantes » (Parsons, 1951 : 297).

Les *troubles du comportement* semblent avoir été structurés en un véritable « problème public » dont il est aisé de repérer, dans les débats politiques et médiatiques qui ont eu lieu depuis l'année 2005, les trois aspects constitutifs selon Joseph Gusfield : « propriété, causalité et obligation politique » (2009 : 15).

L'institution scolaire (lieu où se révèlent les troubles du comportement) et le secteur de la santé mentale semblent s'être associés pour « créer » et « orienter la définition publique [du] problème » (Gusfield, 2009 : 11) que posent les *troubles du comportement*. Ils en deviennent propriétaires. Ils font émerger cette question comme un problème public, l'une en posant la question de la violence et du décrochage scolaires comme une atteinte à ses valeurs, et l'autre en psychologisant ces comportements déviants. Le rapport d'expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur le *trouble des conduites* rendu public le 22 septembre 2005 en est l'aboutissement. Ses auteurs, forts de leur stature scientifique et mobilisant des études internationales, en donnent

une définition et précisent ses facteurs de risque et la population concernée. Ils en distribuent les «responsabilités causales» et les «obligations politiques» (Gusfield, 2009 : 15).

En considérant les comportements des jeunes à l'origine de la gêne scolaire comme des symptômes de difficultés psychologiques, ils éloignent les jeunes du champ de la responsabilité. Celle-ci est alors attribuée à la famille dont la nature (mère célibataire, fratrie étendue), les liens (familles recomposées), le rapport d'autorité (éducation trop laxiste ou au contraire trop coercitive) et la situation sociale (faible capital scolaire, situation urbaine, situation professionnelle précaire) sont précisément définis comme étant pathogènes, c'est-à-dire constitutifs des facteurs de risque d'apparition du *trouble des conduites* chez leur enfant. De cette manière, les auteurs protègent leur partenaire en désignant l'institution scolaire comme révélatrice, victime et donc non responsable de la souffrance psychique des jeunes.

Quant aux «obligations politiques», en préconisant le dépistage des enfants dès l'âge de 3 ans, les auteurs renvoient la responsabilité de l'action aux pouvoirs publics. Demande leur est faite de permettre la mise en place de programmes d'ingérence familiale afin de laisser les propriétaires du problème public libres d'agir eux-mêmes à sa résolution. L'INSERM semble ainsi être passé, sur ce sujet, du statut d'«expertise technique» classique qui désigne le «recours à un savoir spécialisé pour aider à trancher dans une conjoncture problématique» (Castel, 1991 : 177) au statut d'«expertise instituante» qui permet à «l'expert auxiliaire [de devenir] partenaire et même partenaire principal dans le processus de décision» (*Ibid.* : 179).

Depuis 2005, les pouvoirs publics se soucient effectivement de ce problème public. Selon Dominique Glasman, Catherine Blaya et Carol Hayden, l'émergence politique de la question du décrochage scolaire est intimement liée au «thème de la sécurité intérieure» (Blaya et Hayden, 2004 : 282) ainsi qu'au «souci d'ordre public et [aux] menaces que font peser sur lui des élèves en errance» (Glasman, 2004 : 15). Or, nous l'avons vu, le décrochage scolaire, l'instabilité motrice, l'absentéisme, la violence, etc. sont interprétés, dans le cas des jeunes qui nous préoccupent, sur le plan de la souffrance psychique et de la santé mentale, et sont symboliquement contenus dans la notion de *troubles du comportement*. Citons le rapport de l'INSERM sur le *Trouble des conduites* : «Les données disponibles suggèrent que les expériences scolaires méritent d'être prises en compte dans l'évaluation des facteurs de risque associés au trouble des conduites ; l'absentéisme, les incivilités à l'école et les situations d'échec scolaire ont été reliés au trouble des conduites [...]» (INSERM, 2005 : 22) L'usage politique qui a été fait de ce rapport nous permet d'émettre l'hypothèse que si les pouvoirs publics se posent la question du rapport entre décrochage et délinquance, ils font aussi un rapprochement entre décrochage et santé mentale,

et entre santé mentale et désordre public. En effet, les jeunes orientés en ITEP correspondent à bien des égards à la description d'élèves décrocheurs que font Catherine Blaya (2010), Mathias Millet et Daniel Thin (2005), ou encore Maryse Esterle-Hedibel (2007). Cependant, leur comportement scolaire, leur situation familiale et leur situation urbaine ont été interprétées, comme le suggère le rapport de l'INSERM, sur le plan de la santé mentale : ils sont devenus des malades à soigner pour éviter le désordre scolaire, leur éventuel décrochage et donc leur éventuelle plongée dans la délinquance. Avec François Sicot, il semble désormais pertinent de se demander si « la déscolarisation [est] un problème de sécurité ou de santé mentale ? » (2004). En liant les deux notions, sécurité et santé mentale, les pouvoirs publics légitiment l'élaboration de mesures de prévention qui permettent de mettre en place un *contrôle* scolaire et social des jeunes et, à travers eux, de leur famille. S'il est possible de démontrer que le comportement déviant de certains jeunes est dû à une souffrance psychique, il est légitime de mettre en place des surveillances rapprochées de ces jeunes et de leur famille, surveillances qui prennent alors le nom de *thérapie*, comme le préconise le rapport de l'INSERM. Ainsi, grâce au recours à la notion de *troubles du comportement*, les pouvoirs publics pensent agir en faveur de la résolution du problème du décrochage scolaire et donc de la délinquance.

