

Master 2 : Intervention et développement social
Parcours Stratégies et recherches en développement social
Option IDS
Année universitaire 2021-2022

*Juliette FOURTOUIL, Marine LIBESSART, Laurie PICAVET, Noémie ROUGEMONT et
Baptiste VIEILLEPEAU*



**La parentalité à l'épreuve de la santé mentale
des enfants : reconnaître les besoins
d'accompagnement.**

Commanditaire :

Céline DESCAMPS, Cheffe de service à Cedragir Addiction / Aide à la relation entre parents et jeune (Arpej)

Autres membres du jury :

Martine LEGRIS, Ingénieure de recherche au Ceraps, Membre du bureau de la Boutique des sciences, Université de Lille

Clément RIVIERE, Maître de conférences en sociologie, Université de Lille - CeRIES

Directrice du mémoire :

Marion CARREL, Professeure des universités en sociologie, Université de Lille - CeRIES

Remerciements

Avant tout propos concernant notre étude, nous tenons à remercier un ensemble de personnes ayant contribué de près ou de loin à la construction de cette enquête et sans qui cela n'aurait pas été possible.

En premier lieu, il convient de remercier les personnes enquêtées pour leur disponibilité, leurs récits et les divers échanges que nous avons pu avoir. Nous avons pris conscience au fur et à mesure de l'étude que s'exprimer sur des sujets aussi prenants - d'autant plus devant des inconnus - n'est pas chose facile et nous tenions à les remercier particulièrement pour cela.

Ensuite, nous tenions à remercier les personnes, qui au cours des rendez-vous universitaires ont contribué à faire évoluer notre réflexion et les nombreux questionnements attendants.

En ce qui concerne la structure ARPEJ, nous tenons à remercier les personnes qui nous ont accueillies, aidées et contribuées au bon déroulement de cette enquête. Bien sûr, nous tenons à remercier plus particulièrement Mme Mélanie Larderie, Mme Céline Descamps et Mme Jeanne Cliquetteux qui furent nos interlocutrices privilégiées tout au long de l'enquête. Nous les remercions de nous avoir mis dans de bonnes conditions de travail, pour leur accueil toujours bienveillant, leur confiance ainsi que pour les temps informels pris après chaque entretien afin de veiller sur notre propre santé mentale.

En dernier lieu, nous tenons à remercier Mme Marion Carrel pour son suivi, sa disponibilité, son soutien et sa confiance apportée tout au long de notre enquête afin que celle-ci soit menée dans les meilleures conditions possibles.

Table des matières

Chapitre 1 : Etat des lieux de la littérature sur la parentalité travaillée par la santé mentale et sa prise en charge professionnelle	16
I. La famille au prisme de la pensée sociologique	16
a) La famille, un objet sociologique en évolution	16
b) Les solidarités familiales : paradoxe du concept et limites des pratiques	17
II. Injonctions à être un bon parent : les normes du « métier de parent »	18
a) bref historique de l'évolution de la place de l'enfant à travers l'évolution de la famille	18
b) Un rôle de parent à endosser	21
c) La parentalité, un terme neutre qui cache la dimension genrée du métier de parents	23
d) La relation entre parents et enfants : l'évolution de la place de l'enfant	25
e) Des parents "dépassés" par la génération de leurs enfants	27
III. La santé mentale : entre reconnaissance et prise en charge par les pouvoirs publics	33
a) Une nouvelle conception de la notion de "santé mentale"	33
b) La prise en compte difficile de la question adolescente dans le champ de la santé mentale ..	35
c) La diversité des modalités de prise en charge sanitaire et médico-sociale	38
d) Le contexte : l'accélération des problèmes liés à la santé mentale	42
IV. Le rééquilibrage de la relation thérapeutique : vers un <i>empowerment</i> des patients ?	47
a) L'évolution de la figure du patient au gré des évolutions législatives	47
b) La reconnaissance progressive de savoirs issus de l'expérience	48
c) L'individualisation et la responsabilisation de l'individu face à la maladie	49
d) La coopération parents-professionnels dans les nouveaux modes de prise en charge des mineurs	50

Chapitre 2 : Les origines et conséquences de l'arrivée de problèmes de santé mentale dans les familles 57

- I) La santé mentale des enfants, une mise à l'épreuve de celle des parents ? 58
 - a) Entre culpabilité et perte de confiance du rôle parental 58
 - b) La santé mentale des parents, un dommage collatéral 59
 - c) Incidence(s) des troubles de l'enfant sur la vie professionnelle des parents 60
 - d) Naissance d'un besoin chez les parents : la consultation chez un professionnel de santé .. 61

- II) Les problèmes du jeune et les répercussion(s) sur la vie conjugale des parents 64
 - a) Différences dans l'épreuve: la dimension genrée du rôle de parents 64
 - b) Des recompositions familiales traversée par la/les problématique(s) de l'enfant 66
 - c) Relation(s) et communication au sein du foyer, entre tension et volonté de préservation du lien..... 67

- III) Un rapport complexe avec l'environnement autour du foyer familial 75
 - a) Une vie sociale éprouvée: entre soutien et jugement des proches..... 76
 - b) Une expérience vécue comme moralisatrice 79
 - c) La requête de l'intervention d'une tierce personne ou figure de "super nanny" 81

Chapitre 3 : L'inscription dans un parcours d'aide de l'enfant : quelle place pour les parents ? 83

- I) La difficile prise en compte des parents par le corps médical 83
 - a) Les parents, frein ou vecteur de la prise en charge d'un mineur ?..... 83
 - b) La communication au cœur de la relation thérapeutique 86
 - c) Des rapports conflictuels à l'institution 90

- II) Des parents déstabilisés par l'épreuve..... 92
 - a) Des parents culpabilisés qui se culpabilisent 92
 - b) Tous égaux face à la compréhension du diagnostic ? 95

- III) ...Mais qui ne baissent pas les bras 97
 - a) La mobilisation des parents à de multiples niveaux 97

b) L'activation des ressources disponibles	99
c) Être aidé en tant que parent pour pouvoir aider son enfant	101
Chapitre 4 : Les enjeux de l'accompagnement parental	104
I) La connaissance et l'orientation des parents vers des structures d'accompagnement parental	104
a) Le mécanisme d'orientation des professionnels de structures médico-sociales vers l'accompagnement parental	104
b) L'importance des ressources sociales, familiales et professionnelles	106
II) Des besoins multidimensionnels : l'accompagnement parental, une activité qui doit s'adapter à la pluralité des attentes.....	107
a) La diversité de besoins d'accompagnement parental.....	107
b) Entre accompagnement parental individuel et collectif : Une divergence dans les discours de satisfaction des parents.....	117
III) La montée en compétences des parents accompagnés	127
a) Gagner en pouvoir d'agir : quand les parents reprennent le contrôle de la situation	127
b) Transmettre son expérience : de parents aidés à parents aidants	130
Conclusion.....	133
Préconisations	137
Bibliographie (classée par thème)	146
Annexes	154

Introduction

La notion d'adolescence fait référence à la période de la vie qui souligne le passage de l'enfance à l'âge adulte. C'est une période de transition qui se définit à la fois par ce qui la précède et par ce qui la suit. *A priori*, le début de l'adolescence se fixe à l'arrivée de la puberté. Toutefois, utiliser cette approche biologique est moins pertinent pour fixer la borne de fin de l'adolescence. Ainsi, la définition purement physiologique doit être complétée par un aspect sociologique. Pour Stanislaw Tomkiewicz, « *l'adolescence existe depuis que l'être humain existe, même si elle ne durait que très brièvement avec, autour des premières manifestations sexuelles visibles, les rites d'initiation comme dans les sociétés qu'on appelle primitives* ». ¹

A cela, il faut également ajouter les critères politico-légaux qui sont ambivalents selon les domaines de la loi. La majorité est fixée à dix-huit ans mais entre c'est entre onze et vingt-et-un ans que nombreux de leurs droits évoluent. Par exemple, quinze ans est un âge limite en droit civil, en droit pénal, en matière d'hospitalisation pédiatrique et en ce qui concerne les peines punissant les mauvais traitements. Douze ans est l'âge autorisé pour souscrire une assurance-vie. Quatorze ans, celui pour conduire un cyclomoteur. Vingt-et-un ans est quant à lui l'âge limite de la prise en charge sociale des jeunes majeurs.

La durée de l'adolescence ne cesse de s'accroître, désormais elle semble commencer de plus en plus tôt, vers neuf-dix ans lorsque s'effectue la rupture entre l'école primaire et le collège. De ce fait, il y a une multiplication des termes entre « pré-adolescence », « jeunes adolescents », « post adolescence », « jeunes adultes » ². Ainsi, l'adolescence se rallonge au fil des années, dans la mesure où elle commence plus tôt et où la durée des études s'allonge et où les processus d'insertion sociale et professionnelle sont retardés. L'Organisation Mondiale de la Santé propose d'appeler « adolescents » les personnes de dix à dix-neuf ans et « jeunes » celles de quinze à vingt-quatre ans. Ainsi, les quinze/ dix-neuf ans sont référencés dans les deux catégories énumérées ci-dessus.

¹ Un entretien avec Stanislaw TOMKIEWICZ dans « L'adolescence existe -t-elle ? » Prévenir 1992

² Définition de l'adolescence issue du site internet de l'Aide Sociale à l'Enfance

Le terme d'adolescence renvoie à une définition faisant référence aux différentes époques, sociétés et classes sociales. Toutefois ce concept est également dépendant de la conception sociale, sociologique et juridique des deux âges encadrant cette période, l'enfance et l'âge adulte. « *L'adolescence est un concept. Et l'adolescent en tant que personne ne peut que souffrir d'être confondu avec l'adolescence. L'adolescent est unique, et tel qu'il est, il ne ressemble à aucun autre* ». ³

Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, constate que les comportements acquis au cours de l'adolescence peuvent avoir des conséquences sur la santé des individus. Ceci nous renvoie aux problématiques liées aux maladies sexuellement transmissibles, à l'usage du tabac, de l'alcool ou de la drogue, aux conduites suicidaires, aux accidents, aux états dépressifs et aux maltraitements. C'est également une période à risque pour la santé mentale de ces jeunes. La santé mentale se compose de plusieurs secteurs relatifs au bien-être ressenti, à la présence de symptômes liés à une détresse psychologique ou encore à l'existence d'une maladie mentale. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les maladies mentales se situent au troisième rang des maladies. Pour information, les première et seconde place de ce classement sont occupées par les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Ce qui montre que la santé mentale est devenue plus que jamais un enjeu de santé publique tant les chiffres sont évocateurs. Selon Santé publique France, trois millions de personnes souffrent aujourd'hui en France de troubles psychiques sévères. ⁴ Les troubles psychiques constituent donc un enjeu majeur pour notre société autant en matière de prise en charge médicale qu'en insertion sociale et professionnelle.

L'adolescence n'est pas pour autant une période pathologique. Pour comprendre ces êtres humains il faut instaurer une approche globale des adolescents malades en tenant compte des aspects médicaux mais également sociaux et psychologiques personnels et environnementaux. Face à la difficulté d'appréhender l'adolescent, sa prise en charge dans le schéma classique d'hospitalisation fait l'objet d'intenses débats.

En effet, la prise en charge sanitaire des adolescents est un véritable enjeu de société. En 1997, la Conférence nationale de santé a préconisé la mise en place de lieux de soins adaptés à l'accueil et à l'accompagnement des adolescents. Puis en mars 2000, un rapport concernant l'éducation à la santé des 12-25 ans, la sensibilisation des adultes, le développement de l'action

³ Professeur Courtecuisse, « L'adolescence, Les années métamorphoses »

⁴ La santé mentale, Site Santé Publique France, octobre 2021

des intervenants de crise et la création de structures innovantes pour leur prise en charge a été publié par le Haut Comité de la santé publique.

La question de la prévention des troubles de santé mentale des jeunes amène à interroger les modalités de repérage et de déclenchement d'alerte par les jeunes et leur famille. Malgré leurs problématiques qui peuvent être multiples, et transdisciplinaires, de nombreuses études montrent qu'il est rare que les adolescents viennent consulter d'eux-mêmes. Généralement ce sont les parents qui sont à l'initiative du premier rendez-vous, mais ces patients sont responsables de leur santé et sont donc libres de consentir eux-mêmes aux soins. Toutefois, ces derniers ne perçoivent pas toujours l'importance de cette initiative. Ils peuvent méconnaître les possibilités offertes, ne voulant pas attirer l'attention sur leurs éventuels problèmes. Il revient alors souvent aux parents la responsabilité de faire le lien entre l'enfant et les structures capables de le prendre en charge. Cette responsabilité semble aller de soi puisque les parents sont les premiers pourvoyeurs de soin de leur enfant. Ainsi, dès lors que le jeune est en souffrance, c'est tout le système familial qui s'en trouve impacté puisque la sphère familiale constitue le noyau de vie de l'enfant. Se met alors en place un contexte dans lequel parents et enfants sont intrinsèquement liés, les parents cherchent par tous les moyens à améliorer une situation aux conséquences multiples. Or, la démarche d'aide ne va pas de soi : elle nécessite de mobiliser des ressources, des acteurs, des structures etc... adaptés. Il apparaît que les individus manquent d'informations sur les dispositifs qui existent et qui sont à leur disposition, phénomène qui est à l'origine de la recherche que nous avons menée.

En général, les familles s'orientent en premier lieu vers des secteurs purement médicaux, ce qui correspond à une évolution sociétale plus générale de nos schèmes de pensée nous poussant à chercher systématiquement des explications d'ordre psychologique. Cependant, il n'est pas aisé pour ces parents de se faire une place dans le champ psychiatrique qui est régi par un certain nombre de normes de fonctionnement et de représentations qui lui sont spécifiques. Ces derniers peuvent se sentir démunis voire impuissants face à la situation vécue et ressentir eux-mêmes des difficultés dans la gestion du trouble de l'enfant et de ses conséquences multidimensionnelles. Le sentiment d'être en situation d'échec vis-à-vis de son rôle de parent, pourvoyeur de soin et d'épanouissement de l'enfant engendre des situations où le parent est lui-même dépassé et en souffrance. La charge mentale qui repose sur ces parents n'est pas négligeable et questionne la nécessité de soulager ces derniers. Comment peut-on imaginer répondre aux besoins de l'enfant, si on est soi-même en difficulté en tant que père ou mère ? On

le comprend, le besoin de prise en charge des parents est tout aussi important que celui des enfants suivis en santé mentale. Or, il existe aujourd'hui en France que très peu de structures proposant du soutien à la parentalité. La faiblesse en nombre de ce type de structure témoigne du manque de reconnaissance du rôle social joué par les dispositifs d'accompagnement parental. Pourtant le besoin est bien là, et l'est d'autant plus que les problèmes de santé mentale des jeunes ne cessent de s'accroître.

Nous avons donc été contactés, via la Boutique des Sciences de l'Université de Lille, par l'une des associations faisant partie du paysage associatif venant en aide aux jeunes en difficulté ainsi qu'à leurs parents afin de faire valoir leur légitimité et leur rôle dans l'espace social. Il s'agit de CEDRAGIR qui est une association de loi 1901 et qui porte deux objectifs principaux. Le premier est de promouvoir et mettre en œuvre des actions d'accueil, d'accompagnement, de soins et de prévention auprès de personnes en difficulté présentant en priorité des conduites à risques ou addictives, de leur famille et de leur entourage. Le second est de mener des actions avec les usagers, contribuant à un mieux-être et une amélioration de leur santé.⁵

Nous avons réalisé un schéma mis dans nos annexes (cf annexe n°1) afin de présenter la structure et de positionner ARPEJ, le dispositif dans lequel nous avons réalisé notre stage de janvier à juin 2022, par rapport à l'ensemble de l'organisation de CEDRAGIR. Au sein de CEDRAGIR, il y a en effet plusieurs pôles proposés en fonction d'une thématique et à l'intérieur de ces pôles il y a plusieurs acteurs/programmes mobilisés pour répondre à ces problématiques. Dans ce paysage, l'Aide à la Relation entre Parents et Jeunes (ARPEJ) est un service de soutien à la parentalité qui répond à un besoin d'accompagnement des familles dans une démarche de prévention des conduites à risques. L'équipe d'ARPEJ est composée d'éducateurs spécialisés et de psychologues. Néanmoins, elle n'a pas vocation à poser un diagnostic (seuls les psychiatres sont habilités à le faire.), ni à mettre en place un suivi thérapeutique. L'équipe a plutôt un rôle d'orientation des parents auprès des acteurs spécialisés dans leurs problématiques. C'est un besoin qui est peu reconnu et donc peu pris en charge par les services publics. Etant donné que c'est un besoin encore peu reconnu, ce dispositif ne dispose pas de subventions régulières ni de capitaux de fonctionnement, contrairement aux centres sociaux par exemple. Ils survivent en montant des dossiers tous les ans auprès de la ville, de la CAF, du département etc. Ce contexte

⁵ <https://www.cedragir.fr/page-14-0-0.html>

ne permet pas de garantir la stabilité économique de ce type de dispositif proposant un accompagnement parental.

ARPEJ est un lieu intermédiaire entre prévention et prise en charge. C'est un lieu qui privilégie la médiation, la réflexion partagée. Le but étant d'aider chacun à prendre conscience de ses ressources et de ses capacités à réfléchir, agir et réagir en tant que parent face à la situation familiale. Il s'agit d'offrir aux enfants et aux parents un lieu d'écoute dans lequel ils peuvent se sentir écoutés, compris dans leurs difficultés et soutenus en leur donnant des pistes pour améliorer une situation familiale difficile. Le dispositif ARPEJ accompagne les parents de deux manières. Soit individuellement, en proposant des entretiens familiaux et parentaux, c'est-à-dire un accompagnement qui prend la forme de rendez-vous d'une heure, à raison d'une fois par mois. Ils ont également le dispositif (PAEJ) qui, lui, est centré sur la parole des jeunes et permet de recevoir des enfants sans leurs parents, ce qui n'est pas possible à ARPEJ, ainsi les dispositifs se complètent bien entre eux. Soit collectivement, en mettant en place des actions délocalisées dans le cadre de la politique de la ville avec des partenaires locaux tels que des centres sociaux, café/parents sur différentes thématiques. Ils organisent également des ateliers au sein d'ARPEJ qui peuvent permettre aux parents de partager un temps pour eux, notamment grâce aux ateliers de relaxation ou gestion du stress parental ou encore pour échanger sur des thématiques qui les préoccupent comme avec les ateliers de gestion des émotions ou ceux sur la gestion de l'adolescence avec des conduites à risque.

En réalité, ARPEJ est confronté à deux enjeux majeurs, révélateurs de l'évolution des problèmes sociaux contemporains. D'une part, il existe très peu de structures d'aide à la parentalité, tandis que le nombre de jeunes qui rencontrent des problèmes de santé mentale croît de manière exponentielle, la crise du Covid-19 ayant exacerbé certains troubles.⁶ Par conséquent, le dispositif est « surbooké », ce qui explique que les listes d'attente s'allongent. D'autre part, étant donné que le besoin d'accompagnement parental est peu reconnu par les pouvoirs publics, il y a très peu de financements qui sont aujourd'hui alloués pour couvrir ce besoin. L'objectif à long terme de notre travail est la reconnaissance par les pouvoirs publics de l'importance de l'accompagnement parental et plus précisément de légitimer le rôle social que jouent les acteurs associatifs dans le soutien à la parentalité. Aussi, le commanditaire a souhaité mettre la focale sur l'accompagnement parental au prisme de la santé mentale. Pourtant

⁶ Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19), Préserver la santé mentale des jeunes pendant la crise du COVID-19 mai 2022

aujourd'hui, si le dispositif ARPEJ est l'un des rares à mettre en œuvre cette prise en charge des parents et à leur offrir un espace de soutien, il est du coup aussi touché par des difficultés économiques pour réaliser ses actions.

→ Notre commande repose donc sur deux enjeux principaux.

Le premier enjeu de cette commande est donc de comprendre et d'analyser le besoin d'accompagnement des parents concernés par la question de la santé mentale de leur enfant. Pour aborder cet enjeu, il paraît nécessaire de connaître le parcours des familles avant leur arrivée chez ARPEJ et donc leur expérience et ressenti en tant que parents. Il est aussi pertinent de comprendre la configuration familiale dans laquelle ils se trouvent, leur histoire et les difficultés qu'ils ont rencontrées, en mettant la focale sur les difficultés de l'enfant qui présente des troubles relevant du champ de la santé mentale. De ce fait, un des enjeux de cette recherche est de comprendre et qualifier les besoins d'accompagnement des parents qui en découlent.

Autrement dit, nos questionnements sont les suivants : Comment les parents cherchent-ils des solutions pour aider leur enfant et par ricochet la famille ? Par quels acteurs ont-ils déjà été accompagnés ? Quel regard portent-ils sur ces accompagnements ? S'il y a une prise en charge médicale, quel lien entretiennent-ils avec les médecins ? Quelle place les parents occupent-ils dans la démarche de soin de leur enfant ?

Enfin, il s'agit également dans cet enjeu d'observer en quoi l'accompagnement parental participe ou contribue à l'amélioration de la situation de la famille et de l'enfant. En d'autres termes, d'analyser en quoi cet accompagnement parental est utile et mérite davantage d'être reconnu, ce qu'il apporte aux parents et en quoi il répond aux besoins spécifiques de ces derniers.

Le deuxième enjeu est d'interroger des professionnels de santé face à ces questions d'accompagnement parental. En effet, l'association nous a fait part d'un mécanisme d'orientation réciproque entre ARPEJ et les Centres Médico-Psychologiques (CMP) essentiellement. Ces derniers orientent les parents vers des services comme ARPEJ. Une partie de notre mission était donc d'aller à la rencontre des établissements sociaux et médico-sociaux pour comprendre ces mécanismes d'orientation.

Il s'agit là d'enquêter sur un phénomène qui a déjà souvent été documenté par la littérature sociologique, selon laquelle les parents sont difficilement associés voire exclus de la

prise en charge de leur enfant mineur. Nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure la prise en charge de l'enfant traduit, en même temps, une difficile prise en compte des parents dans la pratique des professionnels. Nous avons également interrogé des professionnels qui ne font pas partie du champ médical, tels que des assistantes sociales d'associations comme la Maison des Adolescents par exemple, qui peuvent orienter les familles vers Arpej. Accéder à ces structures et professionnels hors du champ médical permet de se saisir de la place qu'occupent les parents dans tous ces dispositifs dirigés vers l'enfant. L'objectif étant de comprendre là encore les représentations que les professionnels ont des parents et la manière dont ils leur proposent ou pas un accompagnement.

L'enjeu de cette commande réside ainsi dans la qualification des besoins, et des ressources, des parents de mineurs ou de jeunes majeurs suivis en santé mentale, ainsi que les raisons pour lesquelles ils se tournent ou sont orientés par des professionnels vers des associations comme CEDRAGIR. L'étude vise donc à produire des connaissances et des préconisations sur l'accompagnement de ces parents dont l'enfant est concerné par un problème relevant de la santé mentale.

Après avoir présenté les constats et les enjeux relatifs à la commande, nous pouvons au regard de notre enquête, convenir de plusieurs axes de recherches, que nous formulerons de la façon suivante :

Il s'agira d'une part, de comprendre dans quelle mesure le développement des structures d'accompagnement parental apparaît comme un enjeu d'intérêt public, notamment dans le cadre d'une prise en charge de la santé mentale des jeunes. D'autre part, il s'agira de définir et de mesurer les apports et les limites traversés par le soutien à la parentalité.

La commande d'ARPEJ ayant été discutée lors des premiers comités de pilotage, et suite à nos lectures, nous avons procédé à un choix d'enquête empirique pour répondre à notre problématique.

Pour réaliser cette commande, nous avons donc élaboré un protocole d'enquête. Notre méthode repose sur la passation d'entretiens auprès du public cible. Le choix des entretiens semi-directifs a été fait de sorte à recueillir le récit et les représentations des parents. Le principe de l'entretien semi-directif est de laisser les individus s'exprimer librement tout en ayant un guide d'entretien avec une trame générale qui nous permet d'orienter les personnes sur les sujets

que nous cherchons à creuser. Nous avons donc réalisé deux guides d'entretien : un pour les entretiens avec les parents et un pour les professionnels.

Le guide d'entretien pour les familles a été construit sur la base de grands thèmes (cf annexe n°2) qui étaient notamment :

- Environnement familial et parentalité
- Parcours d'accompagnement avant ARPEJ
- Les attentes des parents vis-à-vis de l'accompagnement
- Ce qu'ils ont trouvé à ARPEJ en fonction de leurs besoins
- Le pouvoir d'agir et la pair-aidance
- Questions socio-démographiques

A l'intérieur de chaque thème, nous avons une série de questions de relance.

Celui pour les professionnels (cf annexe n°3) était davantage orienté sur les représentations qu'ils ont des parents et la place qu'ils leur font dans leur travail de prise en charge du mineur.

- A propos du parcours d'accompagnement (parcours d'arrivée au CMP)
- Déroulement de la prise en charge
- Lien avec les structures d'accompagnement parental
- A propos du métier

Nous avons commencé par faire passer les entretiens aux parents. Après validation du guide d'entretien, nous l'avons testé en temps réel lors d'entretiens avec des familles. A savoir, que fin février, quand nous avons commencé les premiers entretiens, nous nous rendions aux rendez-vous sans information préalable sur les enquêtés. Après plusieurs discussions, il nous est paru nécessaire d'avoir un minimum de renseignements sur les familles interviewées afin d'éviter tout effet de surprise. Ainsi, par la suite, un bref topo nous était fait de la part de l'équipe d'ARPEJ sur la famille que nous allions rencontrer. Cela nous permettait d'appivoiser les personnes en amont et de nous préparer psychologiquement aux sujets abordés. Sujets qui selon les familles pouvaient être forts comme des tentatives de suicide.

Les entretiens duraient en moyenne une à deux heures. Nous avons fait le choix d'être deux étudiants par entretien. Nous souhaitons faire ce travail à deux, pour permettre une fluidité dans l'échange, quand l'un posait une question, l'autre rebondissait, vérifiait qu'aucun

sujet n'a été omis. De plus, les thématiques étant très poignantes cela permettait au binôme formé de pouvoir échanger sur le sujet après l'entretien.

Nous leur indiquions dès le départ qu'il s'agissait d'un entretien enregistré et rappelions l'anonymat de l'exercice. Pour la discussion, nous nous sommes fiés aux grands thèmes du guide d'entretien, mais nous ne nous attachions pas aux questions une par une. Nous vérifions dans l'intervalle, si aucune grande ligne n'a été oubliée, et finissons l'entretien par des questions socio-démographiques telles que : l'âge, le niveau de diplôme, la composition de la famille, le lieu de vie, etc...D'ailleurs après chaque entretien nous discutons entre nous, et un échange était également mis en place avec une personne de la structure. Ce temps nous permettait de donner nos impressions, nos ressentis, d'émettre des questions, des hypothèses, et de clôturer l'exercice. Enfin, nous procédions à la retranscription de la rencontre. Il s'agit ici de réécouter l'enregistrement qui a été fait de l'entretien et de remettre par écrit le contenu, mot pour mot de sorte à retravailler dessus pour en dégager des analyses. Cette retranscription se faisait dans la semaine qui suivait, afin que nous ayons encore les sujets bien en tête. Ce travail était également réalisé à deux, nous divisons la retranscription en sein du binôme.

Nous avons donc réalisé vingt-sept entretiens auprès de parents accompagnés par ARPEJ. A noter que c'est la structure elle-même qui a sélectionné en amont les parents, qui leur a présenté notre démarche et qui nous a fixé des rendez-vous. Une démarche qui a été facilitée par l'agenda partagé mis en place sur lequel nous pouvions rentrer nos disponibilités et ARPEJ, positionner les différents entretiens. De plus, nous avons pu réaliser la grande majorité des entretiens à ARPEJ dans des salles qui étaient mises à notre disposition.

Sur les vingt-sept entretiens, quatre seulement ont été réalisés par téléphone et deux au domicile des familles. Nous avons rencontré une pluralité de situations familiales, de troubles de l'enfant, de difficultés à y faire face, de réactions et de sentiments des parents. Cette diversité fait la richesse de notre matériau d'enquête alors même que nous n'avons pas réussi à obtenir les cinquante entretiens que nous visions initialement. Nous avons pu finalement multiplier les cas de figure qui se prêtent bien aujourd'hui à l'analyse (cf annexe n°4). Aussi, nous avons pu réaliser des entretiens avec des professionnels du champ médico-social. Nous avons échangé avec une assistante sociale, une directrice de maison des ados, une infirmière, et un médecin coordinateur de la maison des ados. L'ensemble de ces corps de métier (cf annexe n°5) semble essentiel dans la compréhension du phénomène d'adressement réciproque entre ARPEJ et les différents dispositifs mobilisés par les parents et/ou les jeunes. Il faut noter que nous nous

sommes heurtés, non pas à des refus mais à des non-réponses de la part de ces professionnels. Nous pouvons supposer que la charge de travail qui repose sur leurs épaules ne leur permet pas d'accorder du temps à ce type de démarche de recherche. Si cette absence de réponse a représenté un frein pour obtenir un nombre satisfaisant d'entretiens, elle en dit pourtant beaucoup sur la situation de ces professionnels qui sont surbookés et priorisent leurs activités.

Pour répondre à notre problématique nous avons fait le choix d'organiser notre enquête autour de quatre grands chapitres. Avant de pouvoir traiter les questions centrales de notre étude, nous avons fait un état des lieux de la littérature sur la parentalité sous le prisme de la santé mentale et sa prise en charge professionnelle (Chapitre 1). Après avoir fait cet état de l'art, nous sommes entrés au cœur de l'enquête en nous interrogeant sur les origines et conséquences de l'arrivée de la problématique de santé mentale dans les familles (Chapitre 2). Nous nous sommes également questionnés sur la place des parents dans le déroulement d'un parcours d'aide de leur enfant (Chapitre 3). Enfin, nous rendons compte des divers enjeux de l'accompagnement parental.(Chapitre 4).

Chapitre 1 : Etat des lieux de la littérature sur la parentalité travaillée par la santé mentale et sa prise en charge professionnelle

I. La famille au prisme de la pensée sociologique

a) La famille, un objet sociologique en évolution

La sociologie de la famille jusqu'aux années 70, s'intéresse essentiellement à la famille nucléaire (parents et enfants), elle regarde de près comment les parents élèvent leurs enfants. Ainsi, nous nous intéressons à la relation d'autorité et à la relation d'affection. Cette perspective est adoptée par Emile Durkheim puis par Talcott Parsons.

Emile Durkheim a écrit différents textes sur la famille avec des propositions d'études sur ce concept. Son analyse sur la famille est de dire que la modernisation de la société amène de plus en plus à l'idée que le métier et le patrimoine définissent la place et le rôle des individus dans la société.

Néanmoins, la société a considérablement évolué, ainsi depuis le début du XXème siècle, il y a une perte importante des héritages professionnels, ainsi nous ne sommes plus systématiquement agriculteurs de père en fils...

Les fonctions patrimoniales de la famille vont disparaître peu à peu. Il y a une importance accrue de l'éducation. Le rôle nouveau des familles est d'aider les enfants à réaliser un parcours éducatif pour trouver une place souhaitable dans la société. Ainsi, avec l'industrialisation, l'école obligatoire apparaît et l'investissement scolaire devient important.

Talcott Parsons, reprend la théorie de Emile Durkheim en l'ajustant à la société américaine d'après-guerre. C'est le même cadre d'analyse avec la famille comme lieu de socialisation et d'éducation des enfants. Toutefois, Talcott Parsons ajoute la spatialisation des rôles maternel et paternel. Ici, nous remarquons qu'en général l'homme gagne un salaire en travaillant et la mère garde la maison et s'occupe des enfants.

Cette modélisation correspond à l'organisation de la société américaine d'après-guerre. L'auteur la présente comme un modèle fonctionnel. Talcott Parsons affirme que c'est un système tout à fait complémentaire entre les hommes et les femmes. Il faudra attendre les analyses féministes matérialistes pour remettre en cause ce modèle sur la base de l'équilibre supposé entre les rôles.

Là où Talcott Parsons disait que c'était idéal, les analyses féministes ne sont pas d'accord, puisque les femmes travaillent à la maison. Tout ce que la femme fait à la maison, ce sont autant de choses qui n'ont pas besoin d'être achetées, ce qui correspond à une production de travail gratuit. Cette perspective féministe matérialiste sort du cadre de la sociologie de la famille.

Les premières études sur le thème de l'entraide familiale dans les sociétés occidentales modernes sont majoritairement l'œuvre d'anthropologues anglo-saxons, ceux qui restent emblématiques sont ceux de Michael Young et Peter Willmott en 1957, Elizabeth Bott en 1957 et ceux de Raymond Firth en 1956.

En France, l'étude sociologique des aides données et reçues au sein des familles est plus tardive, elle s'est inscrite dans le dépassement de la thèse parsonnienne qui prédisait un isolement de la famille nucléaire et un amenuisement des relations entre membres de la famille dès lors que les enfants la quittent pour fonder leur propre foyer.

A contrario de cette thèse, les enquêtes successivement menées par Agnès Pitrou en 1979, Louis Roussel et Odile Bourguignon en 1976 et de Catherine Gokalp en 1978 montrent que les aides et les services apportés par les parents à leurs enfants restent fréquents malgré le départ de ces derniers du domicile parental.

À partir de ce constat, une nouvelle sociologie de la jeunesse française s'est construite dans les années 1990 en insistant sur l'allongement de la jeunesse et « l'étirement de la dépendance », y compris après le départ du domicile parental. Les liens entre générations se maintiennent ainsi au-delà d'un seul effet de cohabitation familiale.

b) Les solidarités familiales : paradoxe du concept et limites des pratiques

Irène Théry, une spécialiste des questions familiales, affirme qu'il existe un double problème avec la notion de solidarité familiale, puisque nous ne savons pas ce que ce concept

englobe. Cela fait souvent référence aux solidarités entre génération parce que, de fait, c'est surtout verticalement que circule l'aide dans la famille. Ainsi, parler de solidarité entre générations suppose qu'il existe des limites assez claires entre les générations et donc des modalités de passage assez univoques. Or dans nos sociétés actuelles, les évolutions économiques et démographiques constituent un brouillage. Cette notion de solidarité entre générations est compliquée à appréhender mais nous y reviendrons.

La notion même de solidarité est utilisée indépendamment de la consistance juridique. D'un point de vue juridique, la notion de solidarité désigne deux choses. D'abord, une aide personnelle ou associative qui est par définition volontaire et qui s'exerce entre des personnes qui n'ont pas de lien statutaire. C'est ce que nous appelons la solidarité civile. Ensuite, la solidarité sociale ou nationale est un contrat. C'est une volonté contractualisée de redistribution des richesses entre des personnes reliée par un statut commun qui est la citoyenneté. Dans les deux cas, ce qui est mis en avant c'est le caractère volontaire, visible ou non. Les solidarités familiales ne ressemblent pas à cela car il n'y a pas de contrat.

Il y a une tentative de retour en arrière, un retour à un âge d'or où les enfants obéissent à leurs parents, où l'entraide existe dans la famille. Cette tentation du retour au passé est le produit d'une méconnaissance des formes familiales et traduit une difficulté à appréhender le présent. L'idée que « c'était mieux avant » traduit une difficulté à appréhender le temps présent.

II. Injonctions à être un bon parent : les normes du « métier de parent »

a) bref historique de l'évolution de la place de l'enfant à travers l'évolution de la famille

Dans son article "*à propos de la famille comme catégorie réalisée*", Pierre Bourdieu met en avant plusieurs idées selon lesquelles la famille n'est pas naturelle, ni universelle et qu'elle fait l'objet d'une construction sociale historique traversée par des phénomènes sociaux selon le moment d'où on la considère. Ici il ne sera pas question de retracer toute l'histoire de

la famille mais d'en détailler et d'en présenter quelques éléments permettant de comprendre comment les représentations autour de celle-ci ont évolué et comment elle travaille le cadre dans lequel elle est amenée à évoluer.

Pour Philippe Ariès, dans son ouvrage référence *“L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime”*, il est difficile de dissocier, l'histoire, l'évolution de la famille avec celle de l'évolution de la place de l'enfant, globalement dans nos sociétés et plus spécifiquement à travers sa place dans la famille. En effet, les évolutions liées à la famille arborent une certaine réciprocity temporelle avec les évolutions liées à la place de l'enfant dans la famille. Il ressort trois idées principales des travaux de Philippe Ariès qui tentent d'expliquer divers changements et qui permettent de mieux comprendre la famille d'aujourd'hui. Une première idée consiste en un mouvement de privatisation de la famille amorcée au cours du XVIIIème siècle. Cette privatisation de la famille va se matérialiser par la constitution d'un espace privé de la famille, moins exposé à l'espace public avec un accent sur l'intimité, notamment celle de la relation conjugale. Auparavant la famille étant plus élargie, sous une forme que l'on pourrait qualifier de “communautaire” (symbolisé par la résidence de plusieurs générations sous le même toit par exemple) établie dans un contexte où la “communauté” était garante de la survie de ses membres. Peu à peu, ce modèle de la famille “moderne” va s'accroître, en témoigne la réduction de la taille des ménages -ainsi que le changement de composition de ceux-ci- et la norme privative va s'imposer pour représenter ce qu'on appelle plus communément la “famille nucléaire”. Cet espace devenu privé est présenté comme un espace permettant à l'individu de se réaliser puisqu'il peut désormais se soustraire au collectif pour développer son individualisme moral. Le développement de l'intimité au sein même des ménages permet de reconnaître un espace d'autonomie pour chaque membre du ménage, cette idée étant symbolisée par la “chambre à soi”, dont l'enfant va peu à peu bénéficier et qui va lui permettre de développer son univers d'enfant.

La seconde idée développée par Philippe Ariès est celle de la montée de l'individualisme. La place consacrée à l'individu au sein de la famille est de plus en plus importante. La progression du nombre de divorces dans les années 80 fait état d'une crise de la famille mais Philippe Ariès préfère parler de transformation du lien au sein de cette même famille. Les fonctions au sein de celle-ci se sont transformées, là où la famille était régie par des fonctions de reproduction et relative au prisme économique, elle assure désormais en tant que famille “moderne” une fonction affective. En effet, celle-ci n'existe plus seulement pour

son caractère reproductif mais pour son lien aux affects de chaque individu et de sa réalisation au sein d'un cadre présumé comme lieu propice au développement intime de l'individu. Durkheim présente cette relation à l'affect comme étant le produit de la réduction de la taille familiale favorisant un lien plus étroit, les individus pouvant se soutenir davantage et plus facilement entre eux. L'individualisme familial se traduit donc en partie par le fait qu'il met en valeur chaque individu puisque la famille est pensée comme un lieu favorable à la réalisation de soi. L'enfant considéré autrefois non pas comme un enfant mais comme une sorte d'homme miniature duquel "l'utilité publique" n'était pas ou peu reconnu va trouver une place "nouvelle" grâce à ce changement de paradigme qu'est l'individualisme. En ce qui le concerne, dans ce contexte, il n'est plus pensé comme l'équivalent d'un adulte mais comme un être à part entière dont il faut penser le développement par et avec lui. En effet, l'enfant est peu à peu amené à se développer en tant qu'entité à part entière, comme quelqu'un de singulier. Dans ce cadre, les parents ne sont plus seulement une figure d'autorité qui dictent à l'enfant comment agir mais détiennent désormais un rôle d'accompagnement vis-à-vis de la réalisation de celui-ci.

Cette réalisation de l'enfant par "lui-même" est par exemple représentée par le fait qu'il possède sa propre chambre, que les parents cherchent à l'autonomiser dès le plus jeune âge, qu'il ait un accès numérique et internet afin de constituer une ouverture au monde extérieur et bien d'autres choses encore. Cela entraîne évidemment des changements dans l'éducation car la famille représente un lieu de réalisation de soi, donc fortuitement plus libertaire, Philippe Ariès parle de "subjectivation" dans les normes éducationnelles. De fait les repères institutionnels de la famille sont moins établis, sont en mouvement et font l'objet de négociations entre les parents et l'enfant, on assiste à un développement de normes singulières, potentiellement plus informelles dans le cadre donné à l'enfant. A travers l'individualisme, on induit la notion d'avoir un pouvoir sur soi, de se responsabiliser soi-même en tant que personne. L'individu est valorisé au sein de la famille mais il a également la responsabilité de se réaliser lui-même (se prendre en charge et assumer en quelque sorte), ce qui n'est pas spécialement simple dans le sens où on cherche à donner à l'enfant, un cadre en fonction de sa singularité et des différents aléas auxquels il doit faire face. Cela laisse tout de même arborer une tension entre la préservation de l'équilibre familial et la réalisation individuelle de chacun au sein même de ce groupe qu'est la famille. A travers ce paradigme, on va encourager l'individu à se réaliser et le valoriser à travers ce qu'il aura acquis et non pas ce dont il aura hérité, bien que dans un cadre comme celui du scolaire, cela puisse être remis en cause.

La troisième idée développée par Philippe Ariès est celle de la montée des sentiments. Il cherche, à travers cette idée, à comprendre l'évolution des sentiments des parents qui ont fait évoluer le statut familial ainsi que la place de l'enfant. Il tend à établir une corrélation entre la montée de l'individualisme et la recherche du bonheur -qui par ailleurs est une invention européenne relativement récente- avec l'évolution de la place de l'enfant. De plus, il met en avant que la prise en compte de l'enfant et de ses affects est liée à la baisse du taux de mortalité au cours des XVII et XVIII siècles. Auparavant les parents avaient tendance à réfréner tout affect pour les enfants car le taux de mortalité infantile était extrêmement élevé, cette réaction "repoussoir" de l'enfant était en fait une réponse afin de ne pas s'écrouler moralement sous le malheur. C'est lorsque la mortalité infantile va largement baisser, que la famille -principalement les mères- va développer le sentiment maternel pour accompagner le développement de l'enfant et ainsi le faire exister comme un être à part entière. Son statut a changé et c'est pour Philippe Ariès un des marqueurs du passage à la famille "moderne". Dans cette continuité vont naître d'autres normes qui vont venir renforcer ce statut de l'enfant; premièrement on va pouvoir observer une représentation de l'enfant comme membre à part entière (dans les tableaux puis dans les films etc...) mais surtout, en accord avec sa représentation à part entière, va naître le désir d'éduquer cet enfant dans des lieux adaptés pour celui-ci. Philippe Ariès parle du "souci éducatif" consistant à développer spécifiquement une éducation pour l'enfant et à en développer des stratégies, des lieux des acteurs autour de ça. Cela va être matérialisé par le développement de stratégies éducatives autour de l'enfant et le déroulement, la mise en place d'une scolarité. Le scolaire va induire de nombreux changements dans la structure sociétale puisque le statut ne sera plus vu sous l'angle de l'héritage, de la lignée mais de la socialisation au monde scolaire, ce qui induit en partie que l'enfant a une responsabilité d'assurer "pour" sa famille (il devient la "vitrine" sociale de celle-ci), ce qu'il va acquérir à l'école va déterminer, du moins en partie, son statut social. Philippe Ariès parle alors de "dépossession éducative des parents", dans le sens où l'éducation est confiée petit à petit et de façon exponentielle au scolaire dont l'emprise va ne faire que croître.

b) Un rôle de parent à endosser

Il est important de regarder la manière dont l'État contrôle le fait familial et la manière dont les parents élèvent les enfants. Nous nous intéressons aux fonctions et aux rôles parentaux,

au métier et au travail parental. Nous allons voir à quel point ce qui se passe à l'intérieur de la famille étroite est soumis à des injonctions.

Cet intérêt pour le rôle des parents vient du fait que dans la définition de la famille où le rôle de l'enfant est central. C'est l'enfant qui fait essentiellement la famille, c'est autour de l'éducation que se consacrent les questions de savoir ce que c'est qu'être parent et ce que c'est qu'un bon parent.

Le terme de parentalité est une traduction française du terme de « parenthood ». Ce terme est utilisé en anglais depuis longtemps pour désigner les fonctions parentales par les anthropologues. Esther Goody attribue au début des années 80, cinq composantes

- Concevoir et mettre au monde des enfants
- Nourrir
- Éduquer
- Donner une identité à la naissance
- Garantir l'accès de l'enfant au statut d'adulte à travers l'accès à un métier, à des biens (transmission de patrimoine), à l'organisation du mariage.

Ces différentes composantes jouent de manières variables selon les systèmes sociaux.

Le terme de parentalité a aussi une forte connotation au niveau du travail social, cela est propre à la France. Cette notion est issue du champ de l'expertise familiale. Ce terme employé apparaît en France à la fin des années 90 autour d'un débat qui porte sur le lien entre transformations familiales et transformations sociales. En parallèle, il y a une montée des débats politiques sur la question de l'insécurité, qui est un problème majeur. Cette question doit être rattachée à la transformation des formes familiales (notamment la montée du taux de divorce et des familles monoparentales). Les sociologues qui s'intéressent à cette question font un pas de côté pour préférer le terme de travail parental ou de métier de parents. L'intérêt à parler de travail parental est souligné par Jean-Hugues Dechaux⁷. Ce dernier dit que tout l'intérêt d'utiliser le terme de travail parental est de déconstruire des notions de rôles parentaux, fonctions parentales. Il insiste sur les conditions matérielles des familles. Ainsi, réfléchir en termes de carrière et trajectoire professionnelle, de compétences apparaît comme intéressant.

Nous sommes dans l'idée de quelque chose qui est en train de se construire et non de quelque chose qui existe déjà. C'est l'idée d'un travail induit, l'idée que nous possédons des

⁷ Sociologie de la famille - Jean Hugues Dechaux

ressources pour accomplir ce travail. Être parent c'est quelque chose que nous faisons en permanence, ce qui fabrique la parenté. « Faire le parent » nous fait devenir parent d'une certaine manière. Les transformations familiales engendrent une recomposition des personnes qui exercent un rôle parental auprès de l'enfant. Cela ouvre la possibilité de voir d'autres formes de mobilisation atypique, et élargit le spectre. En effet il existe d'autres formes de parents inédites peu reconnues par la loi, il s'agit du rôle de beau-père, et de belle-mère qui suscite des mobilisations et de la reconnaissance et qui pose des questions sur le partage du travail parental. Florence Weber émet l'idée qu'il y a d'autres personnes autour des enfants, et construit le terme de maisonnée qui désigne les différentes personnes qui sont mobilisées autour d'une cause commune.

Exemple du texte de Yopez : La mère de famille migre pour s'occuper d'une dame âgée. Ainsi autour de l'éducation des enfants plusieurs personnes se mobilisent : la mère à distance, le père mais très peu, la sœur de la mère et les grands-parents maternel et paternel, sans constituer un ménage et une cellule familiale, la mobilisation est forte. Les grands-parents et la sœur sont ce que Weber appelle la maisonnée.

Ce concept est utile pour comprendre les organisations qui dépassent le cadre des foyers. Il est utile pour comprendre la notion de dépendance.

c) La parentalité, un terme neutre qui cache la dimension genrée du métier de parents

Le terme de parentalité est neutre, en parlant de parentalité en travail social nous le neutralisons. A l'initial, ce "travail" est supposé être exercé indifféremment par les pères et les mères. En regardant ces inégalités, et nous nous rendons compte qu'en matière de travail parental, les femmes en font davantage que les hommes, cela bouge peu dans le temps. En effet, l'OMS estime que les femmes sont 5 à 6 fois plus productives que les hommes dans les solidarités familiales. Ce travail parental est mesurable mais pas de façon suffisante, il est mesurable en fonction du temps passé et donc des enquêtes sur les emplois du temps des ménages.

A préciser que le temps parental est une sous composante du temps domestique. Au début des années 2010, les femmes en font toujours 2 fois plus que les hommes⁸. Globalement, dans le travail domestique, il y a un resserrement entre homme et femme. Il est un peu moins inégalitaire qu'il y a 25 ans.

Dans ce qui fait baisser le temps domestique, il y a une forme d'externalisation des tâches et une augmentation de la productivité des tâches par la technologie. Grâce à ces deux aspects, les femmes en font moins, mais pour les hommes cela bouge peu.

Cette baisse du temps domestique est annulée par une augmentation des tâches parentales, or les ménages actuels mettent davantage les enfants à la crèche ou à la garderie. Ce travail augmente donc en raison de l'aide apportée pour les devoirs, le temps passé aux loisirs et le fait de faire le taxi pour conduire les enfants à leur activité extra-scolaire.

Le travail parental est divisé en plusieurs temps : le travail domestique, le temps éducatif, le taxi, le temps de sociabilité. Dans les modèles éducatifs contemporains le temps de sociabilité est extrêmement important. Le temps de travail parental augmente et pèse massivement sur les femmes. Les pères s'investissent plus dans les temps de sociabilité. Cet écart genré dans le travail parental est fortement lié au niveau socio-économique des parents et plus particulièrement celui des mères. Dans les foyers où les mères sont fortement diplômées, les inégalités sont les plus faibles. La question des inégalités de genre dans la famille est quelque chose dont les hommes se délaissent⁹. Les hommes en font beaucoup moins et les femmes ont du mal à lâcher prise sur ce travail parental. Les femmes ont tendance à en faire plus que les hommes en raison de la socialisation primaire. En parallèle, il existe également un discours sur la parentalité dans les médias, un martelage de l'art d'être un bon père ou une bonne mère. De ce fait il apparaît qu'une femme pour se réaliser a besoin d'être mère bien plus qu'un homme. Le rôle maternel apparaît comme plus important pour la femme que le rôle de parentalité pour les hommes.

Le partage du travail parental dépend du nombre d'enfants, plus il y a d'enfants plus le partage est inégalitaire. En France historiquement il y a une tradition de mode de garde qui fait que le taux d'activité des mères est proche des non mères. Avec 1 enfant le taux d'activité est de 85%, il chute au troisième enfant¹⁰. À l'inverse, le temps de salarié des hommes augmente

⁸ INSEE, & ROUSSEL, P. R. (2022, mars). *Femmes et Hommes : une lente décréue des inégalités*.

⁹ Ibid

¹⁰ Ibid

en fonction du nombre d'enfants (retour au modèle tradition des hommes qui ramène l'argent au foyer). Les enfants sont un tremplin pour la carrière des hommes et à l'inverse provoque un ralentissement pour les femmes. La répartition des tâches est différente selon l'homme et la femme. Plus les tâches sont considérées comme corvée, moins elles sont partagées.

d) La relation entre parents et enfants : l'évolution de la place de l'enfant

La question des moments clés parent-enfant peut être traitée de deux manières : nous pouvons regarder le parcours de vie, et s'intéresser aux moments importants, puis en regarder historiquement la conception parent-enfant.

Jean Hugues Dechaux analyse l'apparition de la notion de parentalité au regard de la notion parentale. La notion de parentalité émerge au tournant des années 70, 80 après la crise économique et après que soient reconnues des conditions de travail correctes à l'ensemble des citoyens. Le terme de conditions de travail désigne un nouveau problème public. Cette évolution de la condition parentale tient sur deux plans : les mutations des conditions de travail et l'emploi, la féminisation de l'emploi mais aussi de la précarisation des emplois ce qui induit un impact sur les modes de vie familiaux. La crise économique provoque une précarisation importante des emplois, ce qui fait qu'en tant que parents nous sommes mobilisés par un emploi mais un emploi encore plus incertain.

La précarisation et la féminisation de l'emploi changent les rythmes sociaux et les emplois du temps mais aussi le temps disponible pour les tâches de parentalité.

Les réformes de l'état social, et des politiques familiales vont dans le sens de la conciliation de la vie parentale et de la vie professionnelle. Un accent est mis sur la prise en charge de la petite enfance. Ce qui fait bouger les lignes de la condition parentale. Toute une partie du travail parental va être externalisée. En effet, les enfants vont davantage faire d'activités extrascolaires, être pris en charge par des nounous, des centres aérés, ect... Ces actions sont une forme de politique de soutien aux familles.

Cela représente une réforme de l'état social et une évolution du marché de travail. Tout cela se produit dans un contexte de forte incertitude parce qu'il y a la crise économique, une

augmentation du nombre de divorces ainsi qu'une baisse de la nuptialité. Une incertitude perçue de manière plus criante d'autant plus que se développe une inversion aux risques.

Selon Robert Castel, il y a un essor du marché de conseils, de prescription à l'adresse des parents qui se nourrit de psychologie. Tout cela est appelé par Robert Castel : les thérapeutes pour les normaux. Cela permet l'apparition d'un marché de conseil en termes de parentalité avec des émissions de télé (super-nanny, on a échangé nos mamans), avec des revues de vulgarisation des parents, une inflation forte de ces discours.

Auparavant, le grand émetteur de normes morales était l'Eglise mais elle a perdu beaucoup d'influence dans la capacité de définir ce qu'est une bonne famille.