Nous en voulons pour preuve certaines recommandations du rapport d'expertise de l'INSERM sur le *trouble des conduites* qui « se traduisent par un double discours, consistant d'une part à dénoncer le « manque » (les acteurs font subir à autrui un préjudice) et, d'autre part, à l'excuser (les acteurs ne savent pas parce qu'ils n'ont pas de formation) » (Garcia, 2008 : 77). Dans le contexte qui nous préoccupe ici, ce double discours consiste à définir le fonctionnement familial comme pathogène pour l'enfant (le préjudice), puis à chercher à aider les parents à se former aux bonnes pratiques éducatives (la formation). Il est ainsi question de programmes d'intervention intrafamiliaux post-diagnostics pour réduire le facteur de risque que représente la situation familiale dans l'apparition de comportements déviants. Il s'agit d'une véritable ingérence intrafamiliale des secteurs médical et social. Inspirés de politiques publiques anglo-saxonnes, ces programmes proposent de réaliser un diagnostic de la vie de famille, de la façon dont les parents éduquent leurs enfants (l'expertise parle d'éducation permissive ou coercitive comme facteurs de risques), de la population fréquentée par la famille et par l'enfant lui-même. Ces constats sont suivis d'une thérapie visant à corriger ces facteurs de risque et peuvent conduire, par exemple, à un éloignement des pairs déviants pour les jeunes et à une formation à l'éducation de leurs enfants pour les parents. Alors que ce sont des conditions de vie, des conditions économiques et des conditions culturelles et scolaires qui sont mises en avant pour décrire la morphologie de la population à risque, il n'est jamais question dans ces programmes de

changer ces conditions par une aide économique (aide à la recherche d'emploi, allocation d'éducation...), une aide culturelle ou scolaire (reprise de formation, aide à l'obtention d'un diplôme qualifiant) ou une solution pour changer d'environnement social (relogement dans un quartier perçu comme étant mieux fréquenté, scolarisation de l'enfant dans une autre école). Si les parents des jeunes présentant des troubles du comportement ont en partage une situation sociale (culturelle, financière, de logement, etc.) précaire, ce n'est pas ce qui est retenu comme étant principalement la cause des troubles de leurs enfants. Sont mis en avant des éléments plus intrinsèques (comme le mode d'éducation) ne permettant pas de rejeter une partie de ce qui est considéré ici comme une faute sur la société, le chômage, la gestion de la question urbaine, la précarisation des conditions d'existence, l'école, etc.

Ainsi, la raison de la présence d'un trouble chez les enfants est considérée comme étant bel et bien intrinsèque à la fois au jeune et aux parents. Se met alors en place un processus de *médicalisation* du problème public qui est défini en « termes médicaux, utilisant un langage médical pour le décrire, adoptant un cadre médical pour le comprendre, ou utilisant une intervention médicale pour le « traiter » » (Conrad, 1992 : 211). Les solutions sont donc recherchées vers des thérapies et des programmes d'ingérence, et non vers l'amélioration des conditions sociales des familles. Si la responsabilité de facteurs socio-environnementaux et surtout familiaux sont mis en avant pour déterminer la présence et la nature de la souffrance psychique des jeunes, les logiques d'accompagnement scolaire, (ré)éducatif et thérapeutique, restent centrées sur le jeune lui-même, ses difficultés, ses incapacités, sa déficience, etc., et non sur l'amélioration des conditions professionnelles, économiques, culturelles, etc., de leurs parents. « Ce renvoi vers l'individu, vers sa responsabilité, s'appuie sur des technologies visant à mettre entre ses mains les moyens de faire face, de s'adapter, de dépasser sa situation, et s'effectue au détriment des solutions politiques et collectives. » (Sicot, 2006 : 618) Selon cette logique, il faut donc donner à ces jeunes les moyens d'acquérir une habileté sociale et des compétences suffisantes, éléments que leur famille n'est pas à même de leur offrir, pour devenir acteurs de leur propre parcours scolaire dans un premier temps, professionnel dans un second temps. Enfin, nous l'avons vu, les diagnostics réalisés par les psychiatres ne nomment pas explicitement la pathologie, mais évoquent un ensemble de symptômes pris dans une relation de cause à effet avec la situation familiale et la déviance scolaire. Ce n'est pas tellement la pathologie en elle-même qui semble faire sens pour les acteurs de l'orientation, mais davantage le désordre social provoqué par ces jeunes à l'école, interprété comme une souffrance psychique exprimée maladroitement et qu'il faut soulager. C'est le comportement qui est pris comme révélateur de l'anormalité, et nul n'est besoin d'y attribuer une pathologie objectivement nommée.