Au XIX^{ème} siècle, c'est le début de l'industrialisation des sociétés occidentales. D'un point de vue politique, il y a eu la révolution française (avec renversement du pouvoir et mise en danger des classes dominante) puis la révolution industrielle. Cette situation de pauvreté des classes populaires est jugée anormale. La pauvreté est l'état naturel des gens qui ont besoin de travailler pour vivre. Mais apparaît alors la pauvreté de ce qui travaille mais n'arrive pas à subvenir à leur besoin. L'état de pauvreté est jugé anormal et risqué, elle provoque de l'incompréhension. Nous trouvons cela inquiétant puisque ces classes pauvres sont des classes dangereuses. Il faut donc contrôler cette pauvreté pour éviter qu'elles deviennent dangereuses.

Dès le XIX^{ème} siècle, nous allons chercher dans le fonctionnement des familles populaires des réponses aux questions que nous nous posons. La famille est toujours incriminée dans les problèmes mais est aussi la source de toutes les solutions au problème. Cette idée est portée par un courant libéral mais aussi par l'analyse socialiste. C'est la figure du médecin de famille qui se met en place pour retirer au père la figure parentale¹¹. L'entrée du médecin donne du pouvoir aux mères. Les mères seront rehaussées au rôle d'assistantes des médecins. Pour Jacques Donzelot, la figure du médecin de famille est imposée par la puissance publique comme une alternative à l'autorité paternelle absolue. Cela passe par la santé mais aussi par le rôle de l'instituteur dans la scolarité. C'est une forme de contrôle des familles populaires qui s'opère par une mise à mal de l'autorité paternelle au profit d'une autorité extérieure à la famille.

¹¹ SEGALEN Martine, MARTIAL Agnès, « Chapitre 5 - Filiation et parentalité », dans : , *Sociologie de la famille*. sous la direction de SEGALEN Martine, MARTIAL Agnès. Paris, Armand Colin, « Collection U », 2013, p. 134-153

A la fin du XXème siècle, nous retrouvons des éléments comparables. Une focalisation du discours publique et politique sur l'insécurité et la délinquance gagne tous les partis politiques, le problème majeur est l'insécurité.

Les familles monoparentales et divorcées des classes populaires sont pointées du doigt. Un sentiment de culpabilité pèse sur les femmes de milieux populaires. Elles sont tenues responsables des problèmes. L'idée reçue est que c'est parce qu'elles ne font pas bien leur travail de mère que leur enfants sont délinquants mais c'est en faisant bien leur travail que les enfants ne seront plus délinquants.

Entre le XIXème et la fin du XXème, il y a une construction d'un fait social à partir d'un problème public. L'élaboration d'un discours scientifique ou pseudo-scientifique est utilisée pour attester du lien avec la délinquance. La place de l'enfant a évolué et il y a aussi une évolution de l'enfant comme une forme de capital dans lequel il faut investir. L'enfant comme sujet de droit, comme adulte en devenir, il y a des enjeux de protection de l'enfant et de l'enfance. Les relations entre état et famille s'affinent avec notamment l'arrivée du rôle de la psychanalyse dans les années 30.

Nous constatons une alternance entre des logiques de prévention et d'éducation. Aujourd'hui, c'est toujours le cas, avec les REAAP (début 2000) réseaux d'écoute d'accompagnement et d'aide à la parentalité. Il s'agit de procédures mises en place en France pour financer des dispositifs locaux d'aide mis en place dans des crèches

Les aspirations familiales des parents sont proches selon les milieux sociaux. La focale est mise sur les familles monoparentales comme une situation de risque pour les enfants. C'est la rupture qui pose problème et c'est l'isolation supposée des mères. La recomposition familiale est une situation très valorisée comme un lieu d'invention de nouvelle manière de faire famille.

e) Des parents “dépassés” par la génération de leurs enfants

Au-delà de l'évolution de la place de l'enfant, l'aspect générationnel a souvent été questionné au cours de nos entretiens, nous allons donc ici nous attacher à comprendre quels mécanismes sont en jeu à travers cette idée de “génération”.

Les parents, et particulièrement les mères, mettent en avant les bouleversements engendrés par l'écart générationnel qui les oppose à leur enfant. Le terme de "génération" est celui le plus fréquemment utilisé par les personnes enquêtées. En effet, dans la majorité de nos entretiens, nous retrouvons une confrontation explicite ou implicite entre la génération dans laquelle les parents ont grandi à laquelle ils font référence, et la génération dans laquelle évolue leur enfant.

Avant de mettre en avant les différents cas de figures que nous avons pu rencontrer, nous allons tenter de mettre en exergue des faits relatés par des auteurs, des études, permettant de comprendre sous quels traits cet écart générationnel est amené à se dessiner et comment il se matérialise.

Comme nous le disions précédemment, la famille moderne est désormais lieu de réalisation, d'accomplissement de l'individu et particulièrement pour l'enfant, le jeune qui est en passe de devenir. Dans ce cadre, nombreuses sont les théories liées à l'enfant et à l'adolescent dans la construction du "soi" en lien avec l'accompagnement de ses parents. Au-delà des nombreux changements que subit l'adolescent dans son évolution, il s'agit de comprendre ici quels facteurs pourraient encourager cette "incompréhension" générationnelle. Les premières théories concernant le lien aux parents sont celles d'une opposition conflictuelle nécessaire au développement de l'adolescent envers ses parents dans une quête de détachement de ces derniers mais également dans une quête d'autonomie plus poussée. Or, ces théories ont évolué et Michel Claes démontre que *"les relations entre parents et adolescents connaissent un réaménagement majeur à cette époque, mais que cela ne s'accompagne nullement d'une rupture des liens ni d'une forme marquée de détachement (Youniss et Smollar 1985 ; Collins, 1997)"*¹². Ce constat posé, il questionne l'intérêt d'interroger soit le parent soit l'adolescent pour mener cette enquête concernant les liens entre les deux parties et observe des écarts de point de vue importants. Cette question ne nous intéresse guère quant à l'étude que nous menons mais le résultat exprime une idée que l'on cherche à étayer ici. D'une part, l'auteur pointe du doigt le fait que les parents ont *"tendance à valoriser leurs fonctions positives de support, d'affection et de communication. Ils soutiennent, par exemple, qu'ils parlent à leurs adolescents et se préoccupent de leur bien-être"*¹³ tandis que d'autre part, l'adolescent ne le ressent pas de

¹² CLAES Michel (2003). 5. Les relations avec les parents : attachement et contrôle. © Presses de l'Université de Montréal, 2003

¹³ Ibid

la même façon et est plus vite attaché *“aux aspects plus problématiques des relations, ils voient plus les conflits que les parents et les amplifient”*¹⁴. Il n’y a pas à vocation à trouver un coupable dans ce genre de situation mais de dessiner les contours de rôle qui se définissent non pas en opposition mais avec les “missions” que ces rôles imposent de remplir à chaque partie concernée. Cela voulant dire que chacun étant dans son rôle et ne peut pas toujours comprendre celui de l’autre, ce qui crée forcément différentes formes d’incompréhension, la conclusion de cette partie de l’auteur illustrant à point nommé cette idée; *“Chacun est sans doute en partie responsable de cette distorsion. Les parents s’investissent profondément dans leur rôle et ils estiment généralement qu’ils offrent l’affection dont leurs enfants ont besoin, mais tel n’est pas l’avis des jeunes, qui revendiquent plus d’attention et de compréhension. Puisqu’ils sont engagés dans une démarche de prise d’autonomie, les adolescents ont tendance à dénoncer les refus parentaux, alors que les parents déclarent exercer convenablement leur rôle en fixant des règles et en imposant des limites (Cloutier et Groleau, 1987).”*¹⁵

Outre cette idée des “rôles”, d’autres auteurs expliquent ces “incompréhensions” générationnelles par des faits plus structurels. Dans la volonté de s’extraire des hypothèses liées à des analyses sur l’adolescence qu’elles considèrent comme parfois manichéiste ou faites de contradictions répétitives, Françoise Bariaud et Bernadette Dumora font état d’une volonté de décrire des phénomènes récurrents et relativement peu discutés. Ces faits sont liés à l’adolescence, ce sont des faits que l’on peut considérer plus globalement comme étant liés plus structurellement à des faits sociétaux objectifs. Ces faits avancés par les auteurs sont donc les suivants;

“-Le décalage des temporalités adolescentes – biologique, psychologique, sociale – en raison de l’avancement séculaire de la puberté, et de l’autonomisation sociale plus tardive, ce qui induit la déstabilisation des montages institutionnels gouvernés par les adultes pour les adolescents.

-L’affaiblissement des points sociaux symboliques de transition vers la maturité et de changement de statut (qui donnent clairement le sentiment de prendre sa vie en charge), puisqu’ont disparu des épreuves instituant l’entrée dans la vie adulte et que l’insertion professionnelle et l’installation autonome en couple sont différées. Alors que leurs droits sont reconnus plus que jamais par la société et qu’ils les revendiquent souvent haut et fort, peut-

¹⁴ Ibid

¹⁵ Ibid

être les adolescents identifient-ils moins clairement qu'autrefois leurs devoirs et la nécessité d'engagements personnels, dont Erikson faisait pourtant le ressort et la mesure de l'identité (1963). Dans notre société, deux injonctions leur sont certes adressées, justement dans le domaine qui nous intéresse : l'exigence de réussite scolaire et de choix d'orientation responsables. Mais pour une partie des jeunes, la réponse qu'ils peuvent donner à ces attentes sociales se trouve fortement contrainte par le fonctionnement même – ou par le dysfonctionnement – du système scolaire, comme le montrent de nombreux travaux de sociologie de l'éducation, (une discipline dans laquelle la France compte d'excellentes équipes).

-Le déclin des traditions, le brouillage des repères, la visibilité d'une multiplicité de modèles de conduites, la relativisation des interdits, toutes transformations que subsument, entre autres, du côté des contextes le terme de déclin des institutions de Dubet (2002), et du côté de l'identité, celui d'individu incertain de Ehrenberg (1995).

-Le mixage des populations, les interpénétrations des cultures et la pluralité des modes de vie et des valeurs, qui peuvent créer des situations conflictuelles nouvelles au niveau des individus, des familles ou des institutions, et dans leurs rapports mutuels, provoquant ainsi des problèmes et des besoins psychologiques et sociaux nouveaux. Le groupe adolescent est souvent considéré comme une figure centrale dans ces situations conflictuelles, tantôt comme symptôme, tantôt comme facteur (Cadoret, 2003).

-L'emprise des médias sur les consciences.

-Enfin, agissant plus directement dans le champ qui nous concerne, l'opacité et la complexité grandissantes du monde des formations et du monde du travail, avec à la fois les effets vertigineux de la mondialisation, et les effets des dynamiques – ou des inerties – locales des bassins d'emploi et de formation qui peuvent, pour les premières, alimenter des concurrences effrénées ou, pour les secondes, rétracter les possibles comme peau de chagrin, ajoutant aux inégalités sociales.”¹⁶

Ce qu'on observe à travers ces différentes idées, ce sont les potentielles difficultés qu'ont les adolescents dans la société actuelle à s'orienter, à se guider, à trouver leurs propres repères, cela de façon plus compliquée que les adolescents qu'ont été leurs parents respectifs. Ces repères apparaissent comme relativement flous mais sont pourtant nécessaires à la construction de l'adolescent et dans sa quête du “soi”, dans sa réalisation d'individu. Aux

¹⁶ BARIAUD, Françoise, & DUMORA, Bernadette (2004). Les adolescents dans la société d'aujourd'hui. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 33/2, 191-204.

auteurs d'ajouter; *“L’adolescent vit des situations doublement nouvelles en quelque sorte : nouvelles dans sa vie d’individu par les demandes qui lui sont faites par son corps et par la société, mais nouvelles aussi parce que la génération des parents, déstabilisée par les changements sociaux, ne sait pas toujours répondre ni proposer de modèles.”*¹⁷. Cela sans oublier de parler des divers événements liés aux crises mondiales quelques qu’elles soient (évidemment on pense au covid mais nous allons y revenir un peu plus tard), accélérées par le contexte mondialisé dont les adolescents s’en trouvent tout particulièrement bouleversé, notamment parce que cela occasionne potentiellement, une nouvelle perte de repère.

A la suite de ces idées sur la relation parent-adolescent, il peut être nécessaire d’ajouter une idée se rapprochant un peu plus de notre terrain d’enquête. C’est notamment une idée développée par Jean Sébastien Eideliman. Il cherche à comprendre comment une situation peut devenir problématique au sein d’une famille, du moins au sein d’une configuration familiale lors d’une situation qui est perçue comme particulière *“sans pour autant leur affecter d’emblée un sens moral et normatif et les percevoir comme des épreuves négatives ou positives (Béliard et Eideliman, 2019)”*¹⁸. En effet, l’auteur avance que la mobilisation familiale autour d’une cause qui en rallie ses membres est le fruit de négociations faites de *“scissions, d’alliances et d’éloignements.”*; avant d’y ajouter; *“Pour reprendre un mot de Michel Foucault (1984), ces perturbations sont le produit d’un processus de « problématisation », c’est-à-dire d’évolutions historiques et sociales qui ont construit certains comportements ou caractéristiques individuelles comme étant déviants. Il apparaît aujourd’hui évident, dans nos sociétés occidentales contemporaines, qu’avoir un enfant qui ne se développe pas normalement représente une épreuve qui engendre des questionnements et de la souffrance. Or cette manière de penser est relativement récente (Eideliman, 2012) et confère une portée morale à ce type de situation : celle-ci pose problème non seulement du fait des limitations qu’elle implique, mais aussi des sentiments moraux qu’elle suscite chez autrui, qui oscillent entre pitié, compassion et méfiance, mélange subtil qu’Erving Goffman (1975) a contribué à disséquer dans son étude générale sur les stigmates.”*¹⁹

¹⁷ Ibid

¹⁸ EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2003, « Qui a peur de la parentalité ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 255-262.

¹⁹ Ibid

Cette idée du stigmate, nourrit par autrui est quelque chose sur lequel nous reviendrons lors de l'analyse. Cependant, c'est une idée que nous pouvons presque transposer telle quelle sur la relation parent-enfant. On comprend - aussi à travers nos entretiens- que c'est aussi cette considération stigmatisante qui est potentiellement pointée du doigt par les jeunes en lien avec les réactions de leurs parents car comme nous l'avons étayé ci dessus, ces jeunes ne sont pas confrontés aux mêmes enjeux que l'étaient leurs parents durant leur adolescence. Un des exemples réside dans l'usage de produits (tabac, alcool, cannabis, cigarettes électroniques...). Lorsqu'il y a usage de produits chez le jeune, dans le but soit, d'exprimer une souffrance, soit de s'intégrer à un groupe de pair (il peut y avoir d'autres raisons plus fines mais ce sont les faits les plus souvent relatés par les mères, d'autant qu'on est davantage dans la supposition car nous n'avons pas accès aux récits des jeunes). C'est sur la préservation de la santé de leurs enfants que les mères s'inquiètent et s'emparent de ces considérations, il y a un véritable point d'honneur à ce que leur enfant s'inquiète de sa santé et la préserve. Ces comportements à risque des jeunes, qui peuvent être temporaires (car ils peuvent être témoin d'un mal-être mais aussi utilisés pour s'intégrer à un groupe de pair dont nous avons l'importance conféré par les adolescents dans leur construction), sont des sources d'inquiétude mise en avant et dont les parents aimeraient avoir plus de contrôle. Dans un de nos entretiens par exemple -sans entrer d'or et déjà dans l'analyse-, une mère nous dit vouloir que sa fille apprenne par elle-même, qu'elle fasse ses expériences, qu'elle ne se bride pas mais lorsqu'il s'agit d'utilisation de produits (dans ce cas usage d'alcool et de cannabis), la volonté de prendre le contrôle sur cet usage est si fort qu'elle finit par nourrir la distance qui s'installe entre mère et fille, situation qui est allée jusqu'à mettre en garde sa fille de la faire "découvrir" ou "redescendre" sur le pas de la porte, idée que la mère a envisagé lorsqu'elle a constaté l'état d'ébriété dans lequel est rentré sa fille à la maison. Au-delà de mettre ses "menaces" à exécution, cette démarche est réalisée pour mettre en garde sa fille sur l'usage de produit et créer une forme de "déclat" quant à l'usage régulier de ces produits, d'autant plus que cela *"abîme le corps, la santé"* selon la mère. Cette volonté de contrôle du parent, qu'elle soit légitime ou non, a une tendance à contraindre la relation avec l'enfant qui se braque et qui, dans sa détresse -ou pour d'autres raisons plus exigües- va avoir tendance à renforcer le comportement de défiance qu'il a envers son/ses parent(s).

C'est le caractère préventif des parents qui peut être pointé du doigt mais il est difficile d'omettre le caractère "dangereux" reconnu de l'usage de ces produits d'autant plus à des âges où la personne n'est pas totalement formé (en termes physiologiques mais également, mental,

moral etc.) mais aussi et surtout potentiellement peu ou pas informé des dangers de ces usages bien que la prévention au sein des institutions scolaires ou autre soient de rigueur.

Les idées que nous avons développées ici font état d'un écart générationnel objectif mais qui tend à être nuancé puisque l'on observe que cela se traduit aussi par une forme d'écart entre la perception des parents et des enfants concernant les attentes et volontés des uns et des autres dans des rôles institués.

Ce ne serait pas qu'un simple problème générationnel mais une ou plusieurs incompréhensions dû au développement "classique" d'un adolescent, l'opposition à ses parents étant présentée comme quasi nécessaire à son fonctionnement interne "normal". Bien que les situations nous ayant été présentées révèlent des formes de mises en danger bien plus "importantes" (des tendances liées à des problèmes de santé mentale notamment) nous avons pu relever dans plusieurs entretiens le fait que certains parents, dans une volonté de protection de leur enfant, sont amenés à considérer des actions de leur enfant comme étant problématique et liées à des usages que les parents (aussi de par leur méconnaissance). Ils peuvent les considérer comme des "conduites à risque", "anormales" ou "déviantes" alors même que, par exemple, le jeune de son côté, peut potentiellement y voir l'intégration à un groupe de pairs dont c'est la norme.

III. La santé mentale : entre reconnaissance et prise en charge par les pouvoirs publics

a) Une nouvelle conception de la notion de "santé mentale"

Dans les années 1940-1950, la notion de « santé mentale » devient un enjeu central. Durant cette période d'après-guerre, de nombreux problèmes concernant les effets sur le développement affectif et la santé mentale d'un grand nombre de personnes sont mis au devant de la scène. Dans ce nouveau contexte apparaît un mouvement de requalifications et de créations d'institutions nationales ou internationales autour de la « santé mentale ». Aux Etats-Unis par exemple, la constitution d'organisations internationales comme l'UNESCO et l'OMS, vont mettre en avant les thématiques de santé mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé crée une unité de santé mentale dans laquelle figurent plusieurs concepts et références.

En France, il faudra attendre les années 1960 pour que le Comité français de liaison pour la santé mentale rassemble des associations. De plus, ce n'est qu'en 1965 que vont apparaître les premiers numéros de la revue Santé mentale ainsi qu'un ensemble de mouvements, qui visent à mettre l'accent sur les différentes pratiques de prévention des maladies mentales ou sur la détection de troubles mentaux. Dans ce contexte d'activisme international, de nombreuses publications sur la santé mentale par l'OMS ou encore l'UNESCO, font de l'année 1960 "L'Année mondiale de la santé mentale."

Traditionnellement, la définition de la santé mentale était détachée de la maladie mentale ou des troubles mentaux au sens courant de ces termes. Néanmoins, cette conception de la santé mentale suppose donc qu'un individu qui ne reconnaît aucun trouble mental est en bonne santé mentale et qu'*a contrario*, une personne atteinte de troubles mentaux n'est pas en bonne santé mentale. Cette conception traditionnelle qui se définissait par l'absence de troubles mentaux a été remplacée par un concept qui appelle à la santé publique. Dans les années 1990, l'approche basée sur les seuls soins psychiatriques qui démontre qu'une santé mentale est en mauvaise posture va être dépassée grâce à de nombreuses théories qui incluent d'autres composantes dans la définition de la santé mentale.

En 2004, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale se définit comme "*un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté*".²⁰ Cette notion va plus loin que l'absence de troubles psychiques. Cette dernière fait partie intégrante de la santé et du bien-être. La santé mentale dispose d'impacts directs sur le fonctionnement personnel et social des individus, ce qui montre l'importance de mettre en place des actions pour la promouvoir.

En ce sens, le nouveau concept de la santé mentale intègre toutes les dimensions liées au bien-être émotionnel, psychologique et social ainsi qu'à la qualité de vie. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. En d'autres termes, une bonne santé mentale peut exister même en la présence d'un trouble mental, alors qu'une santé mentale optimale ne s'analyse pas qu'au regard d'une absence de troubles.

²⁰ DORE Isabelle, CARON Jean,. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 125-145

Ce nouveau concept de santé mentale comporte trois dimensions principales : celle des troubles psychiques, la détresse psychologique et la santé mentale. Les troubles psychiques correspondent à des maladies affectant le psychisme. Troubles mentaux, troubles psychiques, maladies mentales et bien d'autres termes sont tous des termes différents qui définissent la même chose. Concernant la détresse psychologique, elle peut s'exprimer dès lors qu'une personne fait face à des situations très complexes émotionnellement parlant, entraînant pour certains, une souffrance psychique d'une intensité plus ou moins variable. La dernière dimension de ce concept est celle de la santé mentale, qui s'intéresse principalement à l'intégralité des composantes de cette dernière, qui permettent à un individu d'améliorer son épanouissement personnel et le bien-être collectif.

b) La prise en compte difficile de la question adolescente dans le champ de la santé mentale

L'ordonnance de 1945 sur la délinquance, le préambule de la Constitution de 1946 (repris par celle de 1958) qui reconnaît à tous le droit à la protection de la santé, et le Code Civil dans ses articles 375 et suivants sur la protection des mineurs, rendent difficilement compte d'une politique cohérente dans le domaine de l'enfance et plus spécifiquement des adolescents puisque ces trois textes sont des réponses à des situations critiques.²¹

De plus, le mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie débute dans les années 1950 en se fondant sur l'apparition des neuroleptiques dans la pharmacologie. L'ambition de ce processus est de permettre la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques dans la société, et non plus enfermés dans un asile. Ce processus est concrétisé au plan réglementaire avec la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.²²

Cette dernière relate que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement* ». La désinstitutionalisation met en œuvre un nouveau mode d'organisation des prises en charge basé sur la notion de secteur élaboré par les psychiatres au cours des années précédentes. Cela consiste essentiellement à :

²¹ ENSP. (2000). *La prise en charge sanitaire des adolescents* (thème 26).

²² Sénat. (2022, juin). *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*.

« [...] diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades (...) la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure. »²³

Cette création du secteur a été particulièrement innovante et conserve aujourd'hui toute son actualité. La sectorisation ne sera effective qu'à partir des années 1970 mais, dès l'origine, il est prévu de prendre en compte les besoins spécifiques des enfants avec des mesures spécifiques de prise en charge de ces derniers notamment dans le domaine psychiatrique.²⁴

En 1971 est affirmé le principe de la mise en place d'un secteur enfant correspondant à trois secteurs adultes : nous parlons ici « d'inter-secteur ». Enfin, la spécificité sanitaire de la prise en charge psychiatrique des mineurs est consacrée à travers une circulaire de 1972 qui insiste sur la vocation de prévention des prises en charge et qui dénombre les structures spécifiques permettant de remplir cet objectif.²⁵

Néanmoins, il faudra encore attendre une vingtaine d'années supplémentaires pour qu'une prise de conscience s'opère dans la reconnaissance du besoin de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. En effet, cette prise de conscience se cristallise à travers la Convention des droits de l'enfant adoptée en 1989 par les Nations Unies. En France, cela se manifeste par deux circulaires. D'une part, sur l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents (1988) et d'autre part, sur les orientations de la santé mentale en faveur des enfants et des adolescents (1992).²⁶

La circulaire du 16 mars 1988 recommande les modalités de prise en charge dans le but de favoriser une prise en charge du patient-adolescent à travers l'adaptation du milieu sanitaire à ce type de public. Cette dernière s'attarde sur trois principaux aspects :

- la formation des professionnels, fondée sur une formation initiale et une formation permanente.
- l'amélioration de l'accueil aux urgences, en respectant les principes de base qui sont : la rapidité de l'accueil, la nécessité d'un entretien avec l'adolescent, en lui garantissant la

²³ Sénat. (2022, juin). *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*.

²⁴ Ibid

²⁵ Ibid

²⁶ ENSP. (2000). *La prise en charge sanitaire des adolescents* (thème 26).

confidentialité du contenu de la consultation mais aussi, la nécessité d'une communication avec les parents, selon les modalités propres à chaque situation.

– enfin, l'amélioration des conditions de séjour par la mise en œuvre de consultations externes pour l'adolescent et l'organisation du séjour à l'hôpital.

Dans ce sens, cette circulaire cherche à promouvoir une nouvelle orientation politique dans la prise en compte du phénomène adolescent. Celle-ci se caractérise par le souhait de regrouper les adolescents et leur permettre ainsi de créer de manière collective le milieu dont ils ont besoin pour combattre la maladie. La prise en charge de ce type de public doit dépasser le cadre strict de l'hôpital, reposant sur un projet thérapeutique global élaboré au cours de l'hospitalisation et se poursuivant en extra-hospitalier. Cette démarche nécessite de préparer la sortie, de développer un réseau partenarial autour de l'adolescent (famille, médecin traitant, psychiatre, médecin scolaire, orientation scolaire, enseignant, juge pour enfant...).²⁷

La circulaire de 1992, elle, reprend les recommandations de celle de 1988 sur l'hôpital général en les transposant au secteur psychiatrique. Elle met en évidence la nécessité de la prise en charge de proximité, garante d'une offre de soins psychologiques accessibles au plus grand nombre. Dans cette logique, on assiste à la mise à disposition d'équipes psychiatriques désormais disponibles dans les structures d'accueil des jeunes en difficulté sociale, dans les services d'accueil, les urgences des hôpitaux généraux, les centres de détention pénitentiaire.²⁸

Ces deux circulaires s'appuient sur les principes de la Convention des droits de l'enfant qui repose sur le droit prioritaire des enfants hospitalisés à bénéficier d'un environnement, d'attitudes et de soins conformes à leurs besoins. La réussite de cette mise en œuvre nécessite une adaptation constante car depuis les années 80, le phénomène adolescent a permis de mettre en évidence une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins ressentis par cette population. Aussi, l'émergence de phénomènes atypiques, comme les conduites addictives et à risques, questionne sur la politique de santé à mettre en œuvre. Un certain nombre d'études et de rapports ont éclairé la souffrance psychique des adolescents et les réponses qu'ils y apportent.

A travers leurs conclusions, ces rapports soumettent un ensemble de mesures sous quatre axes, qui s'articulent et se confortent réciproquement :

²⁷ ENSP. (2000). *La prise en charge sanitaire des adolescents* (thème 26).

²⁸ Ibid

« améliorer l'information ; démultiplier des actions de vigilance des adultes de proximité ; développer l'action des intervenants de crise et donner des réponses adaptées ; réaliser des recherches, créer des structures, innover au service des besoins. »

Néanmoins, aucun texte juridique n'est venu établir ces règles et l'intérêt de cette réflexion à approfondir l'organisation de la prévention et des soins dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie se développe.

Ainsi, nous l'avons vu, la prise en compte de la question adolescente se fait progressivement une place parallèlement à la prise en charge de la santé mentale, destinée d'abord à un public adulte, par les pouvoirs publics. Pour répondre à cette question sanitaire, à la fois pour les adolescents mais aussi pour les adultes, nous assistons à la multiplication de dispositifs capables de répondre à cette question à partir de l'entre-deux-guerres jusqu'à aujourd'hui.

c) La diversité des modalités de prise en charge sanitaire et médico-sociale

Face à ce nouveau concept de la santé mentale, et toujours dans ce contexte d'entre-deux-guerres, la prise en charge de la santé mentale devient peu à peu un problème de santé publique, beaucoup de centres médico-psychologiques se sont développés dans certains locaux municipaux qui portaient un grand intérêt à la santé mentale.

La cheville ouvrière du secteur est constituée des Centres Médico-Psychologiques (CMP) qui ont depuis l'origine la vocation d'être la porte d'entrée dans les soins tant pour les mineurs que pour les adultes, ayant pour buts un accès simplifié et la lutte contre l'image stigmatisante du recours aux soins. Ils ont pris la suite des dispensaires d'hygiène mentale mis en place par une circulaire de 1937. Le CMP s'est développé dans un contexte de reconnaissance de différentes approches et non plus seulement sur un prisme exclusivement lié aux « troubles psychiques ». Par exemple, des recherches en neurosciences, en pharmacologie ou encore en sciences sociales ont contribué à faire évoluer le modèle du simple « trouble psychique » en le confrontant à ces domaines et en élargissant sa portée qui n'est plus exclusivement une donnée « psychiatrique ». En France, les CMP se sont mis en place pour une population recouvrant environ 50 000 habitants et se veulent être répartis selon ce critère sur le territoire. Son accès direct, anonyme et gratuit a pour but de favoriser cette démarche. Nous

comprenons que n'importe qui, n'importe quand, peut solliciter ces centres qui ont vocation à être répartis de façon égalitaire sur le territoire. Cet accès simplifié fait du CMP un établissement de soin qui dénote des autres établissements médicaux sociaux (IME par exemple) car ces derniers sont accessibles via la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) qui en régle l'accès. D'autres prises en charge se sont développées dans ce contexte où la notion de santé mentale est au cœur des préoccupations, comme la psychiatrie de ville, les consultations externes, les centres de santé, ou encore les maisons médicales.

Les CMP remplissent une mission de premier recours en psychiatrie comportant l'accueil, la prévention, les consultations mais aussi les traitements ambulatoires et à domicile. Ces derniers se scindent entre les structures infanto-juvéniles et les structures pour adultes. En 2014, le nombre total de CMP s'élevait à 3 654 selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) dont 1467 relevant de la psychiatrie infanto-juvénile tandis que le nombre d'actes réalisés par les CMP s'établissait à près de 14,7 millions au total, dont 4,7 millions pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Dans ce sens, les CMP accomplissent ainsi les deux tiers des actes de soins en psychiatrie ambulatoire. Ce type de structure assure les consultations médicales et/ou psychologiques et éventuellement un accompagnement social pour tout individu en souffrance psychique. Les CMP assurent également la réorientation vers une structure de prise en charge adaptée lorsque cela est nécessaire. Les interventions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de secteur sous l'autorité d'un praticien hospitalier ou d'un cadre de santé. Ces équipes comptent parmi leurs rangs des psychiatres, des psychologues et des infirmiers auxquels peuvent s'adjoindre, selon les cas, orthophonistes, psychomotriciens et assistantes sociales.

Bien que la cheville ouvrière de la prise en charge de la santé mentale de proximité soit incarnée par les CMP, il existe d'autres structures capables de répondre à ce besoin, de plus en plus florissantes sur notre territoire. Nous allons ici brosser le portrait de ces dernières afin de dégager une vision d'ensemble des rôles et missions de chacune d'entre elles dans l'offre de soins de proximité pour adultes et mineurs.

Les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) forment un dispositif vers lequel les CMP peuvent être amenés à orienter les patients. Ils ont été créés suite à un traité datant de mars 1986. Ces derniers visent à maintenir ou à favoriser l'autonomie des malades par

des actions de soutien et de thérapie de groupe. En 2014, leur nombre total s'élevait à 1 929 tandis que ceux relevant de la psychiatrie infanto-juvénile étaient au nombre de 692.

Différentes structures médico-sociales participent à l'accueil et à la prise en charge de mineurs souffrant de troubles psychiatriques, plus particulièrement les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les instituts médico-éducatifs (IME) ou encore les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP). Néanmoins, dans les deux premiers types d'établissement, l'accueil a lieu dans le cadre d'une consultation, les mineurs y sont orientés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les CMPP peuvent accueillir des patients âgés de 0 à 20 ans dans un cadre polyvalent et sont animés par une équipe pluridisciplinaire (médecins dont éventuellement pédopsychiatres, auxiliaires médicaux, psychologues, assistants de service social, pédagogues et rééducateurs) sous l'autorité d'un directeur médical et d'un directeur administratif et pédagogique. Ce type de structure est financé par l'assurance maladie et assure consultations et traitements ambulatoires sur rendez-vous afin de réaliser un diagnostic et de mettre en œuvre une action thérapeutique et éducative. Ce mode d'action a pour but d'éviter l'hospitalisation du patient et de maintenir le mineur dans son milieu habituel. Selon le Dr Patrick Belamich, président de la fédération des CMPP, ceux-ci « *sont des lieux polyvalents et généralistes (...)* La spécificité des CMPP est justement de ne pas en avoir ». Ils ont vocation à prendre en compte l'ensemble de l'environnement de l'enfant et donc tout particulièrement sa famille. On compte aujourd'hui environ 310 CMPP en France, soit 470 lieux de consultation puisque chaque centre peut posséder plusieurs antennes. Ces derniers effectuent trois millions de consultations par an pour 200 000 enfants et comptent 5 000 postes en équivalent temps plein.

Les CMPP peuvent également être amenés à assurer le relai des prises en charge réalisées dans les CAMSP pour les enfants de plus de six ans. Les CAMSP sont des établissements dotés d'équipes pluridisciplinaires qui interviennent en matière de prévention et de soins pour les enfants âgés de 0 à 6 ans atteints d'un handicap mental, moteur ou sensoriel, ou présentant un risque de handicap. En 2014, on en compte 339 en France. Les jeunes sont orientés par l'hôpital, le médecin de famille, la PMI, l'école, ou encore le médecin scolaire. L'équipe des CAMSP concourt au dépistage et au diagnostic précoces des déficits ou handicaps, notamment mentaux. Ils s'occupent également d'un volet concernant la prévention ou la

réduction de l'aggravation de ces handicaps, la cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps, l'accompagnement des familles, soit au cours des consultations soit à domicile, ainsi que le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative dans les lieux de vie, telles que les haltes-garderies, crèches ou maternelles.

Cette double vocation, d'une part le dépistage et d'autre part le traitement, induit un financement conjoint par le département à hauteur de 20 % et l'assurance maladie à hauteur de 80 %, par dotation globale annuelle de financement.

Les IME sont des établissements et services dont la mission est d'accueillir et d'accompagner des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel. Ces derniers peuvent également accueillir des enfants ou adolescents dans les cas où la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles. Ces troubles peuvent être de différentes natures tels que des troubles de la personnalité, des troubles neurologiques ou encore des troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que des maladies chroniques. Ils peuvent recourir à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité. On compte 1294 IME en 2014.

Les ITEP sont les anciens « instituts de rééducation » rénovés en 2005. Il en existe 453 en 2014. Ces derniers accueillent :

*« des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ».*²⁹

Les jeunes sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires dont l'objectif est de favoriser ou de rendre à nouveau possible leur maintien ou leur retour dans un dispositif éducatif ordinaire ou adapté.

Les IME et les ITEP sont agréés et financés par l'assurance maladie dans le cadre d'un prix de journée comprenant l'éducation, l'hébergement et les transports organisés par l'établissement.

Nous avons vu ici, les principaux acteurs répondant à cette logique de prise en charge de la santé mentale sur le territoire. Cependant, il est nécessaire de souligner que parallèlement à ce

²⁹ Sénat. (2022, juin). *Situation de la psychiatrie des mineurs en France.*

phénomène de multiplication des prises en charge, nous voyons apparaître un certain nombre de droits en faveur des patients, qui découlent de ces multiples prises en charge.

En effet, la multiplicité de ces acteurs, est d'autant plus importante que dans nos sociétés le développement de troubles en lien avec la santé mentale ne cesse d'augmenter, et ce particulièrement depuis la crise sanitaire qui a fortement éprouvé le secteur médical et la santé mentale des individus.

d) Le contexte : l'accélération des problèmes liés à la santé mentale

Les recherches les plus récentes menées sur l'impact du covid 19 ont montré que la crise sanitaire a eu un rôle de catalyseur des problèmes de santé mentale en France. L'épidémie du coronavirus et le confinement ont eu et ont encore aujourd'hui un impact sur toutes les dimensions de notre vie : vie quotidienne, santé physique mais aussi santé mentale. Ainsi, on a constaté une augmentation importante des troubles de santé mentale des personnes, qui sont apparus ou se sont amplifiés en raison de la crise sanitaire. Certains troubles qui étaient déjà sous-jacents se sont trouvés exacerbés en lien avec les conditions exceptionnelles que la crise a créées. En effet, on constate que l'épidémie du covid-19 a entraîné des conséquences allant au-delà des simples aspects médicaux. D'ordinaire, les maladies ont des impacts ciblés sur le corps que l'on sait identifier : symptômes, partie du corps infectée, traitement administré et ses effets secondaires éventuels, période de convalescence bornée dans le temps etc... Or, le covid-19, par son caractère inconnu, a entraîné incompréhensions et incertitudes et créé des difficultés inédites. Tout le monde s'est trouvé démuni face aux risques éventuels de ce virus, engendrant un climat de crainte généralisé au monde entier. Un climat d'autant plus renforcé par le fait que les mondes scientifique et médical, partageaient eux-mêmes ces incompréhensions et ne pouvaient pas rassurer les populations. Dans ce contexte désorganisé, les mesures prises par le gouvernement ont contribué, malgré elles, à compliquer davantage la situation. Ces mesures très restrictives ont notamment généré et/ou renforcé des formes d'isolement social alors que les relations sociales sont depuis longtemps décrites comme essentielles pour le bien-être de l'être humain. Les mesures de confinement ont également provoqué des situations de stress et de repli sur soi, d'ennui, d'absence d'activité physique et sportive, de situations de promiscuité parfois dans des logements inadaptés, où il a fallu coupler adaptation de la vie personnelle, professionnelle et école à distance, le tout avec peu de moyens

à disposition. De plus, ce qui a été mis en évidence dans ces études, c'est que de multiples facteurs de stress se sont additionnés à ce moment-là, plongeant les individus dans un état de stress permanent. La peur d'attraper le virus et de ses effets peu connus, la crainte de contaminer ses proches à son tour, le deuil suite à la perte d'un proche isolé, la douleur de ne pas voir ses proches pour les protéger etc sont autant de facteurs qui se sont ajoutés à l'isolement qui a pesé sur la capacité des gens à trouver du soutien extérieur. Par conséquent, cette situation exceptionnelle a contribué à l'augmentation exponentielle de troubles divers chez les individus tels que les troubles du sommeil ou encore les troubles anxieux. Les études ont montré le lien direct existant entre d'une part l'état de la santé mentale de la population et d'autre part, le « contrecoup des confinements successifs »³⁰. Selon une étude publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au cours de la première année de la pandémie allant globalement de mars 2020 à mars 2021, les chiffres de l'anxiété et de la dépression ont augmenté de 25 %.

Des sociologues ayant commencé à contribuer à ce type de recherche ont d'ores et déjà montré que l'augmentation des troubles a été particulièrement observée chez les jeunes ainsi que chez les personnes issues des classes défavorisées de la société. Pour ce qui est des jeunes, le rapport de Santé Publique France donne à voir l'idée selon laquelle des professionnels de la psychiatrie et de la pédiatrie ont alerté sur l'augmentation significative des admissions essentiellement pour des tentatives de suicide des jeunes. Si d'une part, on voit une augmentation significative des troubles chez les plus jeunes, cela a aussi d'autre part amené à une prise de conscience de la part des autorités publiques de considérer la santé mentale des jeunes comme l'une des dimensions de son bon développement. La santé mentale est donc un élément à surveiller au même titre que les autres aspects du développement de l'enfant, auxquels on a déjà l'habitude de prêter attention. De sorte que l'accent a été mis sur ce genre d'études pour évaluer et analyser dans le temps, la santé mentale des populations. Cependant, cette augmentation des troubles a coïncidé avec une désorganisation des services de prise en charge de la santé mentale. Nous nous appuyons ici sur le constat fait sur le site de l'OMS concernant les lacunes de la prise en charge thérapeutique des problèmes de santé mentale pendant la crise sanitaire : « *Pendant une grande partie de la pandémie, les services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ont été les plus perturbés parmi tous les services de santé essentiels signalés par les États Membres de l'OMS. De nombreux pays ont également rapporté des perturbations majeures dans les services vitaux*

³⁰ Santé Publique France. (2022, mars). *Santé mentale et COVID-19*.

*de santé mentale, y compris pour la prévention du suicide »³¹. Le sujet était devenu déjà tellement brûlant pendant la crise sanitaire que le gouvernement a essayé de compenser ces lacunes en mettant en place un certain nombre de dispositifs de soutien. C'était notamment le cas du numéro vert d'information instauré durant la crise sanitaire afin de mettre en relation les personnes à travers un dispositif de soutien psychologique. Ce service gratuit était disponible 24h/24 et 7j/7 pour permettre à n'importe quel individu de ne pas rester seul face à ses difficultés et d'obtenir de l'aide dès que le besoin en était ressenti. D'autres dispositifs ont également été mis en place *a posteriori* des confinements successifs et avec un certain recul pris sur la crise sanitaire. On a d'ailleurs tendance à considérer que l'on est aujourd'hui en quelque sorte "sortis" de la crise sanitaire, justement parce que l'on sait désormais mieux gérer le virus et qu'on a su prendre du recul dessus. Ces mesures prises récemment témoignent du fait que nous avons ajouté une logique de prévention à celle de la guérison à laquelle nous avons déjà largement eu recours. Encore une fois, la focale a été mise sur la jeunesse. Les autorités ont su reconnaître que les étudiants avaient particulièrement été impactés par les confinements. Rupture scolaire et sociale, confinement dans des logements étudiants parfois insalubres, perte d'un emploi étudiant et difficultés économiques à faire face au coût de la vie, éloignement de la famille etc. Autant de dimensions qui ont éprouvé la santé mentale des étudiants. A tel point que plusieurs cas de suicide de ces étudiants ont été recensés durant cette période. Conscient de l'ébranlement de la santé mentale de ces jeunes, il semblait alors incontournable de leur proposer un soutien psychologique, accessible à tous, gommant toute forme d'inégalités sociales. Les « chèques-psy » ont alors été instaurés de sorte à offrir à tout étudiant le désirant, des séances auprès d'un psychologue dont le coût était intégralement pris en charge. Un pas en avant important dans notre système de soin français, où on le sait, la prise en compte de la santé mentale est encore très clivante. Ces chèques-psy ont permis de lutter contre les failles du système : les consultations coûteuses, les professionnels surchargés et les listes d'attente qui ne garantissent pas à tout à chacun d'être pris en charge au moment où il en a besoin. Ces « chèques-psy » témoignent de cette prise de conscience selon laquelle la santé mentale des jeunes est mise à mal et qu'il faut trouver des solutions pour répondre à ce besoin immédiat.*

De plus, nous constatons une différence dans la gestion des confinements en fonction de la variable sexe. En effet, les études ont montré que ce sont les mères qui ont subi le plus lourd tribut puisque ce sont elles qui ont continué d'assumer l'essentiel des tâches domestiques

³¹ OMS. (2022, 2 mars). *Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19* [Communiqué de presse]

et parentales, même lorsqu'elles devaient poursuivre leur activité professionnelle à l'extérieur du domicile, notamment pour les professions dites « essentielles ». L'étude montre que 19 % des femmes contre 9 % des hommes âgés de 20 à 60 ans ont consacré au moins quatre heures par jour aux tâches domestiques et 43 % des mères et 30 % des pères ont passé plus de six heures par jour à s'occuper des enfants³². On constate donc que les mères de famille, même en contexte de confinement inhabituel, sont restées les plus investies dans la maison. On suppose alors que la charge mentale ressentie était d'autant plus lourde qu'il leur a fallu adapter leur mode de vie à toutes les contraintes engendrées par les confinements, ainsi que de s'accommoder des doutes et des incertitudes de chacun : les leurs mais aussi celles de chacun des membres de leur famille. Elles ont été par ricochet, les premières à devoir gérer l'apparition de divers troubles chez leur enfant et d'essayer de concilier ces derniers avec le contexte difficile. C'est pourquoi, elles se sont à la fois trouvées les plus impliquées pour la santé mentale de leur enfant, et parallèlement, ont ressenti le sentiment le plus fort d'impuissance dans un contexte où la priorité, c'était la covid-19. D'autre part, l'étude de la DREES (La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) publiée en 2021 tend à montrer que les femmes sont aussi celles qui sont les plus susceptibles d'être touchées par des syndromes dépressifs à la fin de l'année 2020. « À caractéristiques sociales et économiques équivalentes, les femmes, les personnes présentant des difficultés économiques, notamment en lien avec la situation sanitaire, celles dont la santé est dégradée ou qui ont subi des symptômes de la covid-19 sont plus à risque de présenter des syndromes dépressifs en novembre 2020 »³³. Cette même étude constate également une hausse des pensées suicidaires durant les mois de crise sanitaire. Ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui sont les plus concernés par une augmentation significative d'idées noires. « En novembre 2020, 5 % d'entre eux déclarent 'avoir pensé à se suicider' au cours des douze derniers mois. L'étude va plus loin en indiquant que la fréquence de ces pensées suicidaires dans la population diminue au fil des âges, pour ne plus concerner qu'1 % des personnes âgées de 65 ans ou plus. »³⁴

Enfin, le recours à une prise médicamenteuse est mis en avant dans les différentes études comme un critère révélateur de l'augmentation des troubles chez les individus. Lors de la première salve d'enquête passée en mai 2020, 10 % des personnes ayant répondu à l'enquête

³² INSEE. (2020, décembre). *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement*.

³³ *Les problèmes de santé mentale, en augmentation en 2020, impactent fortement l'activité des généralistes* | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2020, 1 janvier). [Communiqué de presse]

³⁴ Ibid

ont déclaré consommer des médicaments pour divers problèmes d'anxiété, de sommeil ou encore de dépression. Cette proportion passe de 10 à 12 % en novembre 2020, dès lors que le second confinement est proclamé. Cette augmentation concerne là encore principalement les femmes et les jeunes, âgés de 15 à 34 ans.

En outre, les besoins de prise en charge en santé mentale sont d'autant plus importants aujourd'hui que la crise sanitaire a révélé et/ou exacerbé un nombre de troubles exponentiel. D'autant que toutes les études ont mis en évidence le fait que la santé mentale des jeunes a été la plus impactée et les mères, les plus impliquées dans la gestion des maux de leurs enfants. Il devient alors nécessaire de s'intéresser à la prise en charge psychiatrique de ces jeunes ainsi qu'à leurs familles, tout autant déstabilisées.

Les conditions de prise en charge de la santé mentale du patient se réunissent au fur et à mesure du temps, par un cadre législatif qui lui permet d'évoluer années après années. Plusieurs lois sont mises en place comme celle de 1838 qui permet d'hospitaliser les personnes souffrant de troubles mentaux. Celle de 1990 *“donne le statut d'une personne à part entière”* en reposant sur plusieurs axes : *“Promouvoir les droits des malades librement hospitalisés, mieux garantir les droits des personnes hospitalisés sans leur consentement, favoriser la réadaptation, la guérison ou la réinsertion sociale des personnes hospitalisées sans leur consentement, instaurer un meilleur contrôle des conditions d'hospitalisation”*.³⁵ Enfin, celle de 2013 *“remplace certaines règles d'admissions et de sortie”*. (Les droits que nous venons d'évoquer et qui se sont développés au fur et à mesure du temps sont essentiels. Ainsi, les droits de la personne en santé mentale ont comme objectif de protéger les libertés individuelles, sociales permettant alors de prendre en charge la personne dans son intégralité, tout en assurant son intégrité. Le patient, jouissant de nouveaux droits s'est ainsi peu à peu affirmé dans le système de soins.

³⁵ *Les droits de la personne en santé mentale*. (2020). Rapport de l'hôpital de Carcassonne.

IV. Le rééquilibrage de la relation thérapeutique : vers un *empowerment* des patients ?

a) L'évolution de la figure du patient au gré des évolutions législatives

La figure du patient a fait l'objet des préoccupations de la société puisque le droit s'est emparé de cette question. La loi de janvier 2002 concerne les droits des usagers dans les services sociaux et médico-sociaux. Toutes les structures de psychiatrie, les services de soin, les services médico-sociaux etc doivent justifier de cette politique d'accompagnement des patients avec l'idée centrale que le patient doit avoir accès à son projet de soin. Les modalités sont fixées, avec une notion de début, de fin, de temporalités définies, d'étapes successives à passer et d'objectifs précis à atteindre etc... Nous cherchons également à favoriser les droits et les connaissances des usagers de leur état de santé et des décisions prises à leur égard en leur facilitant l'accès systématique à leur dossier médical. C'est dans cette perspective que l'année 2011 a été déclarée "année des patients et de leurs droits" avec la mise en place d'un dispositif placé sous la présidence de Marina Carrère d'Encausse qui vise à trois objectifs principaux : d'une part, faire vivre les droits des patients, d'autre part, d'assurer et encourager la bientraitance à l'hôpital et enfin de prôner le citoyen comme acteur de sa santé. C'est une logique de contractualisation qui s'installe entre le patient et l'institution qui va fixer les conditions du parcours de soin et organiser son déroulement. On demande alors à l'individu d'être actif dans son parcours de prise en charge.

Nous pouvons alors constater un double phénomène : d'une part l'affaiblissement de l'autorité médicale et d'autre part, la remise en cause des institutions dans lesquelles le patient prend une nouvelle place. En effet, l'autorité légitime qui était auparavant incarnée par le médecin est remise en cause par l'émergence d'un nouveau type de savoir, qui tend à être légitimé, une autorité d'expérience au sein de la communauté de patients. C'est l'objet de l'article d'Aurélia Lamy qui s'intéresse à la manière dont l'accès à la connaissance par les patients est facilité par l'avènement des nouvelles technologies et notamment par le biais d'Internet. Jusqu'ici, la parole du médecin jouissait d'une forme de domination dans la mesure où nos sociétés considéraient qu'il existait une « inégalité de savoir » (Lamy) avec d'un côté « les médecins qui savent et d'autre part, les autres qui ne savent pas (Ménard, 2008, 247). »³⁶

³⁶ LAMY, A. L. (2017). Mise en cause de l'autorité médicale et légitimation du discours d'expérience sur les forums de discussion en ligne.

Or, les patients peuvent désormais accéder facilement à un certain nombre d'informations directement sur Internet et semblent mieux informés qu'auparavant. Ce qui traduit alors une mise à distance de plus en plus importante vis-à-vis du discours médical. Les patients peuvent s'imposer au sein de la relation car ils sont mieux armés et possèdent davantage de ressources pour le faire. Contrairement au discours véhiculé aujourd'hui sur la remise en cause de l'autorité médicale, Aurélia Lamy brosse le portrait d'une transformation de la relation médecin/patient mais qui, pour autant, ne remet pas en cause la légitimité des médecins dans la gestion de la maladie. La relation patient/médecin reste ainsi pleinement déterminante dans la gestion d'une maladie ou d'un trouble.

b) La reconnaissance progressive de savoirs issus de l'expérience

De nombreux chercheurs ont déjà montré la portée et le développement de ce qu'ils ont appelé : « les savoirs expérientiels ». En réalité, le vocabulaire s'est étoffé à mesure que le phénomène a pris de l'ampleur. Les notions de « savoirs de l'expérience » ou encore d'« apprentissage expérientiel » qui repose sur l'idée d'acquérir des connaissances en étant au contact direct avec la réalité observée sont également mobilisées. Il s'agit alors de donner un statut et une reconnaissance légitime aux connaissances et aux savoirs que les malades, en premier lieu, mais aussi leur famille et leurs proches, acquièrent tout au long de leur parcours. C'est en côtoyant de près une maladie ou un trouble, ses traitements éventuels, en se renseignant, en s'imprégnant d'un certain jargon médical, en parlant régulièrement du problème que l'on finit par devenir ce que certains auteurs ont appelé des « *patients-experts* ». C'est ce que nous apprend l'article de Catherine Tourette-Turgis et Joris Thievenaz³⁷ qui s'inscrivent dans le champ des sciences de l'éducation et qui placent les malades dans un processus de formation et d'apprentissage. Ils expliquent qu'on leur reconnaît une nouvelle dimension « productive », faisant passer les malades « *du registre de la "déficience" à celui de la "productivité" et donc de la formation continue.* ». D'ailleurs, le champ médical s'appuie de plus en plus sur les savoirs de ces nouveaux patients experts comme un complément de la prise en charge thérapeutique. Cela répondant alors à la volonté d'imputer davantage la prise en charge des soins à la communauté et de limiter le recours à l'institution. C'est une forme de délégation de la part de l'institution vers des individus qui possèdent des compétences issues

³⁷ TOURETTE-TURGIS, C. T. T., & THIEVENAZ, J. T. (2013). *La reconnaissance du « travail » des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation.*

de leur expérience. De sorte que nous cherchons aujourd'hui à développer un soin capacitaire, où le patient est sommé de se prendre en charge, d'être suffisamment autonome pour mettre en place des stratégies de gestion de la maladie. Dans son article, l'auteur montre que dans cette lignée de professionnalisation du patient, les médiateurs de santé-pairs en sont un exemple significatif. Il s'agit bien souvent d'anciens patients de la psychiatrie qui sont recrutés au sein de l'institution afin d'apporter un savoir et une connaissance de la maladie qui provient davantage du vécu et de l'expérience que d'études de médecine. Dans le champ de la santé mentale, nous avons vu se créer en 2012 le diplôme de « médiateur de santé pair » afin de permettre à des usagers de la psychiatrie d'intervenir au sein de l'institution pour apporter leurs connaissances. Selon Aline Sarradon-Eck et al, ce statut est généralement cité comme étant en France l'une des premières formes de professionnalisation d'usagers dans le domaine de la santé.

c) L'individualisation et la responsabilisation de l'individu face à la maladie

De nombreux auteurs ont mis en avant le fait que nos sociétés contemporaines s'étaient trouvées face à une crise des identités classiques. Par conséquent, ce n'est plus tant leur position sociale immuable qui compte, que la construction d'une trajectoire évolutive. Une trajectoire de vie qui revêt un caractère dynamique et qui s'élabore et évolue au gré des expériences vécues. Ces expériences ont été théorisées par François Dubet et Danilo Martucelli³⁸ comme étant des épreuves successives que passent les individus et qui fondent leur trajectoire. Ces épreuves constituent des événements qui se présentent à l'individu et avec lesquels celui-ci doit systématiquement négocier. Des épreuves qui contribuent à peser sur son identité personnelle et sur la manière dont il se définit. Il s'agit d'une épreuve de subjectivation qui exige de l'individu d'être un héros qui produit son action et le sens de sa vie. Ainsi, plus la société se "désinstitutionnalise" et plus l'individu gagne en liberté. Mais le revers de la médaille, c'est que l'individu perd en solidité et en certitudes. Par la force de l'individualisme, les épreuves et les tensions sociales deviennent des épreuves et des tensions psychiques. Dans l'un de ses ouvrages, Alain Ehrenberg³⁹ souligne le prix de l'autonomie croissante : une responsabilisation de soi qui exige de se réinventer continuellement. Un phénomène de société que nous observons

³⁸ DUBET François. & MARTUCCELLI Danilo, 1998, *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil.