Les accompagnements proposés ne seraient donc pas uniquement tournés vers l'objectif de soigner l'enfant, mais seraient mis en place aussi et surtout à des fins de gestion d'un risque scolaire aujourd'hui, social demain. Cette manière de gérer la violence scolaire semble participer d'un mode de gestion de la précarité en la psychologisant, voire en la psychiatisant. Ce raisonnement est renforcé par le fait que pour exercer ce contrôle, les jeunes incriminés sont mis à part des institutions ordinaires et accueillis dans des établissements dont le fonctionnement se rapproche de celui d'une institution totale.

CONCLUSION

La situation de vulnérabilité qui caractérise les familles des jeunes orientés en ITEP associée aux difficultés scolaires et aux déviations comportementales des jeunes eux-mêmes permet de justifier la mise en place de modalités d'accompagnement spécialisées qui prennent forme en dehors des lieux ordinaires de vie. Interprétées sur le plan de la santé mentale, ces difficultés permettent de justifier une prise en charge totale qui assure le contrôle de l'éducation, des fréquentations et de la thérapie des jeunes en détournant et limitant l'impact de la famille sur leur socialisation. Cela participe d'une psychologisation de la déviance scolaire et, plus généralement, étant donné l'usage politique qui est fait de la notion de *troubles du comportement*, d'une psychologisation de la question sociale.

RÉSUMÉ | ABSTRACT

Certains enfants, adolescents et jeunes adultes socialement vulnérables présentent une déviance comportementale à l'école et une difficulté à entrer dans les apprentissages. Leurs difficultés familiales et scolaires étant interprétées sur le plan de la santé mentale, ils sont orientés vers des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) dont le fonctionnement peut être comparé à celui d'une «institution totale». Nous faisons alors l'hypothèse que les critères qui légitiment l'orientation en ITEP d'un jeune sont construits de telle manière qu'ils permettent de répondre à une nécessité politique de contrôle social d'une population considérée comme socialement et juridiquement à risque.

Some socially vulnerable children, teens and young adults have behavioural troubles at school and struggle with learning difficulties. When their family and school problems are interpreted from a mental health perspective, they are referred, in France, to education and treatment facilities (Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques), which amounts in practice to "total institutionalization." It is our hypothesis that the criteria that legitimize referral of a youth to such a facility are constructed in a way that helps to meet a political need for social control over what is regarded as a socially and legally "at-risk" population.

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

- BLAYA, Catherine. 2010. *Décrochage scolaire: l'école en difficulté*. Bruxelles, De Boeck.
- BLAYA, Catherine et Carol HAYDEN. 2004. «Décrochages scolaires et absentéismes en France et en Angleterre», dans Dominique GLASMAN et Françoise ŒUVRARD (dir.). *La déscolarisation*. Paris, Éditions La Dispute: 279-295.
- CARRIER, Nicolas. 2006. «La dépression problématique du concept de contrôle social», *Déviances et Société*, 1, 30: 3-20.
- CASTEL, Robert. 1991. «Savoirs d'expertise et production de normes», dans François CHAZEL et Jacques COMMAILLE (dir.). *Normes juridiques et régulation sociale*. Paris, LGDJ, Collection Droit et société: 177-188.
- CONRAD, Peter. 1992. «Medicalization and social control», *Annual Review of sociology*, 18: 209-232.
- ESTERLE-HEDIBEL, Maryse. 2007. *Les élèves transparents. Les arrêts de scolarité avant 16 ans*. Lille, Septentrion.
- GARCIA, Sandrine. 2008. «L'expert et le profane: qui est juge de la qualité universitaire?», *Genèses*, 1 n°70: 66-87.
- GLASMAN, Dominique. 2004. «Qu'est-ce que la "déscolarisation" ?», dans Dominique GLASMAN et Françoise ŒUVRARD (dir.). *La déscolarisation*. Paris, Éditions La Dispute: 13- 69.
- GOFFMAN, Erving. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- GUSFIELD, Joseph. 2009. *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant: la production d'un ordre symbolique*. Paris, Economica, Collection Études sociologiques.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE. 2005. *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, Éditions INSERM.
- LIANOS, Michalis. 2001. *Le nouveau contrôle social. Toile institutionnelle, normativité et lien social*. Paris, L'Harmattan, Collection Logiques sociales.
- MILLET, Mathias et Daniel THIN. 2005. *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*. Paris, Presses universitaires de France.
- MISES, Roger et Nicole QUEMADA. 2000. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. Vanves, CTNERHI.
- PARSONS, Talcott. 1951. *The social system*. Londres, Routledge, Collection Routledge Sociology Classics.
- SICOT, François. 2004. «La déscolarisation: un problème de sécurité ou de santé mentale?», dans Michel JOUBERT (dir.). *Santé mentale, ville et violences*. Paris, Érès: 101-119.
- SICOT, François. 2006. «La psychologisation rampante de la question sociale», dans Stéphane BEAUD, Joseph CONFAYREUX et Jade LINDGAARD (dir.). *La France invisible*. Paris, La Découverte: 618 à 631.