³⁹ EHRENBURG Alain, *L'individu incertain*, Paris, Hachette, 2005 (1ère éd. Calmann-Lévy, 1995).

alors dans tous les champs sociaux, le domaine de la santé n'étant ainsi pas épargné. Un lourd processus de responsabilisation de l'individu s'installe, faisant peser la santé de manière individuelle sur les individus. Puisque les institutions ne fixent plus le seul et unique cadre auquel se conforme chaque malade mais que chacun construit sa propre trajectoire, l'individu est responsable aussi bien de ses réussites que de ses échecs. Ainsi, nous considérons aujourd'hui que la mise en échec de la bonne santé se traduit par l'apparition d'un trouble ou d'une maladie. C'est une santé qui est troublée donc qui montre que l'individu a échoué quelque part. Ce mode de pensée implique alors que les parents qui sont les premiers pourvoyeurs de soin et d'éducation à l'enfant sont aussi naturellement ceux qui sont les responsables de la trajectoire de leurs progénitures.

d) La coopération parents-professionnels dans les nouveaux modes de prise en charge des mineurs

La législation concernant l'action sociale et médico-sociale a été très importante au fil des siècles. Elle a régulièrement redéfini les cadres d'action et donné les grandes orientations des politiques sociales en fonction des contextes et des grandes tendances.

Pendant longtemps l'accent a été mis sur la notion de droits, et nous pouvons, dans cette perspective, évoquer la Convention des droits de l'enfant de 1989, une convention menée par l'ONU à l'échelle internationale. Elle engage les pays dans un accord commun définissant les droits de l'enfant. Ces droits sont ainsi affirmés sur des domaines très larges, mais c'est seulement au début des années 2000 que les choses vont se préciser. La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 est particulièrement orientée sur les droits des usagers. Ainsi, « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* »⁴⁰, ce qui place toute personne entrant dans les dispositifs d'aide sociale et médico-sociale (personne âgée, en situation de handicap ou mineur en danger) ainsi que sa famille au centre de l'action. Il faut alors dire que si jusque-là, la loi du 30 juin 1975 mettait l'accent essentiellement sur l'hébergement dans les établissements d'accueil, ce texte de 2002 oriente davantage son action

⁴⁰ Conseil départemental du Pas-de-Calais. (2010). *Kit du droit des usagers. . . pour la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2*.

sur une logique d'accompagnement de l'utilisateur et de sa famille que sur la seule dimension d'un accueil en établissement.

Plus tard, c'est la loi du 5 mars 2007 qui sera particulièrement structurante des modalités d'action en ce qui concerne l'enfance. C'est notamment les principes sur la protection de l'enfance qui sont les premiers à s'intéresser à l'intérêt supérieur de l'enfant et à l'implication de sa famille dans sa prise en charge. La loi énonce alors le fait que « *La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents.* »⁴¹ Nous constatons à travers cet exemple que la notion d'accompagnement est particulièrement structurante dans le discours. On ne se trouve plus dans une logique d'assistance pure où le « faire pour » domine, mais plutôt dans celle de « faire avec ». Avec l'idée que l'on parle dans cette loi, conjointement des parents et des enfants pour qui les mesures doivent être mises en place. Il s'agit de considérer l'enfant comme le noyau d'un système d'un système autour duquel gravitent d'une part les professionnels de l'action sociale et médico-sociale, et d'autre part les parents. Ce nouveau paradigme s'applique à tous les domaines de prise en charge de l'enfance en difficulté : le champ de l'aide sociale à l'enfance mais aussi de la pédopsychiatrie...etc. Ils mettent l'enfant au cœur d'un projet. En psychiatrie, on parlera d'un projet thérapeutique qui doit être établi de manière formelle, instaurant alors une forme de contractualisation entre les différentes parties prenantes du contrat établi : les professionnels, l'enfant pris en charge et ses parents. Cette relation tripartite se traduit alors par une volonté de coopérer ensemble dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Nous constatons dès lors toute l'importance de la coopération comme modalité d'action. Impliquer les familles dans la pratique des professionnels, voilà un enjeu incontournable qui s'impose dans les discours comme nouvelle manière d'envisager la place des parents dans le travail de prise en charge de mineurs.

Cependant, pour comprendre l'étude que nous allons mener, il faut nuancer cette dimension de coopération parents/professionnels. Dans les faits, cette relation est beaucoup plus difficile à mettre en place. La psychologue Saâdia Yakoub montre notamment que la famille a

⁴¹ Article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles. Consulté sur Legifrance.fr

longtemps été mise à l'écart des dispositifs de soin, car elle était jugée responsable de l'addiction de l'enfant⁴². C'est seulement en 1980 en France que la prise en charge de la famille est amorcée en 1980 avec l'ouverture du premier centre de thérapie familiale à Paris (centre Monceau). Mais là encore, ces dispositifs pour les parents sont justement créés à part du monde médical car pour Yakoub, il y a cette séparation physique qui est créée entre des parents profanes et des médecins experts que l'on ne souhaite pas mélanger. Cette vision des choses se perpétue encore aujourd'hui et malgré des efforts qui ont été faits pour mobiliser les parents, la littérature fait encore état d'une place introuvable pour ces derniers au sein du champ médical.

Les patients du champ médical jouissent donc aujourd'hui de plus en plus de droits ainsi que les parents des mineurs pris en charge par des établissements sociaux et médico-sociaux. Ces droits reconnus aux usagers permettent de justifier l'idée selon laquelle la prise en compte de la santé mentale est aujourd'hui plus que jamais au centre du système de santé. Les individus ont le droit d'être soignés pour tout type de dégradation de leur santé, en y incluant désormais les paramètres de la santé mentale. Ce qui est d'autant plus important que les troubles relevant de la santé mentale ont considérablement augmenté durant ces dernières décennies et connaissent encore aujourd'hui une exacerbation sans précédent en raison de la crise sanitaire. Les conséquences du covid sur la santé mentale des individus risquent d'être encore palpables et centrales dans les prises en charge psychiatrique durant les années à venir. Si chacun possède des droits, il devient légitime d'exprimer des besoins que l'on cherche à satisfaire. La satisfaction de ces besoins face à la prise en charge intervient plus que jamais comme faisant partie des droits reconnus à l'utilisateur au cœur du système de soin

⁴² YAKOUB Saâdia, 2017, « La prise en charge psychologique de la famille », *Pratiques cliniques en addictologie*, p. 145-152.

→ Qui sont nos enquêtés ?

Constituer un panel d'enquête exige du sociologue d'être vigilant sur la représentativité de son échantillon par rapport au public dans lequel il l'extrait. Il convient alors de faire ici un focus sur les caractéristiques de nos 27 enquêtés (cf annexe n°6) au regard du type de public accompagné par ARPEJ.

Pour cela, nous avons étudié le rapport d'activité d'ARPEJ de 2020 qui apporte un éclairage en termes de caractéristiques sociales (tranches d'âge, lieu de résidence, situation maritale etc) ou encore concernant les raisons qui ont poussé à solliciter un accompagnement et les difficultés rencontrées au sein de la famille. Tous ces éléments statistiques sont recensés aussi bien pour caractériser les parents reçus au sein de la structure que leurs enfants pour lesquels ils ressentent le besoin d'être aidés. L'objectif est donc ici de comparer la constitution de notre panel au regard du public accueilli à ARPEJ de manière à voir si nous parvenons à garantir une certaine représentativité.

- Sexe

Nous avons donc réalisé 27 entretiens auprès de parents accompagnés par le dispositif ARPEJ. Parmi eux, 21 ont été réalisés avec une mère de famille, 3 avec les deux parents ensemble et 3 avec des pères de famille. Le premier constat que nous avons fait au regard de notre panel, c'est que les pères en sont absents et les mères sur-représentées. Cela correspond à la tendance observée dans le rapport d'activité. Les mères sont d'abord largement plus nombreuses que les pères à établir le premier contact avec ARPEJ. En 2020, les mères étaient 67 % à être à l'initiative de la première demande auprès d'ARPEJ contre seulement 18 % des pères. Puis, nous les retrouvons à nouveau en majorité lorsqu'il s'agit de voir qui sont les personnes présentes aux entretiens individuels. C'est à peu près les mêmes proportions, ce qui induit une certaine continuité : 71 % des personnes qui se rendent aux entretiens individuels sont les mères contre 17 % des pères.

- Age

Du point de vue de l'âge, le rapport d'ARPEJ relate le fait selon lequel les jeunes qui ont motivé la demande d'accompagnement auprès d'ARPEJ et qui sont directement concernés par l'action ont en moyenne entre 11 et 15 ans représentant 41% du public total. Ensuite, les autres tranches d'âge sont représentées de manière beaucoup plus équitables entre elles : 15 % environ

pour les 16-18 ans et 15 % aussi pour les 19-25 ans. Au cours de notre enquête, les enfants qui étaient concernés par des difficultés avaient essentiellement entre 13 et 18 ans, ce qui semble ancrer les problématiques au cœur de l'adolescence et des préoccupations liées à la majorité et au passage à la vie d'adulte. C'est la tranche la plus représentée dans notre panel. Mais nous avons également rencontré une part importante de jeunes âgés de plus de 18 ans. Parmi les 27 entretiens, 6 d'entre eux ont été menés auprès de parents qui ont sollicité le dispositif ARPEJ pour des difficultés en lien avec leur jeune âgé de 18 à 25 ans. Enfin, 4 de ces entretiens concernaient plutôt des enfants entre 8 et 13 ans. Ainsi, du point de vue de l'âge des enfants, nous arrivons également à une certaine concordance entre le panel d'enquêtés et le public plus général d'ARPEJ.

En ce qui concerne l'âge des parents de notre échantillon, ceux-ci ont en moyenne entre 50 et 60 ans. Parallèlement, nous avons constaté que les parents accompagnés de manière générale chez ARPEJ sont pour la plus grande part, les 40-49 ans, suivi des 50-59 ans. Cela dit, si nous partions du principe que les jeunes suivis par ARPEJ ont souvent l'âge de l'adolescence, il semble normal que les parents aient autour de la cinquantaine.

- **Situation matrimoniale**

La situation matrimoniale des parents est également une caractéristique à laquelle il nous faut nous intéresser pour parler de notre panel car elle induit des configurations familiales différentes. On suppose que selon que les parents soient en couple, séparés ou parent seul, cela peut avoir une influence sur la façon de gérer un enfant présentant un trouble de santé mentale et donc orienter différemment les besoins de ces parents. Dans le rapport d'activité, nous constatons que les parents accompagnés par ARPEJ sont majoritairement séparés ou divorcés et qu'ils vivent généralement seuls. En revanche, les parents en couple ne représentent qu'un tiers (31 %) du public d'ARPEJ. Si au début de notre enquête, nous constatons une sur-représentation des parents en couple, les choses se sont ré-équilibrées au fil de la passation des entretiens. Au final, 13 des mères et pères reçus étaient en couple ou mariés au moment de l'entretien contre 10 séparés ou divorcés. Enfin, les 4 autres entretiens ont été réalisés auprès de mamans seules, le père n'ayant pas reconnu l'enfant ou ayant abandonné son rôle de père très tôt dans la vie de l'enfant. Les parents en couple ne sont finalement pas la majorité des cas rencontrés au cours de notre enquête, ce qui concorde là encore avec ce que nous avons observé dans le rapport d'activité.

- **Classes sociales**

Enfin, on a observé aussi qu'une grande partie de nos enquêtés a un niveau de diplôme élevé et occupe des positions hautes au sein des catégories socio-professionnelles. Nous faisons le constat selon lequel les personnes de classes moyennes et supérieures sont très présentes dans notre enquête. Un constat qui concorde avec la littérature sociologique qui a beaucoup documenté l'éloignement des publics plus défavorisés vis-à-vis des institutions. Ainsi, les publics qui font appel à l'accompagnement parental, ce sont surtout ceux qui ont les ressources pour demander de l'aide. Ceux au contraire qui cumulent les difficultés sont beaucoup moins visibles dans ce genre de dispositif d'accompagnement alors qu'ils sont parfois ceux aussi qui en auraient le plus besoin.

- **En cours de suivi, liste d'attente, suivi terminé**

De plus, nous avons établi idéalement au départ de la recherche que nous souhaitions diviser de manière équitable les profils de nos enquêtés selon trois ensembles. Cette division repose sur la temporalité dans laquelle ils s'inscrivent vis-à-vis de leur accompagnement : des familles actuellement en cours de suivi au sein d'ARPEJ, des personnes pour qui le suivi est terminé, et enfin celles qui sont actuellement sur liste d'attente.

Sur les 27 entretiens, 20 ont été réalisés auprès de parents qui sont en cours de suivi, 4 auprès de parents sur liste d'attente et 3 auprès de ceux qui sont sortis du dispositif. Nous n'avons pas réussi à atteindre l'objectif d'équité que nous nous étions fixé. Mais, il semble logique qu'il ait été plus facile de mobiliser des personnes qui viennent régulièrement sur la structure car ils sont pleinement investis dans la démarche d'accompagnement. De plus, pour éviter aux parents de multiplier les déplacements, nous avons tenté de coupler les moments où ils se rendaient à ARPEJ pour leur suivi individuel afin d'y fixer également un entretien sociologique. Cette manière de fonctionner a forcément orienté le recrutement des entretiens, plus aisé pour les parents en cours de suivi.

→ **Quid du lexique ?**

Avant de vous exposer nos analyses résultant de notre enquête sur le terrain, il nous semble important de consacrer quelques lignes sur le vocabulaire que nous allons employer pour décrire la réalité rencontrée sur notre terrain.

Notre commande repose sur les besoins des parents en matière d'accompagnement parental dans le domaine de la santé mentale. Cependant, le champ de la santé mentale est large tout comme la pluralité et diversité des troubles, comportements et situations qui nous ont été dépeints au cours des entretiens.

En effet, nous avons eu affaire à des parents dont les enfants ont été diagnostiqués par les professionnels comme étant porteur de troubles reconnus par le DSM-5 tels que des troubles de l'opposition avec provocation (TOP) ou encore des troubles du comportement alimentaires (TCA). Cependant, si certains jeunes ont été diagnostiqués par un professionnel de santé, ce n'est pas le cas de la majorité des enfants. Un diagnostic n'a pas été posé systématiquement sur les maux de ces jeunes.

De plus, au cours de nos entretiens, les parents évoquent davantage ce qu'on pourrait s'apparenter à des symptômes d'un mal-être comme de la dépression, de l'anxiété, de la violence, de la paranoïa, une réflexion sur la transidentité (...) qui peuvent dans certains cas mener à des conduites à risque chez certains jeunes. Par exemple, nous avons été confrontés à des parents dont les jeunes présentent des conduites addictives incluant une consommation de drogue ou encore d'alcool, des tentatives de suicide, des cas de scarifications, des idées suicidaires (...) c'est pourquoi nous avons fait le choix de rassembler ces différents troubles et symptômes sous le terme générique de « problématique de santé mentale ». Ce choix a été légitimé à travers les entretiens menés avec les parents, mais aussi lors des différents temps d'échange auprès des professionnels d'ARPEJ.

Nous entendons par le terme "problématique", ce qui est relatif à un problème, quelque chose de difficile à résoudre. Ce terme de problématique permet de rassembler sous un seul terme général, un ensemble de divers troubles, difficultés et souffrances relevant du champ de la santé mentale éprouvés par l'adolescent. Les problématiques relevant de la santé mentale prennent en considération aussi bien les difficultés psychologiques, scolaires, relationnelles, comportementales (...) de l'enfant. Ces diverses problématiques dont on parle dans cette étude sont toutes celles qui mettent à mal tous les aspects du développement psychosocial de l'enfant et de l'adolescent.

Chapitre 2 : Les origines et conséquences de l'arrivée de problèmes de santé mentale dans les familles

Dans nos sociétés, lorsqu'un enfant présente des problématiques relatives à la santé mentale, nous sommes enclins à nous concentrer sur le jeune en question. Or, nous avons tendance à oublier que l'apparition de la problématique de l'enfant concerne avant tout le jeune, mais cette dernière peut avoir des répercussions sur la dynamique familiale et sur chacun des membres qui la compose. En effet, les travaux de Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman ont démontré, à travers le handicap, qu'il s'agit ici d'une question de santé qui relève aussi d'une question sociale indissoluble pour saisir la complexité du phénomène. Ces sociologues mettent en lumière le poids des charges qui pèsent sur les membres de l'entourage en terme de coûts monétaire (réduction du temps de travail d'un des parents, appareillage éventuel, transports, garde), de temps investi (surveillance continue, aide à la vie quotidienne, démarches institutionnelles multiples, accompagnement de l'enfant à divers rendez-vous), mais aussi en investissement psychique (décisions à prendre pour l'enfant, angoisses pour son avenir, regard pesant des autres, culpabilité), et enfin en termes de répercussions sur les relations familiales et les autres membres de la famille (dégradation de l'ambiance familiale, difficultés scolaires ou psychiques des frères et sœurs, tensions entre les parents). Cependant ces répercussions varient selon la configuration familiale et sociale de chaque membre, mais aussi selon la nature des difficultés rencontrées. De plus, ces derniers ne sont pas systématiquement présents et peuvent être partiellement compensés mais donnent à voir l'éventail des bouleversements dans les fonctionnements familiaux qui peuvent survenir au sein des foyers.⁴³

En somme, parents et enfants sont intrinsèquement liés, ils représentent deux faces d'une même pièce dont la dimension sociale concernant les familles ne doit pas être mise de côté pour saisir pleinement l'ampleur du phénomène.

« Quand Marie va mieux, nous parents, nous allons mieux et inversement plus on a une meilleure vie plus les enfants sont heureux. »

Monsieur Lotin

⁴³ BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien (2019). Familles et handicaps mentaux ou psychiques. *Savoir/Agir*, 47, 73-82.

En partant des résultats de Jean Sébastien Eideliman et Aude Béliard, nous nous attacherons à vérifier la potentielle existence de similitudes entre l'expérience des parents interrogés dans le cadre de notre enquête, et les résultats mis en lumière par ces sociologues. Aussi, il conviendra de souligner les phénomènes nouveaux découlant de notre étude, qui n'auraient pas été mis en avant par la littérature sociologue jusqu'alors.

I) La santé mentale des enfants, une mise à l'épreuve de celle des parents ?

a) Entre culpabilité et perte de confiance du rôle parental

En premier lieu, l'apparition de la problématique chez l'adolescent est dépeinte par les parents comme l'arrivée d'une catastrophe, d'un raz de marée qui d'une part surgit de nulle part, sans crier gare, les laissant dans l'incompréhension, et d'autre part, sous l'effet du choc, les laisse incertains quant à la manière d'agir par rapport à cette dernière, en lien avec le questionnement presque systématique sur la potentielle responsabilité des parents dans l'apparition du trouble chez l'enfant. En somme, cette situation fait écho à la notion d'épreuve mise en avant par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman dans leurs travaux et le sentiment de culpabilité qui en découle. En effet, ces sociologues démontrent que les parents sont piégés entre compassion et suspicion. Ces derniers développent alors fréquemment un sentiment de culpabilité, latent ou explicite, qui les taraude avec plus ou moins d'intensité. Ils sont alors facilement soupçonnés par les professionnels et/ou leur propre entourage d'être de « mauvais parents », incapables d'élever leurs enfants correctement. De plus, ils ont tendance à intégrer ce soupçon, si bien qu'en l'absence de manifestations explicites, ils l'interprètent facilement dans ce qu'on nomme « *le regard des autres* ». ⁴⁴

Au cours de nos entretiens, 18 parents sur 27 enquêtés nous confient avoir éprouvé de l'incompréhension suite à l'arrivée de la problématique au sein de leur foyer, et 8 enquêtés nous ont avoué avoir ressenti de la culpabilité. Cependant l'apparition d'une forme de culpabilité provient de deux cas de figures : il s'agit d'un sentiment de culpabilité provenant soit du fait de ne pas avoir remarqué les signes avant-coureurs, la détresse de son enfant, soit de ne pas avoir

⁴⁴ BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien (2019). Familles et handicaps mentaux ou psychiques. *Savoir/Agir*, 47, 73-82.

su comment agir face à cette dernière ou avoir mal agi. De plus, les discours des parents s'accordent sur le fait que l'arrivée de la problématique de leur enfant a impacté la vision du rôle de parent que ces derniers portaient auparavant. En effet, 16 parents sur 27 évoquent avoir perdu confiance en leur rôle de parent, leurs compétences en la matière et le style éducatif prodigué jusqu'alors.

« Je suis plus dans la culpabilité, me dire que c'est de ma faute, quelque chose dans l'éducation que j'ai loupé, que j'ai mal fait. »

Mme Billard

Il convient de souligner que le sentiment de culpabilité touche davantage les mères que les pères.

b) La santé mentale des parents, un dommage collatéral

Au cours de nos entretiens, les parents se sont confiés sur leur état d'esprit lors de l'arrivée de la problématique de leur enfant. Pour certains, cette épreuve a donné lieu à une véritable lutte intérieure contre eux-mêmes pour que leur santé mentale n'en pâtisse pas. En effet, ils nous ont livré avoir tout fait pour « tenir bon pour leurs enfants ».

« J'avais plus envie de m'amuser, ou encore de rencontrer l'amour. Je n'arrivais plus à penser qu'à ma fille. Il fallait que je tienne bon pour elle, j'y pensais jour et nuit. »

Mme Devaux

Or, avant d'être parent, ils sont des individus, avec leurs propres limites et leur propre santé mentale à part entière. Ainsi 7 d'entre eux ont déclaré ne pas vouloir d'aide dans un premier temps car ces derniers avaient l'impression d'être capables de faire face à l'arrivée de la problématique de leurs enfants et tout ce que cette dernière implique.

« Au début, je voulais pas d'aide parce que je pensais que j'étais capable de gérer ça toute seule et puis à force de trop prendre sur moi, j'ai fait une dépression. »

Mme Boisjo.

Dans notre panel d'enquête, 11 parents sur 27 nous livrent avoir été victime d'état dépressif et de burn-outs, 5 ont été sous antidépresseurs, une mère nous confie avoir été hospitalisée et un parent mentionne avoir eu des idées suicidaires.

Lorsque nous analysons ce constat en croisant, les parents qui ont ressenti un sentiment de culpabilité évoqué précédemment, le statut matrimonial de ces derniers et enfin qui a été victime de dépression et/ou burn-out, nous nous rendons compte que le résultat n'a rien d'un hasard. Pour rappel, 11 parents nous ont confié avoir éprouvé de la culpabilité, or sur ces 11 personnes, 7 parents ont fait des dépressions et/ou des burn-out et 6 parents sur 7 sont séparés. Dans ce sens, il semblerait que les parents séparés et donc, qui n'ont pas le soutien d'une autre figure parentale au quotidien, soient plus enclins à ressentir de la culpabilité, et voient leur santé mentale fragilisée de manière générale, donnant lieu dans les cas les plus désespérés à des états dépressifs et/ou de burn-out.

c) Incidence(s) des troubles de l'enfant sur la vie professionnelle des parents

Le mal-être éprouvé par les parents a des répercussions sur le plan professionnel de ces derniers, notamment lorsque ces derniers doivent faire face à des états dépressifs et/ou des burn-out.

Dans notre panel, nous comptons 4 parents qui se sont vus contraints de mettre en place un mi-temps thérapeutique suite à un arrêt de travail et 4 parents qui, suite à leur mise en arrêt, ont effectué une reconversion professionnelle. Pauline Blum et Elsa Favier mettent en lumière, à travers le prisme du genre, que la problématique de l'enfant et le poids des charges qu'elle engendre, provoque chez certaines mères l'obligation d'un déclassement professionnel afin de s'engager dans une maternité plus intensive.⁴⁵

Aussi, dans les cas les moins extrêmes, les préoccupations liées à la problématique de leurs enfants se traduit pour 6 parents par la peur d'aller travailler et de laisser les enfants seuls.

⁴⁵ BLUM Pauline, FAVIER Elsa, « Des trajectoires maternelles sinueuses. Des femmes des classes supérieures à l'épreuve de la psychiatrie », *Genre, sexualité & société* [En ligne]

« J'avais plus goût à rien, au boulot dur d'aller bosser en me disant que elle était toute seule donc me demander ce qui allait se passer. »

Mme Marco.

Pour résumé, l'état de fatigue et d'inquiétude de ces parents met à mal la réalisation de leurs tâches professionnelles. Au cours de nos entretiens, on nous dépeint de l'anxiété lorsqu'il s'agit de se rendre sur leurs lieux de travail, des « boules aux ventres », des difficultés de concentration et une certaine irritabilité. En somme, ils nous confient être moins productifs au travail en partie à cause des troubles de leurs enfants.

« Je me souviens quand elle m'appelait et qu'elle faisait des crises d'angoisse je savais pas quoi faire »

Mme Sigursson

Lorsque nous prêtons une attention particulière à l'échantillon concerné, nous faisons le constat suivant : les parents qui ressentent une baisse de productivité et une angoisse sur leur lieu de travail sont les parents d'adolescents qui présentent des troubles qui, dans les cas les plus extrêmes, s'accompagnent de comportements pouvant mener à des décès. En effet, sur les 6 personnes concernés, 2 enfants présentent des conduites addictives et 4 enfants ont déjà fait des tentatives de suicides et/ou ont exprimé des idées suicidaires.

d) Naissance d'un besoin chez les parents : la consultation chez un professionnel de santé

Notre enquête fait ressortir un constat alarmant quant à l'impact de la problématique de l'enfant sur la santé mentale des parents. Au-delà des sentiments négatifs, états dépressifs et burn-out qui peuvent découler de la problématique, cette dernière déclenche le besoin d'avoir recours aux services de professionnels de santé mentale. En effet, 16 parents sur 27 nous confient avoir été suivis/être suivis par un psychologue, un psychiatre ou une structure médico-psychologique en lien avec la problématique du jeune : 10 femmes et un homme dans notre panel sont suivis par un psychologue/psychiatre en libéral, 3 femmes ont un suivi au Centre

Médico-Psychologique (CMP) de leur ville, 2 femmes sont suivies par un psychologue et au CMP en parallèle. Enfin, un entretien évoque la volonté de se faire suivre dans le CMP de son quartier à la fin de son suivi chez ARPEJ..

Face à ce constat, nous avons cherché à saisir les caractéristiques liées à aux différentes problématiques, en croisant ces résultats avec le statut marital de ces familles : les 10 femmes qui sont suivies par un psychologue libéral sont mariées/en couple, les 3 mères suivies au CMP sont des femmes séparées du père de leur enfant, les 2 femmes suivies au CMP et par un professionnel libéral sont des femmes en couples ou mariées et la mère qui envisage un suivi au CMP est une mère célibataire. En somme, nous pouvons dire que si la majorité du panel exprime un besoin de consulter un professionnel de santé, néanmoins, ce dernier ne sera pas comblé de la même manière selon le statut marital. En effet, ce dernier renvoie également à des revenus plus élevés au sein du foyer par le double salaire gagné par les conjoints et donc la possibilité d'investir davantage qu'une mère célibataire dans les services de professionnels de santé libéraux.

Aussi, à travers ces résultats, nous pouvons nous interroger sur le rôle des stéréotypes de genre dans la santé mentale des parents. Nous remarquons que 25 parents à l'origine de l'ensemble des demandes d'accompagnement parental dans nos enquêtes sont des mères. Ce constat n'est pas sans rappeler la norme d'implication spécifique des mères vis-à-vis des enfants. Aude Béliard et Jean-Sébastien Eidelman soulignaient déjà dans leurs travaux l'implication des mères en « première ligne » dans l'éducation des enfants en situation de handicap. Bien qu'elles soient en première ligne dans les démarches, cela ne signifie pas qu'elles sont de fait les plus investies, cependant ce sont sur ces dernières que pèse le plus lourdement l'existence du *care*.⁴⁶

Pauline Blum et Elsa Favier ont également été confrontées à ce phénomène puisque leurs travaux mettent en lumière l'engagement des mères dans le travail d'élevage, de soin et d'éducation des enfants et la manière dont ce dernier est transformé par l'expérience d'une parentalité différente avec des jeunes « atypiques ». En effet, elles se heurtent à de nouveaux problèmes et croisent de nouvelles instances de socialisation qui montrent que les femmes ne sont pas instituées une fois pour toutes comme mères, avec telles pratiques et tels sentiments,

⁴⁶ BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien (2019). Familles et handicaps mentaux ou psychiques. *Savoir/Agir*, 47, 73-82.

mais que leurs manières de se percevoir, de penser et de voir le monde changent suite à cette « épreuve », entraînant une restructuration de leurs trajectoires parentales.⁴⁷

Bien que notre échantillon soit essentiellement féminin, les mères nous ont confié que leurs conjoints ne ressentent globalement pas de culpabilité, affichant un certain contrôle de leurs émotions quant à la problématique de leurs enfants contrairement aux mères. Les travaux de Michel Claes nous fournissent un éclairage pour tenter d'expliquer ce phénomène : la mère est généralement plus engagée dans la vie affective des jeunes. Dans ce sens, cette dernière est également plus touchée lorsque les choses tournent mal, son bien-être psychologique est plus affecté que celui du père par les conflits familiaux et l'expression de détachement à l'égard de la famille.⁴⁸

En outre, les mères affirment que les pères ne ressentent pas le besoin de consulter un professionnel de santé : 1 seul homme du panel exprime le besoin d'avoir recours à un psychologue.

« Mon conjoint, lui, il gère mieux que moi, il ressent pas une culpabilité comme moi j'ai pu la ressentir. Il a pas besoin d'en parler contrairement à moi ».

Mme Billard.

En effet, 6 femmes en couple ou mariées nous expliquent que leurs conjoints ne ressentent pas le besoin de parler à des professionnels du champ médical et de l'accompagnement parental car ces derniers ne se laissent pas « submerger par la situation ». Aussi, ce phénomène explique pourquoi nous ne retrouvons que 3 pères dans toutes les familles interrogées qui se rendent aux groupes de parole proposés par ARPEJ.

De plus, 4 femmes expriment une forme de rejet de la part des pères pour les professionnels de santé avec des discours du type :

« Il me dit qu'il n'a pas besoin qu'on lui dise comment élever les enfants »

Mme Petite

⁴⁷ BLUM Pauline, FAVIER Elsa, « Des trajectoires maternelles sinueuses. Des femmes des classes supérieures à l'épreuve de la psychiatrie », *Genre, sexualité & société* [En ligne]

⁴⁸ CLAES Michel, 2004, *Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels*, p. 205-226.

« Il a un passé difficile, il ne veut pas qu'on remue le passé, il dit qu'il n'a pas besoin de ça, il est bien comme il est »

Mme Botte

Cela se traduit également par le refus catégorique de certains pères de participer à la mise en place de médiations, de thérapies familiales, d'entretiens familiaux et groupes de paroles - en général - et notamment ceux proposés par ARPEJ. L'ensemble de ces éléments expliquent la faible présence des pères dans le suivi individuel puisque nous comptons 3 hommes au sein de notre panel et 2 pères qui ont participé à des groupes de parole.

II) Les problèmes du jeune et les répercussion(s) sur la vie conjugale des parents

a) Différences dans l'épreuve: la dimension genrée du rôle de parents

Comme nous l'avons vu précédemment, il semblerait que l'arrivée de la problématique de l'enfant n'ait pas la même incidence sur les parents selon le genre de ces derniers, donnant naissance à un certain nombre de conflits entre les conjoints. Jean Sébastien Eideliman met en lumière ce phénomène à travers la notion d'épreuve et ses incidences sur la vie conjugale à travers le prisme du handicap. En effet, ce dernier souligne qu'une épreuve peut soit renforcer ou fragiliser, induire une rupture ou confirmer un choix, faire office de révélateur ou d'écran de fumée. Il s'agit ici d'un instant-clé de reconfiguration : même si celle-ci peut prendre des formes bien différentes, son utilisation la plus simple renvoie à une association fragilisation/renforcement. Il s'agit d'un pari : le couple va ressortir de cette épreuve en étant soit plus soudé, soit fragilisé, ce qui peut potentiellement entraîner une rupture des partenaires. Dans ce sens, le sociologue démontre que l'annonce du handicap d'un enfant sur le couple parental favoriserait les séparations, mais rendrait le couple plus solide une fois l'épreuve surmontée. De manière générale, le handicap ou la maladie grave d'un enfant sont souvent décrits comme une épreuve pour les parents. Dans le discours des parents, le sociologue

remarque une mise en avant prépondérante d'effets supposés négatifs, mais aussi parfois d'effets supposés positifs.⁴⁹

Sur 16 parents en couple dans notre panel, 7 d'entre eux déclarent que l'arrivée de la problématique de leurs enfants a été source d'un certain nombre de désaccords entre les partenaires.

Les raisons de leurs conflits se regroupent en 3 causes principales. Premièrement, il s'agit de conflits liés à une gestion des émotions différente selon le conjoint.

« Mon conjoint, il gère mieux que moi, ça a créé beaucoup de soucis entre nous parce que on se comprenait pas (...) Il me disait qu'il ne comprenait pas pourquoi je me mettais dans des états pareil. »

Mme Gauchois.

La seconde raison prend racine dans des désaccords sur la manière de réagir face à la problématique du jeune.

« Il me disait que j'étais trop douce avec elle, que je n'étais pas assez sévère, qu'elle avait besoin d'un cadre alors que pour moi, il était trop dur avec elle, elle était déjà fragile, bref on était pas d'accord sur la manière de réagir et on s'est beaucoup prit la tête là-dessus au début. »

Mme Billard.

Enfin, l'ultime raison revient à la place que la problématique de l'enfant prend dans la vie quotidienne. Les parents évoquent un souci tellement important suite aux troubles de leur jeune qu'ils s'oublient, d'une part en tant qu'individu, d'autre part en tant que couple.

Aussi, 3 mères en couple et ou/mariée ont évoqué le poids de la charge mentale qu'elles ont subi au cours de l'arrivée de la problématique mais aussi lors de la gestion de celle-ci. Ces dernières ont rencontré les trois principales difficultés évoquées précédemment et nous

⁴⁹ EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2003, « Qui a peur de la parentalité ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 255-262.

expliquent avoir eu un moment de « désengagement » vis-à-vis de la situation. Les travaux de Pauline Blum et Elsa Favier démontrent que les mères sont généralement en « première ligne » lorsqu'il s'agit d'entamer des démarches relatives au bien-être de l'enfant, ce que les auteures appellent des « trajectoires d'engagement dans l'aide ». Ces trajectoires ne sont pas linéaires et sur le long terme peuvent conduire à des phases de désengagement, de « seconde ligne ».⁵⁰

Elles expliquent que leur couple a tenu bon uniquement parce que les pères ont été dans la capacité de reprendre le relai sur les mères lorsque celles-ci étaient au plus mal.

Enfin, seulement 4 couples ont déclaré que la problématique de leur jeune les avait au contraire soudés, témoignant d'une mobilisation familiale autour de cette « cause commune ». 3 d'entre eux ne se sont pas prononcés.

b) Des recompositions familiales traversée par la/les problématique(s) de l'enfant

Parmi les couples du panel, 3 ont refait leur vie et sont en couple ou mariés à un nouveau conjoint. La totalité des principaux concernés évoquent des tensions entre le parent, le nouveau conjoint et l'enfant. Le parent a alors l'impression de devoir choisir entre son enfant et le bien-être de sa vie conjugale.

« Elle s'est énervée contre mon conjoint elle voulait qu'il parte mais c'est pas possible, il est chez lui, on est chez nous. (...) Ce n'est pas facile de gérer, ça ne fait pas famille, j'ai l'impression d'être entre les deux ».

Mme Bondelle

Dans le cas des parents séparés ou divorcés, 8 d'entre eux nous indiquent ne plus avoir de contact avec leurs ex-conjoints et/ou déplorent un manque d'implication dans l'éducation des enfants.

⁵⁰ BLUM Pauline, FAVIER Elsa, « Des trajectoires maternelles sinueuses. Des femmes des classes supérieures à l'épreuve de la psychiatrie », *Genre, sexualité & société* [En ligne]

« Si je le fais pas personne va le faire. Il participe en rien même financièrement, juste il voit son fils, déjà ça se passe bien entre eux c'est déjà pas mal mais c'est tout. Tant qu'on lui demande pas de venir on fait ce qu'on veut. »

Mme Castaldi

Deux d'entre eux, nous rapportent un certain nombre de conflits entre les ex-conjoints sur le style éducatif.

« Son père lui laisse tout faire, alors pour mon fils je passe pour la méchante, c'est dure d'avoir cette position alors que c'est moi qui porte l'éducation toute seule »

Mme Delpierre.

En effet, les mères divorcées ont l'impression de porter seule le poids de l'éducation de leur enfant mais aussi les démarches à mettre en place pour que leur enfant se porte mieux, en témoigne le seul homme séparé du panel qui se rend à ARPEJ. Les ex-conjoints sont dépeints par les mères comme des pères qui ne veulent pas entendre parler d'accompagnement parental, et ne veulent pas mettre en place un certain nombre de solutions dans ce sens. Ce constat n'est pas sans rappeler notre réflexion sur la place que les stéréotypes de genre ont dans l'éducation et dans le rapport à la santé mentale de ces derniers évoqués plus haut.

c) Relation(s) et communication au sein du foyer, entre tension et volonté de préservation du lien

Jusqu'ici nous nous sommes concentrés sur les conséquences découlant de l'arrivée de la problématique uniquement sur les parents. Néanmoins, cette épreuve se répercute également sur la relation entre les parents et l'enfant concerné par un trouble de santé mentale. Au cours de nos entretiens, 3 parents confessent avoir connu des phases de rupture avec leurs enfants.

« J'avais perdu ma fille (...) C'était la guerre entre nous »

Mme Billard.

6 familles évoquent des difficultés à communiquer avec le jeune et avouent avoir mobilisé des outils technologiques pour tenter de sauver le dialogue entre parents et enfants tels que les SMS ou encore la plateforme Messenger de Facebook. 5 parents seulement mentionnent que leurs relations avec leurs enfants n'a pas été impactée par la problématique de santé mentale de leur jeune. 4 parents mettent en évidence l'importance du rôle de l'effet miroir : parents et enfants sont liés, lorsque l'un va mieux l'autre aussi, et inversement.

« Quand nos relations vont mieux, je commence à aller mieux (...) je suis moins sur des charbons ardents et que je me suis plus détendu, ça se passe mieux et lui, là il est plus déprimé en ce moment donc forcément ça se passe mieux. On est plus que tous les deux donc c'est effet miroir, s'il y en a un qui va pas bien, ça se répercute sur l'autre »

Mme Castaldi

Aussi, 7 parents nous décrivent que leurs relations avec leur enfant ont connu une phase qu'ils qualifient « d'horrible ». Lorsque nous nous penchons sur ces 7 parents, nous remarquons que 6 enfants des 7 familles mentionnées présentent des troubles de l'opposition et de l'autorité. Ce phénomène peut donc s'expliquer par la nature des troubles en question. De plus, 5 mères (en couple) expriment avec regret avoir été témoin d'un éloignement entre leur conjoint et leur enfant. Or, ces familles qui ont vécu ce phénomène en question, font partie des 6 enfants avec des troubles de l'autorité et de l'opposition mentionnés juste avant, ces jeunes étant toutes des filles.

Lorsqu'on se focalise un peu plus sur la relation parent-enfant sous le prisme éducatif et en lien notamment avec l'autorité des parents, nous observons deux profils qui se dégagent en termes de reproduction ou non des traits éducatifs reçus par les parents eux-mêmes. Un premier profil consiste en une tendance relative à reproduire certains aspects de l'éducation reçue en la justifiant par le fait qu'il y ait des normes, des valeurs à transmettre et à respecter. Lorsque cela augure une tension avec l'enfant, une forme d'appui de cette "méthode" consiste à comparer le comportement de l'enfant dans la situation à l'instant T avec le comportement que le parent a ou aurait eu sous l'autorité de ses parents respectifs (les grands parents du jeune en question donc) lors de sa propre enfance. Cela crée généralement une incompréhension entre le parent et l'enfant, ce dernier signifiant à son parent la différence de traitement qu'il a pu

observer avec ses pairs, bien que cela peut consister dans l'isolement d'un comportement ou d'une situation très fine.

“ça revient souvent car quand elle insulte son beau-père ou moi, bah y'a 50 ans c'était pas ça, tu insultais pas tes parents sinon t'en prends une, alors que maintenant les jeunes ils savent qu'on ne peut plus”

Mme Delpierre

Un autre profil consiste à ne pas vouloir reproduire l'éducation reçue, du moins pas exactement de la même façon ou dans les mêmes lignes. On observe une conscience de la différence entre les générations qui oblige à mettre en place des choses “inédites” pour ces parents, qu'ils n'ont pas eu l'habitude de voir ou de mettre en place du moins dans l'éducation reçue. On relève que les parents qui ne veulent pas reproduire le style éducatif reçu sont des parents qui évoquent leur propre éducation comme étant trop stricte. C'est souvent dans ces moments qu'ils nous ont parlé de la différence entre leur génération et celle de leur enfant ; que l'on élève pas un enfant aujourd'hui comme on l'élevait hier. Or, c'est l'idée de trouver le juste milieu, le “ curseur ” entre une éducation reçue comme trop stricte et en prodiguer une qui respecte les désirs de l'enfant tout en réussissant à le raccrocher à un cadre lui permettant d'évoluer avec épanouissement. On se rapproche ici des conceptions développées par Ariès liées à la “ nouvelle ” place de l'enfant. Plusieurs mères pointent du doigt leur éducation trop laxiste donnée en opposition avec l'éducation trop stricte qu'elles ont reçue et se retrouvent dans la difficulté de trouver le juste milieu entre autorité et liberté de l'enfant. Elles mettent en lumière la difficulté à faire changer un comportement qu'elles ont cautionné à un moment donné où elles n'avaient pas forcément conscience que ce comportement pouvait être problématique pour leur enfant lui-même voire pour son entourage.

“C'était l'occasion pour moi aussi de remettre en question mon éducation, à poser des questions. [...] et euh il m'avait conseillé, les limites qu'il fallait que j'arrive à imposer mais c'était pas évident. Quand on a eu une éducation très stricte et qu'on ne veut pas reproduire, bah peut être qu'on est forcément plus laxiste. J'ai eu du mal à placer le curseur [...] Moi j'ai une éducation très carré très stricte pas de sortie etc, et à l'inverse je veux pas ça pour mes

enfants j'estime qu'on apprend plus de nos erreurs, on a besoin d'expérimenter, ça m'a totalement bridé et arrivée 30 ans j'ai fais un peu n'importe quoi, j'ai relâché la pression”

Mme Burma

Dans ces deux types de profil, on retrouve des parents démunis face aux situations auxquelles ils doivent faire face. D'une part, cela représente une perte de repère des lignes éducatives qu'ils auraient voulu appliquer (avec plus ou moins d'adaptation) mais qui ne fonctionnent pas ou que très peu avec leur enfant. D'autre part, en ne voulant pas être trop stricts, les parents se sentent trop laxistes et considèrent qu'ils ne réussissent pas à trouver leur équilibre éducatif ni à placer le curseur et donc à placer un cadre éducatif dans lequel chacun des protagonistes puissent se sentir assez à l'aise pour y remplir son rôle et le faire évoluer en fonction des situations.

Hormis ces propos, ce que l'on constate majoritairement dans les évolutions de l'éducation est, dans les dires des parents, une différence dans la communication. On observe que ces parents n'ont pas été habitués à communiquer avec leurs parents eux-mêmes, du moins pas sur des thèmes relevant du bien-être et de la santé mentale et psychologique. Cela pouvant être corrélé avec les évolutions relativement récentes du champ psy présentées précédemment. Ceci dit, ces parents, notamment par la démarche entamée dans le suivi, font état de la volonté de toujours trouver un moyen de communiquer avec leur enfant quel qu'il soit, explicite, implicite, par le biais de sous-entendus ou encore via l'usage numérique.

Par ailleurs, cet usage numérique apparaît comme une forme de marqueur générationnel important en lien avec ce que nous avons déjà pu évoquer concernant les différences générationnelles. En effet, l'usage des réseaux sociaux est relativement incompris par les parents et peu investi par ces derniers, d'autant qu'ils n'ont généralement aucun contrôle sur l'usage qu'en font leur enfant. Les parents qui utilisent les réseaux sociaux nous disent se servir de Facebook là où leur enfant utilise plutôt Instagram ou Snapchat. Ceci dit, l'usage numérique peut permettre d'une part de communiquer avec leur enfant par messagerie instantanée (Messenger ou l'application Messages), ce qui permet d'adoucir la communication dans la majeure partie des cas : cela permet une communication plus “douce” sans tension et permet même de parler de choses plus sérieuses, alors même que les parents ne comprennent pas pourquoi ils ne se disent pas ces choses-là directement. Ils utilisent cette communication pour préserver le lien, le préférant à une inexistence totale de lien et de communication.

“Des fois elle me parle par texto alors qu'elle est à l'étage parce qu'elle a la flemme et donc je fais pareil mais des fois j'ai plus de facilité à communiquer avec elle par message qu'à l'oral, c'est plus doux elle arrive à me dire des choses plus douces, c'est la différence entre une génération verbales et une autre numérique je pense actuellement”

Mme Burma

D'autre part, quatre mères de notre panel d'enquête nous confient avoir eu recours aux réseaux sociaux pour entrer sur des groupes où elles ont pu échanger sur la problématique de leur enfant, soit en posant des questions aux autres parents soit en suivant le contenu relaté à propos des thématiques qui les concernent. Cela leur permet de trouver d'autres réponses mais surtout de se sentir moins seules. Cela peut leur apporter des réponses sur des questions par rapport auxquelles elles se sentent dépassées, et là encore nous pouvons faire écho à l'écart générationnel puisqu'au-delà du numérique il y a d'autres sujets qui ont pris une place plus importante par rapport au moment où elles étaient adolescentes. On peut penser par exemple aux questions tournant autour de la transidentité, ce thème étant assez peu connu des parents dont l'exposition à ce genre de questionnements n'était pour eux que peu ou pas répandue (le développement relativement récent des associations LGBTQI+ est par exemple un indicateur). Cette recherche d'informations va notamment contribuer à une amélioration de la communication entre parent et enfant du fait que le parent va être plus au fait des questionnements de son enfant et va pouvoir lui aussi améliorer sa façon de parler, de communiquer, de poser certaines questions plus que d'autres, etc.

Pour certains d'entre eux, la communication mère-enfant ou de façon plus rare père-enfant est un commencement dont ils n'ont pas ou peu reçu d'exemple. Cela augure, de façon un peu plus disparate et dépendamment de la composition de la famille élargie, une incompréhension avec les grands-parents qui sont d'une part décrits comme des soutiens de la famille, avec qui il est possible de parler bien que l'on retrouve l'idée de les préserver de ces situations en lien avec leur âge et/ou leur état de santé. D'autre part, ils peuvent être décrits comme une source de tension supplémentaire à cause des commentaires qu'ils sont amenés à faire sur l'éducation prodiguée à leur petit-enfant. On peut éventuellement penser que cela est le fruit d'un conflit générationnel et d'une forme de désaccord avec l'éducation prônée pour leur enfant qui est désormais devenu parent, désaccord dans le sens où les grands-parents ne vont pas reconnaître les traits éducatifs transmis et vont soumettre des “conseils” ou des “façons

de faire” qui selon eux fonctionnent ou ont fonctionné avec leur enfant tout en omettant la différence et l'écart générationnel. Nous en revenons donc aux différents “styles” d'éducation travaillés par la temporalité. Les grands-parents ne sont pas les seuls membres proches des familles cherchant à les conseiller et nous allons donc tenter ensuite de décrire la forme et la perception des familles face à cela.

Une des choses que nous n'avons pas relevé de façon à la mettre plus en valeur lorsque l'on parle d'éducation est le rôle des pères qui sont, comme déjà évoqué, majoritairement absents de notre enquête et inéluctablement moins investis dans le rôle éducatif de leurs enfants. Cependant, cela s'explique également par le fait que les mères “abandonnent” le fait d'investir le père, d'autant plus lorsque le couple est séparé. Il y a une position abordée par les mères qui se réjouissent presque ironiquement qu'il soit là et qu'il s'occupe quand même un peu de l'enfant. Pour certains enfants qui ne voient pas leur père ou très peu, il est décrit comme inexistant par les mères, inexistant physiquement mais surtout inexistant dans l'investissement de son rôle de père.

Nous pouvons supposer que cette phase de rébellion et d'éloignement envers les pères renvoie à la figure d'autorité supposée être incarnée par le père de famille mais aussi à un ensemble de comportements genrés. En effet, Michel Claes souligne dans ses travaux l'existence de la dyade père/fille comme étant une des dyades familiales les plus marquées par les tensions. Plusieurs explications ont été avancées pour tenter de saisir ce phénomène, y compris celles qui concernent l'interdit de l'inceste. Cependant, pour Youniss et Keterlinus (1987), ces tensions seraient plutôt le fruit d'un manque d'expression sur le plan affectif des pères. Dans cette logique, ces derniers seraient dans l'incapacité de répondre aux attentes de proximité émotionnelle de leurs filles, entraînant chez elles des sentiments de frustration et de dépit.⁵¹

De plus, dans le cas des mères célibataires où l'enfant n'a plus de contact avec le père, ces dernières endossent seules la figure de l'autorité parentale et sont la cible des actes de rébellion des enfants.

51

CLAES Michel, 2004, *Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels*, p. 205-226.

Si les relations parents/enfants sont éprouvées suite à l'arrivée de cette problématique, les relations entre frères et sœurs, n'en souffrent pas moins. En effet, seules 4 familles déclarent que la problématique du jeune n'a pas eu d'incidence sur les relations fraternelles. Or, nous remarquons que les 4 familles concernées, ont des enfants avec des écarts d'âge importants (+ de 10 ans d'écart) et par conséquent, ne vivent plus sous le même toit. En somme, le poids de la problématique de leur frère et/ou sœur ne se répercute pas dans leur quotidien, ce qui peut expliquer le maintien des bonnes relations entre eux. 13 familles nous avouent avoir assisté à une dégradation des relations entre leurs enfants à la suite de l'arrivée de la problématique d'un de leurs enfants. 10 déclarent que les relations se sont creusées, pour 3 d'entre elles, les enfants ne se parlent pas.

Nous pouvons dégager 3 grandes tendances qui expliquent ce phénomène. Premièrement, les parents suggèrent au cours des entretiens que chaque enfant vit sa propre adolescence en lien avec ses propres traits de personnalité, qui, par conséquent n'est pas toujours compatible avec la personnalité et l'expérience vécue par l'enfant concerné par la problématique.

« Mes filles n'ont que 3 ans d'écart mais ce n'est pas les mêmes centres d'intérêt, Myriam est encore dans le monde de l'enfance un peu, elle aime pas trop sortir, elle est encore très jeu que sa soeur ce qui l'intéresse c'est plutôt les sorties, les copains etc (...) leurs personnalités sont très différentes et leurs manières de réagir aussi, elles se comprennent pas

»

Mme Botte.

La seconde raison évoquée par les parents serait liée au fait que les frères et sœurs ne supportent pas les comportements engendrés par la problématique de l'enfant.

« Iris ne supporte pas comment sa petite sœur parle à leur père (trouble de l'autorité)».

Mme Gauchois

La troisième raison mentionnée par les parents serait la naissance de jalousie au sein de la fratrie. En effet, la problématique de l'enfant est tellement préoccupante chez certains

parents, qu'ils ont tendance à se concentrer sur l'enfant concerné au détriment des autres enfants présents au sein du foyer.

*« C'est vrai que au moment de l***** mon esprit ne s'est tourné que vers Charlotte. C'est une réaction normale que tout tourne autour d'elle. Myriam pense que Charlotte lui a gâché la vie. Je me mets aussi à la place de Myriam, qui d'un coup voit que tout tourne autour de Charlotte (...) ».*

Mme Botte.

4 parents dans notre panel ont fait l'expérience de ce type de reproches de la part de leurs autres enfants. Il ne semble pas y avoir de lien entre les troubles, l'âge des enfants et les 4 familles concernées. Néanmoins, les 4 parents qui ont rencontré ce type de difficultés font partie des parents qui ont fait des dépressions et/ou burn-out.

Dans ce sens, nous pouvons dire qu'une santé mentale fragilisée chez les parents et l'apparition d'un état dépressif, ne laisse de place dans l'esprit des parents que pour un enfant. Pauline Blum et Elsa Favier avaient déjà souligné ce phénomène à travers le cas de Helene Moissac qui confiait n'avoir presque plus de temps pour ses deux autres enfants, une situation relative à l'injonction du « bon parent », plus précisément en matière de disponibilité maternelle pour l'enfant concerné et les autres membres de la fratrie au quotidien.⁵²

Aussi, au sein des familles de 3 enfants et plus, nous remarquons que 5 familles déclarent qu'un des enfants joue le rôle du confident pour l'enfant concerné par la problématique en question tandis que l'autre joue plutôt le rôle de « l'ennemi à abattre ». Seules 3 familles ne sont pas concernées par cette thématique puisqu'il s'agit de familles d'enfant unique. Le reste du panel ne s'est pas prononcé sur le sujet au cours des entretiens.

⁵² BLUM Pauline, FAVIER Elsa, « Des trajectoires maternelles sinueuses. Des femmes des classes supérieures à l'épreuve de la psychiatrie », *Genre, sexualité & société* [En ligne]

III) Un rapport complexe avec l'environnement autour du foyer familial

Après avoir vu les incidences de la problématique de l'enfant dans les relations familiales au sein du foyer, nous allons nous pencher sur le cas de la famille élargie. Le trouble de santé mentale est-il également responsable d'une dégradation au sein de ses relations ou au contraire, génère-il des rapprochements face à cette épreuve ? Le bilan est plutôt mitigé. Pour 5 familles, la problématique de leur enfant a été moteur d'un rapprochement des parents auprès des grands-parents notamment chez les mères, des grands-mères puisque 5 mères affirment avoir trouvé auprès des grands-mères maternelles une figure de confidente.

« J'ai toujours eu une bonne relation avec ma mère mais c'est vrai que quand j'ai remarqué que Joëlle n'allait pas bien, c'est vers elle que je me suis tournée en premier. (...) Je savais pas quoi faire, j'avais besoin de parler à une maman »

Mme Carmelo

3 parents évoquent parler de leurs expériences auprès des grands-parents mais confient mettre une certaine limite à celle-ci, sous couvert d'une volonté de préserver ces derniers, de ne pas trop les inquiéter.

« J'en parle un peu mais ils sont vieux, j'ai pas trop envie de les inquiéter avec ça »

Mme Yelda

4 familles dans le panel mentionnent un rapprochement avec leurs frères et sœurs dans cette épreuve.

« Ma sœur a été un vrai soutien quand mon fils a commencé à aller mal, j'aurais pas parié là- dessus mais ça nous a rapproché ».

Mme Petite

3 trouvent une oreille attentive auprès de leurs enfants plus âgés et enfin 4 d'entre eux se confient sur le décès de leurs parents et évoquent des relations tendues avec leurs frères et sœurs.

Lorsque nous nous interrogeons sur la potentielle existence d'un rapport tabou avec la problématique auprès de la famille élargie, 4 parents nous répondent qu'ils ont été victimes de jugements de la part de certains membres. En effet, on cherche à dicter leurs conduites sur la manière de réagir face à la situation de leur enfant et on pointe la potentielle responsabilité des parents concernant la survenue des troubles. Parfois, cela est décrit comme de simples incompréhensions entre les deux parties vis-à-vis de la situation. Le reste des arguments avancés est difficilement quantifiable mais nous retrouvons la peur de déranger, un désintérêt des oncles et tantes, la prise de position des grands-parents envers leur petite fille, ou encore la non-nécessité d'en parler puisque le trouble se voit physiquement.

a) Une vie sociale éprouvée: entre soutien et jugement des proches

Nous avons vu précédemment que la problématique entraînait des répercussions plus ou moins importantes dans la famille de l'enfant de manière générale. Nous pouvons alors nous demander si l'épreuve n'affecte pas également la vie sociale des parents. Au cours de nos entretiens, 6 familles nous ont confié avoir traversé une période de repli vis-à-vis du monde extérieur lors de la survenue de la problématique pour 4 raisons principales qui font écho aux résultats mentionnés précédemment. Tout d'abord, ces derniers évoquent une difficulté à gérer la situation jugée sur l'instant T comme étant « trop dure » à supporter. Cette première affirmation correspond au discours de 3 parents qui ont vécu un épisode dépressif suite à l'arrivée de la problématique.

« J'avais plus goût à rien, je voulais plus sortir, je voulais voir personne. »

Mme Devaux

La seconde raison correspond à une peur de laisser ses enfants seuls, discours tenu par les 4 parents de jeunes qui ont fait des tentatives de suicide et/ou sur des problématiques liées à l'addiction.

« Je me demandais toujours dans quel état j'allais le retrouver en rentrant, du coup c'est vrai que inconsciemment je sortais plus vraiment ».

Mme Sourire

La troisième raison donne à voir une volonté des parents de ne pas imposer cela aux autres. Dans ce cas précis, il s'agit de parents qui ont des enfants avec des accès de violence.

« Imaginez qu'il devienne violent avec moi chez des amis, ou encore dans la rue, c'est pas possible ...»

Mme Prado

Enfin, l'ultime raison est un éloignement, soit volontaire, soit imposé envers des amis de la famille. Ici, il s'agit de parents qui ont des adolescents atteints de troubles de l'addiction.

« C'est vrai qu'on a perdu beaucoup d'amis (...) ils avaient peur que nos enfants entraînent leurs propres enfants dans l'addiction ».

Mr et Mme Jacquie.

Ces différentes problématiques sont le produit d'évolutions historiques et sociales qui ont construit certains comportements ou caractéristiques individuelles comme étant déviants et à la notion de stigmates développés par Erving Goffman en 1975. Un comportement jugé moralement déviant entraîne alors des ruptures au sein des relations dans les cas les plus extrêmes comme le soulignent nos enquêtés. Aussi, ces comportements déviants s'accompagnent pour autrui, de sentiments tels que de la pitié, de la compassion et de la méfiance envers les parents.⁵³

Si la problématique de leur enfant a impacté la vie sociale des parents, cette dernière a également été synonyme de rapprochement auprès d'amis de la famille ou encore de collègues. En effet, 8 personnes soulignent le soutien d'amis dans cette épreuve, s'échangeant leurs expériences de parents respectifs des adolescents difficiles. De plus, une forme de soutien peut également être trouvée auprès des collègues de travail puisque 6 parents avouent en parler librement sur leur lieu de travail. Dans les deux cas de figure, les parents ajoutent que c'est en partie grâce à leurs échanges qu'ils ont connu ARPEJ. Néanmoins, tous les parents n'ont pas pu bénéficier de ces figures de soutien, bien au contraire. Concernant les relations entre

⁵³ BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien, FANSTEN Maïa, MOUGEL Sarra, PLANCHE Maëlle, VAUMORON Sébastien, 2019, *Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H*, Sciences Sociales et Santé, vol 37, n°1, p. 5-42.

collègues, 2 parents mentionnent une certaine pudeur sur le fait d'échanger sur ce sujet avec des collègues de peur d'être victime de ragots et de jugements mais aussi, le lieu de travail incarnant un lieu d'évasion.

« Quand je vais au travail, ça me change les idées, je pense pas à ce qui se passe à la maison. »

Mme Matard.

2 parents évoquent avoir eu affaire à des jugements de la part de collègues mais aussi de leurs patrons.

« Mon patron, il est toujours sur mon dos, il me dit que les problèmes perso' ça doit rester à l'extérieur »

Mr Martin

« J'ai une collègue qui croit que je prends des vacances alors que je suis en mi-temps thérapeutique, c'est pas pour rien et donc elle me culpabilise à mort »

Mme Delpierre.

Du côté des relations amicales, 2 parents déclarent ne pas vouloir en parler à leurs amis pour ne pas « infliger ça aux autres », estimant que c'est à eux, parents, de faire face à la situation. 3 déclarent avoir ressenti des jugements de la part d'amis de la famille.

« J'ai un couple d'amis, j'ai l'impression qu'ils cherchent plus les infos croustillantes qu'à m'aider. Ils me font tout le temps des remarques sur mon éducation du genre « moi à ta place j'aurais pas laisser ma fille faire ça à son âge (...) »

Mme Billard

Enfin, 2 parents nous confient avoir très peu voire pas d'ami. Ces derniers correspondent à des mères célibataires, témoignant d'un isolement sur plusieurs aspects évoqués précédemment. Le reste du panel ne s'est pas prononcé sur cette thématique.

b) Une expérience vécue comme moralisatrice

Dans la continuité de ce que nous sommes en train d'étayer, une idée qui est relatée assez souvent par les mères est celle d'une "intervention" extérieure réalisée par des proches cherchant à les conseiller sur l'éducation qu'elles profèrent à leurs enfants. Ces "conseils" sont souvent perçus comme des injonctions à être une "bonne mère" et ont pour les mères une tendance moralisatrice, d'autant que ceux-ci ne font pas l'objet d'une requête au préalable de mères. On ressent dans leurs dires, l'importance du devoir, devoir agir de cette façon ou d'une autre, devoir recadrer leur enfant ou devoir tenter tel ou tel dispositif.

"j'en ai parlé avec une amie qui était très proche à ce moment-là, qui m'a donné son point de vue mais c'est pas ça qui m'a tant apaisé que ça puis niveau famille, il y a nos enfants et sinon il reste que ma mère [...] on a fini par lui dire mais sa vision des choses ne nous a pas apporté grand-chose, globalement les gens de la famille disaient; vu que c'est une enfant qui a déjà été difficile, ils disaient "ça suffit faut qu'elle arrête" alors qu'elle était vraiment en souffrance [...] ça nous faisait pas avancer car fallait qu'on avance, il y avait du soutien moral mais ça suffit pas, c'est pas très productif, ça nous trouvait pas de solution"

Mme Carmelo

Cela est moins perçu comme moralisateur lorsque ce sont elles qui vont demander à leur entourage. Les personnes ayant l'habitude de parler plus facilement avec leur entourage (d'ailleurs pas toujours rattaché à la famille, peut par exemple être un/une collègue de travail de longue date) vont plus facilement accepter ces injonctions et/ou les mettre en place par la suite.

Un lien à l'expérience est relativement présent dans le sens où ces personnes vont plus facilement demander à quelqu'un de leur entourage qui est concerné (ou ayant été concerné) par des difficultés avec leur enfant respectif, le dialogue apparaissant comme plus facile, la discussion étant décrite d'autant plus sur un pied d'égalité. Un autre lien plus étroit à l'expérience (que l'on retrouve dans trois entretiens) mais apparaissant comme un symbole pour illustrer ces propos consiste dans le fait que les mères vont plus facilement demander des conseils aux membres de leur entourage ayant un lien plus ou moins explicite avec le champ du social, médico-social ou encore de la psychiatrie. En effet, parler avec un professionnel avec

lequel elles ont un lien privilégié encourage les mères à en parler et bien que des conseils soient proférés, ceux-ci sont moins vécus comme un jugement direct mais comme une forme de soutien vis-à-vis de la situation, symbolisé par des conseils “plus pratiques” sur des choses à mettre en place ou encore légitimé par l’orientation vers tel ou tel type de structure.

“J’en parle avec mes amis et un peu avec ma famille, mais bon je suis fille unique mais dans la famille de mon conjoint, il y a de des pros, des éducateurs ils me donnent des conseils plus pro et c’est différent, ils savent de quoi ils parlent”

Mme Burma

En ce qui concerne les pères, ils disent ne pas trop en parler en dehors de la sphère familiale restreinte (= au sein du ménage) ou alors par nécessité de ne pas “cacher” la vérité si on leur demande, mais ils n’explicitent pas la volonté d’en parler et disent ne pas faire délibérément la démarche d’en parler. Parfois, l’utilisation du “on” laisse sous-entendre que la famille en tant que corps parle aux autres, aux amis, à la famille mais on perçoit dans le discours que le “on” sous-entend surtout “elle”, autrement dit la mère, c’est elle qui assure majoritairement ce rôle.

“Quand on a des soucis avec Marie il ne faut pas... on ne peut pas le cacher [...] il y avait un anniversaire dans la famille, moi je ne suis pas venue car j’étais à l’hôpital avec Marie, je n’étais pas là, Marie n’était pas là donc un moment donné on va pas inventer ça sert à rien tout se sait” **Mr Lotin**

Ce peu d’expression des pères n’apparaît pas comme surprenant si l’on se réfère à ce que nous évoquions plus haut concernant le manque d’expression affectif et émotionnel des pères, d’autant que le discours des mères les concernant font état d’un refus plutôt catégorique de consulter (pour eux des spécialistes liés à la santé mentale), ainsi que parfois d’en reconnaître les bienfaits lorsque c’est l’enfant qui va consulter; “Ce sont tous des charlatans” nous disait une mère en décrivant le discours de son mari à propos des psychologues. Ces idées peuvent être d’autant plus liées à des définitions de rôles travaillés par le genre au sein de la famille.

c) La requête de l'intervention d'une tierce personne ou figure de "super nanny"

Comme nous l'évoquions précédemment, l'intervention extérieure censée "conseiller" les parents est peu perçue comme une intervention positive, qui les aiderait à avancer mais faisant plus état d'une morale à suivre/respecter/accomplir. Cette intervention extérieure est d'autant mieux perçue lorsqu'elle émane d'une requête formulée par le parent concerné lui-même. Dans cette optique, paradoxalement ou non, dans plus de la moitié de nos entretiens on retrouve l'idée, la formulation par les mères, d'une volonté d'insérer une tierce personne dans le quotidien (dans un instant temporellement court) pour que cette dite personne (qui est "imaginée" par les mères) puisse constater ce qu'elles vivent au quotidien avec leur enfant et la survenue, parfois soudaine, des troubles.

La requête formulée par cette figure de "super nanny" est d'une part la constatation de ce qu'elles vivent, ce qu'elles vivent en général au quotidien avec l'enfant tandis que d'autre part il y a une dimension de conseil immédiat par rapport à la situation vécue, par rapport à l'instant T. Ce conseil serait potentiellement vécu comme une réaction plus "adaptée" puisque constatée (par cette tierce personne possédant une certaine forme de neutralité à l'égard de la situation) et non pas racontée de façon isolée, à un moment détaché de la situation. De plus, cette personne apparaît comme neutre pour la famille et de par son statut "professionnelle", elle apparaît aux yeux des mères comme tout à fait légitime, légitime de par l'expérience professionnelle mais aussi et surtout par le fait de vivre la situation en même temps que la mère et son enfant. Cette requête est nommée, formulée avec une tendance liée à la relation d'autorité mère-enfant, autrement dit, les mères cherchent, majoritairement, à faire constater le comportement qu'elles jugent anormal de leur enfant sur des situations où un comportement "adapté", "demandé", est "attendu" des mères elles-mêmes. Pour être plus précis, ce ne sont majoritairement pas les troubles qui sont mis en avant dans cette requête de la tierce personne, bien que deux voire trois d'entre elles cherchent à faire constater comment la situation globale, et notamment les troubles de l'enfant, est une situation où elles se retrouvent "dépassées", "usées" par celle-ci.

"J'aurais bien aimé quelqu'un qui vienne, qui voit, qui se rende compte et qui dise, pas que j'ai raison parce que sinon ils vont me reprocher d'avoir été cherché quelqu'un qui dit que j'ai toujours raison. Nan j'ai juste envie que ça fonctionne à la maison et que chacun ait sa tâche à faire. Que je sois pas toute seule à devoir gérer tout ce qu'il se passe. Chacun doit aider Maman, chacun doit faire sa part de travail et que ça paraisse normal ! Que la

personne qui est là se rende compte du malaise et que mon mari se rende compte qu'il y a des choses à faire si on veut aller de l'avant. Il faut qu'il soit mis face à ses contradictions. J'aimerais bien qu'il y ait une super nanny qui vienne à la maison comme dans les émissions à la télé. Elle leur disait ce qui était bien à faire, ce qui n'était pas bien et ça c'était pas mal."

Mme Gauchois

Cette "tierce personne" accompagne l'idée de la création d'un "décliv" chez l'enfant et/ou chez l'entourage qui contribue à sa vie. Cette personne est "trouvée" lors des rendez-vous d'accompagnement, notamment à ARPEJ, bien que cela ne représente pas l'idée d'une personne présente au quotidien, la différence résidant dans l'action car lors des entretiens réalisés avec un.e accueillant.e, c'est le récit qui va prôner et décrire une situation d'un point de vue qui reste subjectif et qui ne pourra éventuellement pas décrire tous les faits et les ressentis vécus à l'instant T.

Ce que l'on peut ajouter en décrivant cette idée, c'est que l'on pourrait considérer que cette tierce personne est trouvée lors des consultations, bien que la démarche des parents est d'aller chez le médecin ou le psychologue, ces derniers ne venant pas à eux comme une *supernanny*. Les parents interrogés dans cette enquête sont d'autant plus incités (comme un réflexe?) à se tourner vers le corps médical que leur enfant est concerné par des troubles de santé mental, donc on peut considérer que la situation peut être qualifiée de "normale" mais on sous-entend ici qu'il n'y aurait pas forcément une consultation du corps médical s'il n'y avait pas reconnaissance du trouble mental de l'enfant au préalable. Le fait de se tourner vers le corps médical n'est pas anodin dans l'expérience vécue des parents et cela engendre nombre de complexité -notamment sur des sujets relevant de la relation médecin patient- car il faut entre autres accompagner le jeune dans cette démarche. La suite de notre analyse concerne donc en partie cette notion de relation avec le corps médical que nous allons étayer en plusieurs points.

Chapitre 3 : L'inscription dans un parcours d'aide de l'enfant : quelle place pour les parents ?

l) La difficile prise en compte des parents par le corps médical

a) Les parents, frein ou vecteur de la prise en charge d'un mineur ?

L'association des parents à la prise en charge d'un enfant dans le champ de la psychologie ou de la psychiatrie est un sujet qui intéresse les chercheurs depuis quelques décennies. La pensée générale a souvent tendance à opposer d'une part, les médecins qui respectent les grands textes de lois optant pour une coopération complète avec les parents, et en face, ces derniers qui au contraire, déplorent ne pas être associés à la prise en charge médicale. Effectivement, la réalité du terrain nous a démontré que les parents se sentent largement mis de côté, exclus de la relation thérapeutique qui unit les professionnels à leur enfant.

Cependant, là où la relation devient ambivalente, c'est que ce sentiment d'être mis de côté n'est finalement pas un ressenti complètement hors-sol. En effet, certains entretiens avec des professionnels ont permis de mettre en lumière une concordance des discours parents/professionnels. Nous allons nous appuyer ici sur un extrait de l'entretien passé auprès du docteur Fraisse, médecin coordinateur de la Maison des adolescents.

Vous pouvez nous raconter une prise en charge qui s'est bien passée ou au contraire, mal passée ?

Une prise en charge qui s'est bien passée ? Euh il y en a pas mal qui se sont passées pour des raisons différentes : parce qu'on arrive à ré-orienter correctement, à amoindrir les symptômes, à faire une bonne alliance, à dénouer des situations. Il y a pleins de raisons, la plupart des prises en charge se passent bien, il y en a aussi qui se passent mal hein mais c'est souvent quand il y a une rupture d'alliance en fait.

Et est ce que la présence des parents a tendance à freiner le suivi ou inversement c'est plutôt une aide ?

Je pense que c'est pas des alliés, ni des freins. Je pense que c'est indispensable, pour moi on ne peut pas considérer le travail de l'enfant sans les parents, il nécessite d'avoir les parents avec.

Docteur Fraisse

La notion d'alliance est particulièrement importante dans le discours de ce médecin. Selon lui, c'est précisément cela qui conditionne la réussite d'une prise en charge. Ou au contraire, c'est la rupture de l'alliance avec les parents qui constitue la cause la plus récurrente d'une prise en charge qui se passe mal. La mobilisation à double entrée de cette notion d'alliance à la fois comme vecteur de réussite et en même temps d'échec quand elle est absente montre à quel point la relation aux parents est importante dans la pratique professionnelle de ce médecin. Cependant, par alliance, on pourrait penser qu'il existe presque un rapport d'égal à égal dans lequel les parents et professionnels construisent ensemble la prise en charge de l'enfant. Cependant, lorsqu'on lui demande si les parents sont plutôt des alliés ou des freins dans leur travail, il nuance l'idée d'une totale alliance. Selon lui, les parents ne sont en fait ni des alliés, ni des freins. Les parents sont plutôt pensés comme faisant partie du système qui entoure l'enfant et qui doit être pris en compte pour pouvoir proposer une prise en charge la plus complète possible de l'enfant. La famille étant l'institution dans laquelle la socialisation primaire de l'individu se joue, les parents sont donc les acteurs de première ligne dans la constitution de l'enfant et son éducation. De ce point de vue là, il est alors évident pour les médecins de les prendre en considération. Un discours professionnel nuancé qui permet d'être en adéquation avec tous les points de vue. Il ne tend ni à enjoliver la place des parents, qui, si on en croit les textes, sont de réels partenaires de chaque décision, ni à mettre les parents complètement à l'écart. Pourtant, le point de vue de certaines mères que nous avons rencontrées est beaucoup plus tranché que cela. On pourrait alors penser que l'alliance professionnel / parent est facilitée dans une association comme la Maison des Ados du fait du caractère moins formel dont elle jouit, par contraste avec les centres médico-sociaux, empreints d'un certain nombre de représentations. Cependant, la relation entretenue avec les parents est tout aussi ambivalente, que ce soit à la Maison des Ados ou au Centre Médico-Psychologique. Nous allons nous appuyer ici sur deux extraits de l'entretien passé auprès de Mme Terrier, l'assistante sociale du CMP qui se charge de l'orientation des patients au sein du centre. Deux questions presque

similaires ont été posées successivement par les sociologues et ont eu le mérite de révéler une contradiction intéressante dans le discours de celle-ci.

Est-ce que les parents sont impliqués lorsque vous entamez une prise en charge avec un enfant au CMP ?

« Je travaille systématiquement avec l'accord des familles, car le public est mineur. Pour une prise en charge il faut nécessairement l'accord des deux parents surtout si ils sont séparés. Le premier entretien se fait donc avec les parents. Puis, des consultations se font avec les parents, d'autres se font avec les enfants uniquement ou uniquement les parents. »

Mme Terrier

Elle insiste à plusieurs reprises sur l'importance dans sa pratique professionnelle de toujours recueillir l'accord des parents ainsi que sur des rendez-vous organisés conjointement avec les parents pour les associer à la prise en charge de leur enfant. Cependant, lorsque nous lui demandons tout de suite après si elle considère les parents plutôt comme un frein au suivi ou au contraire plutôt comme une aide, sa réponse dénote totalement avec l'idée sur laquelle elle venait tout juste d'insister :

« Concernant la prise en charge des ados, dans certains cas, la présence des parents peut freiner l'entretien. Dès lors que les parents sont absents aucun compte rendu ne lui est fait, sauf si l'ado est d'accord : c'est une alliance thérapeutique. »

Mme Terrier

Cette notion d'alliance doit alors ici être reconsidérée à la lumière de ces propos. En effet, l'alliance thérapeutique que nous évoquions précédemment laisse apparaître plutôt une relation qui se noue entre les professionnels et l'enfant ou l'adolescent en question. C'est si et seulement si, l'adolescent est d'accord, que cette assistante sociale fait un compte rendu aux parents de ce dernier. Sans cet accord, les parents ne sont pas associés. Là où on pourrait penser que les professionnels travaillent en collaboration avec les parents pour mettre en œuvre une prise en charge de l'enfant la plus complète qui soit, c'est en réalité plutôt l'alliance avec les jeunes que ces professionnels valorisent. Leur patient, c'est le jeune qui est suivi. Ses parents ne sont en fait que des alliés que l'on peut impliquer dans la relation thérapeutique uniquement si le jeune en trouve l'utilité. Selon elle, les parents ne sont ni un frein, ni un vecteur à la prise en charge. Ils ne sont que des éléments indépendants de la relation professionnel/jeune patient

qu'il est possible de mobiliser au gré des besoins de l'enfant, mais il ne s'agit en aucun cas d'une priorité que d'impliquer les parents dans la prise en charge. Ainsi, contrairement aux grands textes législatifs insistant sur l'existence d'une relation de co-éducation entre les parents et les professionnels s'occupant de l'enfance, les discours des professionnels de notre terrain nous révèlent d'ores et déjà qu'ils n'accordent pas cette place centrale aux parents.

b) La communication au cœur de la relation thérapeutique

D'autre part, nous avons pu lire au cours de nos recherches que l'un des éléments les plus importants au sein de la relation thérapeutique, c'est l'aspect communicationnel. Il existe tout un système d'injonctions à la communication attendues de part et d'autre de la relation. En effet, pendant longtemps, le médecin se contentait d'ausculter le patient et d'établir un diagnostic sur la base des symptômes constatés. Or, progressivement, on a fait une place plus importante à la parole du malade. Le médecin demande d'abord au patient quels sont ses symptômes et ses ressentis, l'ausculte et seulement après, transforme toutes ces données en un diagnostic médical. Par effet miroir, les patients attendent également du médecin qu'il lui communique un certain nombre d'informations sur son état. Comme un retour sur investissement : "j'ai aidé le médecin à poser un diagnostic, j'attends logiquement de lui qu'il me rende cette aide en m'informant". Cet aspect communicationnel s'applique à toutes les prises en charge. En ce qui concerne notre terrain, les parents ont des hauts niveaux d'attente de dialogue, qui ne sont pourtant pas contentés par les professionnels en charge de leur enfant. Au cours des entretiens, les mères nous ont confié que ceux-ci ne leur parlent que très peu et invoquent bien souvent le secret médical auquel ils sont tenus vis-à-vis de leur patient, surtout dès lors qu'il a passé l'âge de 16 ans. Les mères interrogées, loin de remettre ce principe en cause, ont au contraire pleinement intégré cette dimension et accepté de laisser leur enfant jouir d'un espace neutre et de confiance dans lequel ils peuvent se livrer. Cependant, ce qu'elles regrettent, c'est que les psychologues notamment ne prennent pas le temps de leur donner quelques éléments d'explication. Si elles ne cherchent pas à savoir ce qui se dit dans la salle de consultation, elles attendent toutefois des thérapeutes qu'ils leur expliquent à quoi s'attendre, où en est leur enfant, quels sont les comportements à prévoir et par ricochet quels comportements ils devront adopter avec ce dernier. Ce qu'elles cherchent plus que tout, c'est d'être rassurées et d'être un minimum accompagnées pour gérer au mieux le quotidien avec leur enfant. Cette notion de communication couvre une attente spécifique des mères : celle

d'obtenir des réponses sur leurs incompréhensions et interrogations pour être mieux armées face à leur enfant et s'adapter au mieux à la situation.

Et la psychologue qui voit votre enfant, elle vous fait des retours du coup ?

“Pas beaucoup ! C’est pour ça que j’ai fini par venir ici. Elle le reçoit seul à seul. Si je lui demande, elle va me recevoir mais ce n’est pas ce qu’elle préfère. Elle veut vraiment parler avec Adil. Et j’ai pas de retour. Je l’attends en salle d’attente et puis il revient avec son petit carton pour le rdv suivant.”

Et comment vous vivez le fait qu'il n'y ait pas de retour ?

“Ça je ne le vis pas très bien ! Maintenant que je viens ici, ça va mieux mais ça a été difficile. Ouais je comprenais pas. Et puis je me disais mais qu’est-ce qu’on fait nous les parents ? Et puis Adil, il ne dit pas tout, il ne raconte pas. Quand il va voir la psychologue, il aime bien mais il me dit souvent qu’il fait des jeux, il montre comment il sait écrire mais pour l’instant il n’arrive pas à parler comme il me parle parfois, de vraiment ce qu’il se passe, ce qu’il ressent. Et du coup, je pensais que peut-être on n’avançait pas. Parce qu’il y avait pas non plus d’amélioration de son état. J’aurais voulu plus discuter avec elle, avec la psychologue. Oui et des fois, quand ça s’est empiré et qu’on se sent à bout, qu’on sait plus gérer, alors là je retourne voir la psychologue et je lui crie au secours. Je lui dis « Écoutez, ça n’a pas été du tout, il faut que vous m’aidiez là-dessus ». Et là, il y a peu de temps, elle a compris, elle m’a dit « Bon je vais renforcer un peu ce que je fais, en effet, c’est important.”

Mme NATTE

Ce qui ressort du discours de Madame Natte, c’est qu’avoir une discussion avec le psychologue de son fils Adil, c’est très important pour elle, au point de ne pas supporter d’être mise de côté, “ça je ne le vis pas très bien !”. A plusieurs reprises, elle fait référence à la notion de « retour », comme d’un élément qu’elle attend de la part des professionnels mais qui fait défaut, car selon elle, la « psychologue veut vraiment parler avec Adil et qu’ [elle] n’a pas de retour ». Ce que Madame Natte entend par « un retour », c’est un regard réflexif qu’auraient le psychologue et les parents afin de discuter ensemble de la stratégie à adopter avec l’enfant. Il faut dire que ce n’est pas anodin de penser ce besoin de “retour” à l’aune de la place que les parents que nous avons rencontrés occupent dans le parcours de leur enfant. *A priori*, des signes indiquent à Mme Natte que son fils a “des problèmes” dont elle n’a pas les compétences pour

l'aider pleinement, qui échappent à son jugement de « simple » mère. Ce qui amène à avoir recours à une tierce personne, plus compétente pour analyser et gérer le problème. Le recours au psychologue indique une tendance forte à la psychologisation des problèmes sociaux. Nous l'avons constaté plus haut, l'évolution de la famille et de la parentalité, en même temps que les évolutions socio-historiques comme l'individualisation de la société, ont mené à un phénomène de psychologisation du social. Problèmes éducatifs, troubles comportementaux, difficultés scolaires... etc. On fait appel systématiquement aujourd'hui à des explications d'ordre psychologique pour analyser ces phénomènes, ce qui explique qu'une prise en charge psychologique se généralise comme méthode de premier choix pour aider l'enfant. Rester sans rien faire serait un échec du point de vue de leur rôle parental. Aller taper à la porte d'un psychologue, c'est ainsi le moyen pour ces parents de s'assurer qu'ils sont de bons parents, de prouver qu'ils se mettent en action pour le bien-être de leur enfant en allant solliciter l'aide des professionnels. Le recours à une aide extérieure n'est pas du tout de l'ordre de l'abandon de l'enfant à une tierce personne.

Mme Natte, comme beaucoup d'autres mères de notre panel d'enquêtés conçoivent le recours à un psychologue comme la mise en place d'un espace de délégation. Cet espace de délégation s'opère de la part des parents qui acceptent qu'un psychologue s'immisce au sein de l'intimité psychologique de l'enfant et cherche à pallier certaines lacunes de leurs compétences parentales. Si on considère l'idée de délégation, on comprend bien que les parents ne sont pas dans l'optique de s'abandonner à une tierce personne. Ils font en réalité une sorte de pari sur le fait que le psychologue va agir comme un facilitateur de la relation parent/enfant. Il est formé pour faire parler les personnes qu'il rencontre de leurs difficultés. L'enfant se retrouve alors dans un cadre propice au dialogue, alors que la communication au sein du foyer est parfois difficile, surtout quand l'enfant est en train de devenir un adolescent avec tous les bouleversements qu'implique cette période de la vie. En bref, c'est offrir une personne ressource à son enfant/adolescent, à qui ce dernier peut se confier comme il ne le fait nulle part ailleurs. Dans une logique de contractualisation induite par la délégation à laquelle s'adonnent les parents, ceux-ci attendent alors du psychologue qu'il fasse progresser le jeune dans l'identification de son mal-être et dans la manière de le soulager mais attend aussi et surtout un certain "retour sur investissement". Au sein de cet espace de délégation, le psychologue est considéré par ces parents comme l'un des nombreux éléments sollicités par ces derniers pour assurer au mieux leurs rôles parentaux. Le but étant pour le parent de reprendre le contrôle de la relation avec son enfant en mobilisant les ressources externes utiles à ce processus. La

délégation implique symboliquement qu'à un moment donné, il y ait un travail de coopération qui se mette en place. En d'autres termes, le parent attend que le psychologue lui fasse part de ses constats, de ses analyses et lui explique les points d'incompréhension pour lesquels il est justement venu le consulter. De sorte que cet apport du psychologue permettra au parent d'être mieux armé face au vécu de son enfant. Ainsi, ces enjeux de communication cachent en réalité un système d'attentes vis-à-vis d'un travail coopératif garantissant aux parents d'obtenir les clés de compréhension de la situation. A l'instar de Monsieur et Madame Lattre qui expriment eux aussi le fait qu'ils comptaient sur le psychologue pour les éclairer sur les raisons qui avaient poussé leur fille Sabine à commettre une tentative de suicide. « *On aurait aimé qu'on nous dise l'état d'esprit de Sabine et nous donner des explications sur le pourquoi de son geste parce que nous on est resté dans le flou en fait.* ». Dès lors que ça ne passe pas ainsi, les parents soulignent de manière unanime ce manque de "retour" comme le symptôme d'une relation parent/professionnel jugée défailante. D'autant plus quand il existe un écart entre les attentes des parents et la réalité. La critique de la relation entretenue avec le professionnel est d'autant plus puissante que le sentiment de déception est important.

« Moi ce qui me gêne au CMP c'est qu'à la base, on nous a présenté le truc en nous disant qu'il y avait un petit retour avec au moins un des parents et en fait on a jamais eu ce retour. »

Mme Lattre

Aussi, pour d'autres parents, si on retrouve ce besoin de "retour", un autre aspect apparaît. Il sera beaucoup plus parlant de proposer les paroles de Mme Lattre lors de l'entretien que nous avons réalisé conjointement avec Monsieur et Madame.

« Tout se faisait toujours avec Sabine mais nous, on n'a jamais pu exprimer vraiment ce qui s'était passé, par rapport aux enfants. On déposait notre enfant, on faisait un petit bilan et on repartait. Mais on peut pas exprimer beaucoup de choses »

Mme Lattre

Madame Lattre exprime elle aussi la difficulté qu'elle ressent de ne pas avoir d'échanges avec les professionnels, mais contrairement à Madame Natte que l'on a évoqué précédemment, ce que Madame Lattre regrette, c'est de ne pas avoir pu exprimer ce qui se passait dans sa famille pour que le thérapeute prenne tous les paramètres en considération. Ce qu'elle pointe du doigt, c'est qu'on lui refuse un droit de parole. On en revient à l'idée partagée de ces parents

qui considèrent que les problèmes des enfants ne peuvent pas être compris sans les considérer et les analyser dans leur contexte. En réalité, nous pouvons dégager deux aspects derrière cette frustration des parents de ne pas être pris en compte. D'une part, ils ont besoin eux aussi d'extérioriser une situation qui a de nombreuses répercussions sur leur propre vie et leur propre santé mentale. Si la prise en charge de l'enfant passe en priorité, ils ne sont pas toujours disposés à envisager de se faire accompagner à titre personnel, même s'ils en ressentent le besoin. Les parents cherchent ainsi dans la figure du thérapeute de leur enfant, un premier accès à la décharge émotionnelle d'un vécu familial empreint de difficultés multiples. D'autre part, les parents de classes favorisées qui sont sur-représentés dans notre enquête n'ont pas l'habitude de devoir remettre leur existence entre les mains d'une tierce personne. Cela leur demande de faire confiance à un inconnu, d'accepter de se confronter au regard des autres et d'être jugés pour ses pratiques familiales, qui sont d'ordinaire considérées comme les plus légitimes au sein de l'espace social. Tout cela ne va pas de soi. Les parents cherchent ainsi à « garder un œil sur la relation » qui unit le professionnel à leur enfant. En d'autres termes, ils tentent de garder le contrôle sur une relation qui leur échappe. S'ils avaient l'occasion de s'exprimer et d'échanger avec ces professionnels, ils pourraient s'assurer de donner leur « version des faits » et se justifier de ce qui pourrait être perçu dans le discours des enfants comme le signe « d'une mauvaise éducation » prodiguée par les parents.

c) Des rapports conflictuels à l'institution

Que ce soit dans le cadre d'une prise en charge en milieu psychiatrique, au sein d'un corps médical ou en dehors d'un champ formel comme à la Maison des Ados, le même constat est posé : celui d'une relation thérapeutique jugée défailante. Parents et professionnels sont unanimes lorsqu'il s'agit d'exprimer la moindre place accordée aux parents dans la relation thérapeutique. Alors comment expliquer ce constat ? Finalement, on pourrait se dire que ce ne sont pas tant les professionnels en soi qui posent problème mais davantage le rapport que les individus entretiennent avec l'institution. Un constat alimenté par la sociologie puisque Jean-Sébastien Eideliman a notamment montré que certains individus entretiennent un rapport conflictuel à l'institution. Ce dernier élabore notamment une classification de l'attitude des parents face à la psychiatrie et au trouble mental dont est atteint leur enfant en fonction du milieu dont ils sont issus. Qu'ils soient issus d'un milieu aisé ou populaire, leur rapport à la santé mentale n'est pas le même. Eideliman souligne l'idée selon laquelle les parents des classes

populaires sont particulièrement attentifs aux besoins de l'enfant et, par conséquent, acceptent l'aide des professionnels extérieurs.

Penser le rapport au corps médical consiste en premier lieu à s'interroger sur le degré de confiance qu'accordent les malades au diagnostic médical. De cette notion de confiance découle la question de l'observance, c'est-à-dire le degré de respect des prescriptions médicales. De nombreux travaux ont mis en avant des rapports différenciés à la médecine en lien avec les caractéristiques sociales des deux parties de cette relation. Les médecins occupent le plus souvent une position haute dans la stratification sociale, sont très diplômés et surtout à mesure que l'on s'élève dans les strates professionnelles dans le domaine du soin. Un chirurgien est par exemple situé tout en haut de l'échelle sociale par rapport à un généraliste, souvent un peu moins doté. Le psychologue lui, est dans une sorte d'entre-deux. On lui reconnaît une légitimité importante du fait de son statut de docteur et en lien avec les thérapies qu'il met en place. Mais il occupe en même temps une place symbolique qui est en dehors du champ formel de la discipline médicale. Il n'incarne pas l'idée que l'on se fait du médecin qui guérit et qui sauve des vies. Toujours est-il que même s'il existe des une hiérarchie au sein même du corps médical, tous ces professionnels de la santé occupent des positions hautes au sein du paysage social. Dans cette relation parallèle, et pour reprendre l'analyse de Pierre Bourdieu en termes de capitaux, les patients fortement dotés en capital culturel et économique et qui ont un niveau d'études élevé se trouvent dans une situation de proximité avec les médecins. Du fait de cette proximité sociale, les patients acquièrent une légitimité pour prendre part à la relation avec le médecin. De sorte que l'autorité médicale devient de plus en plus instable, le patient remettant en cause plus souvent que les autres les décisions du médecin. Dans ce cas, un bras de fer peut se mettre en place puisque les patients peuvent se sentir sur un pied d'égalité avec le médecin et donc davantage enclins à contester le diagnostic médical. Notre terrain révèle de nombreux éléments faisant état d'un rapport de force entre le monde du soin et les individus fortement dotés.

La plupart de nos enquêtés sont en effet des personnes très diplômées. Parfois, nous avons même eu affaire à des mères occupant un métier du monde de la santé. Toujours est-il que nous pouvons noter une tendance forte de la part de ces mères fortement dotées à remettre en cause l'institution médicale. Une attitude qui s'oppose complètement à ce que des chercheurs comme Antoine Rode dans sa thèse intitulée « Le non-recours aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes. » ont mis en évidence concernant les rapports qu'entretiennent les classes populaires avec le monde médical. Il donne à voir la conflictualité

qui existe entre les plus pauvres et le système de santé, conflictualité qu'il caractérise comme une certaine méfiance voire une défiance envers le système de soins. Son travail met également en lumière l'existence d'une relation basée sur le « mensonge » qui lie le patient et le personnel soignant. En effet, il apparaît que certains patients ne donnent pas toujours l'ensemble des informations concernant leur maladie à leur médecin et notamment sur le degré de gravité de celle-ci. Cette pratique de mensonge et de non-dit est davantage le fait des classes défavorisées car elles ont peur que leurs pratiques soient condamnées ou jugées voire disqualifiées par les médecins. Cette théorie de la disqualification sociale vient de Serge Paugam. Il établit que « *le concept de disqualification sociale renvoie au processus d'affaiblissement ou de rupture des liens de l'individu avec la société au sens de la perte de la protection et de la reconnaissance sociale. L'homme socialement disqualifié est à la fois vulnérable face à l'avenir et accablé par le poids du regard négatif qu'autrui porte sur lui* ». ⁵⁴ Ainsi, la reconnaissance sociale des individus passe par une validation de la part d'autrui. Dès lors que cette reconnaissance est mise en mal dans les interactions avec autrui, c'est alors l'identité de l'individu qui est disqualifiée aux yeux de la société. Ainsi, si on considère ici que l'autrui significatif en question réside dans l'institution, il faut que ces parents acceptent de confronter leurs pratiques éducatives à une institution capable de faire peser sur eux un lourd sentiment de disqualification. Ce qui peut expliquer que ces parents ne se sentent pas toujours à l'aise avec l'idée de se confronter à l'institution, amenant un certain nombre de tensions et de difficultés dans les relations qui les unissent.

II) Des parents déstabilisés par l'épreuve...

a) Des parents culpabilisés qui se culpabilisent

La survenue d'un comportement difficile, quel qu'il soit, chez l'enfant, apparaît très vite comme la mise en échec du rôle parental. En lien avec le processus de responsabilisation de l'individu dans nos sociétés contemporaines, l'apparition d'un trouble, d'une maladie, ou de difficultés quelconques, sont vécues par les parents comme un échec puisqu'ils n'ont pas réussi

⁵⁴ PAUGAM Serge, (2012, 3 février). *Les formes contemporaines de la disqualification sociale* | ceriscope. <http://ceriscope.sciences-po.fr>.

en tant que parent à garantir le bien-être et la bonne santé de leur enfant. Garantir une bonne santé et un bon développement de l'enfant sont deux injonctions puissantes qui sont faites aux parents s'ils veulent être étiquetés comme étant de « bons parents ». La responsabilité que l'institution fait peser sur ces derniers implique un double mouvement de culpabilisation. Le premier versant repose sur les émotions qu'ils éprouvent eux-mêmes en lien avec la charge affective de la relation parent/enfant. Cela implique qu'ils soient naturellement touchés par ce qui arrive à leurs enfants, au-delà du rôle de parent qui leur est assigné. L'autre versant, c'est la société elle-même qui fait peser la responsabilité de ce qui arrive à l'enfant, sur les parents eux-mêmes. Il n'y a qu'à voir l'exemple de la responsabilité juridique qui revient aux parents tant que l'enfant est mineur. Le code civil de 1804 (article 1242, alinéa 4) indique que « *le père et la mère, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux* ». ⁵⁵ Toutes les institutions jouent le jeu de la responsabilisation des parents et le champ médical n'en est pas épargné. Ce qui fait que les parents ont le sentiment d'être souvent désignés comme les coupables du trouble ou du comportement de leur enfant. Il y a une grande homogénéité des discours des parents que l'on a rencontrés qui se sont sentis, à un moment ou à un autre, jugés par les professionnels rencontrés.

« Je me sentais déjà coupable de ce qui lui arrivait. Et quand la psy m'a dit 'de toute façon je peux rien faire de plus, elle parle pas. Et vous, vous l'étouffez. Vous êtes trop stricte, il faut la laisser respirer, vous verrez, ça ira mieux'', je me suis sentie tellement être une mauvaise mère. C'était horrible. Finalement, je me suis dit que tout était de ma faute »

Mme Ronch

Cette culpabilité est d'autant plus forte pour les parents des classes favorisées, sur-représentés dans notre enquête, puisque le trouble psychique de l'enfant porte en lui un certain stigmat. C'est ce que Jean-Sébastien Eidelman expose dans sa thèse sur le handicap mental. Ces parents « *sont en effet confrontés à un malaise particulier du fait de la disqualification sociale que porte avec elle la catégorie de handicap mental.* » ⁵⁶ La notion de disqualification sociale a été développée par le sociologue Serge Paugam, comme nous l'avons évoqué plus haut. Si on s'appuie sur une perspective interactionniste, il n'existe de comportements déviants,

⁵⁵ GEBLER Laurent, « La responsabilité des parents et des établissements du fait des dommages causés par les mineurs », *Journal du droit des jeunes*, 2001/4 (N° 204), p. 8-11.

⁵⁶ EIDELIMAN, J. S. E. (2010, juin). "Spécialistes par obligation" *Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques*.

que parce que les individus sont soumis au regard d'autrui. C'est dans les interactions avec autrui que certains comportements sont étiquetés comme déviants. Ainsi, le trouble psychique passe par le regard de la société et est chargé de représentations négatives qui sont véhiculées à travers les individus. Les classes sociales favorisées, positionnées en haut de l'échelle sociale ont pour habitude d'être celles dont les pratiques sont considérées comme les plus légitimes. Les classes moyennes essayant d'ailleurs de se rapprocher le plus possible du style de vie des classes favorisées pour se distinguer des classes populaires, illégitimes. « *La problématisation du handicap mental se traduit notamment par des sentiments de malaise, de honte ou de culpabilité chez les parents d'enfants considérés comme handicapés mentaux, peut-être plus particulièrement chez ceux qui sont les plus investis dans la prise en charge active du handicap de leur enfant, qui entendent prendre le problème à bras-le-corps et trouver des solutions satisfaisantes* ». ⁵⁷

Les mères, étant les plus investies dans les tâches éducatives sont alors victimes d'un double processus de culpabilisation, qui concerne beaucoup moins les pères. Puisqu'elles sont les plus impliquées, elles ont l'impression d'avoir "raté quelque chose" et se tiennent souvent en partie responsables de ce qui arrive à leur enfant. Aussi, la société elle-même participe à enraciner ce mécanisme. Puisque les femmes sont au-devant des pratiques éducatives, elles sont par conséquent également celles que l'on pointe du doigt lorsque l'enfant rencontre des difficultés. Les institutions jouent le jeu puisqu'elles ont tendance à solliciter les mères en premier lieu lorsqu'il est question de l'enfant. Pour donner un exemple concret, dans les établissements scolaires, lorsqu'un litige apparaît avec un élève, le professeur va naturellement contacter la mère pour la rencontrer. L'institution participe pleinement à ce phénomène de sur-implication des mères.

Ainsi, pour ces mères, le fait de rencontrer des professionnels avec ce genre de discours culpabilisateur leur fait ressentir le sentiment que la situation ne pourra pas avancer. C'est pourquoi bien souvent, elles arrêtent de consulter le professionnel en question et en changent. Nous constatons en effet une tendance forte dans notre panel d'enquêtés à la multiplication des psychologues. Ce phénomène est le plus souvent justifié par les parents comme le fait "de chercher le meilleur pour leur enfant, celui qui correspond à mon enfant". Mais sous couvert de cet argument, c'est plutôt à eux en tant que parents que ces professionnels ne correspondent pas, ce qui peut les pousser à mobiliser divers professionnels de multiples horizons. Ils

⁵⁷ Ibid

cherchent sûrement le professionnel qui saura comprendre leurs difficultés, à l'instar de Madame Lupin, assistante de service social du pôle santé mental d'un hôpital.

Concernant les difficultés générées par les troubles de l'enfant, comment gérez-vous ce que cela provoque comme angoisse chez les parents ?

“Le but c'est d'abord de reconnaître qu'ils font au moins ce qu'ils peuvent, de les déculpabiliser, la question c'est de reconnaître leur culpabilité qu'ils ressentent ou qu'on leur a fait ressentir et de jamais l'alimenter en suggérant jamais qu'ils sont coupables de ce qui leur arrive et de travailler sur la restauration de la communication entre le jeune et les parents.”

Mme Lupin

b) Tous égaux face à la compréhension du diagnostic ?

La compréhension d'un diagnostic, lorsqu'il est posé n'est pas aisée. Elle demande un certain nombre de capacités que tous les parents n'ont pas. Au cours des entretiens réalisés, nous avons mis en exergue l'idée selon laquelle l'explication du diagnostic est une dimension qui est souvent délaissée par le corps médical et pourtant essentielle pour les personnes qui la reçoivent. De sorte qu'il existe là encore un rapport déséquilibré entre d'une part le médecin expert et d'autre part, le patient profane. Des chercheurs ont montré que les patients étaient souvent victimes d'un certain nombre d'injustices vis-à-vis du corps médical, bien qu'on ait dit que la relation se soit rééquilibrée au fil du temps. La sociologue Marion Carrel nous explique à ce propos que « Cette représentation est au cœur de « l'injustice épistémique » analysée par Miranda Fricker (2007). Elle se décline sous deux formes : une dévalorisation de la crédibilité des propos de la personne du fait de son appartenance à un groupe social dévalorisé (injustice de témoignage) et un déficit de ressources interprétatives à disposition des personnes en présence pour analyser la situation (injustice herméneutique).»⁵⁸. De sorte que dans notre enquête, de nombreux parents nous ayant fait part de la difficulté à comprendre ce que traverse leur enfant, peuvent ainsi s'inscrire dans la catégorie des injustices herméneutiques. Bien qu'ils soient majoritairement des parents de classes favorisées, ils ne possèdent pas les ressources

⁵⁸ CARREL Marion, LOIGNON Christine, BOYER Sophie, De LAAT Marianne, « Les enjeux méthodologiques et épistémologiques du croisement des savoirs avec les personnes en situation de pauvreté. Retours sur la recherche ÉQUIsANTÉ au Québec », *Sociologie et Sociétés*, vol. XLIX, n°1, 2017, p. 117-140

pour comprendre des troubles parfois difficiles à interpréter, même pour les professionnels eux-mêmes. Tout n'est pas toujours très clair pour ces parents qui ont du mal à assimiler les notions, encore plus quand elles sont récentes. L'exemple le plus parlant, c'est celui de Madame Tulle qui nous parle de la transidentité de son enfant, expliquant qu'elle avait besoin d'informations sur ce sujet, informations qu'elle a eu beaucoup de mal à trouver.

« Je ne comprenais pas trop ce que ça voulait dire. J'avais besoin d'en savoir plus. Parce que bon, la transidentité, c'est compliqué quand même à comprendre, on sait pas forcément. Fin moi je n'en avais pas trop connaissance avant. Et puis ça a des conséquences médicales qui me faisaient peur. Mais bon, les médecins ils n'ont pas le temps de faire ça, je comprends. Mais ici à ARPEJ, ce n'est pas non plus leur rôle de connaître toutes les maladies, c'est pointu quand même. »

Mme Tulle

Ce qui est particulièrement frappant dans cet extrait, c'est de voir que Madame Tulle termine en disant qu'elle comprend qu' "ARPEJ ne connaît pas toutes les maladies". En exprimant cela, elle associe la transidentité à une maladie. Or, la transidentité ne fait désormais plus partie du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Pourtant, Madame Tulle continue de faire l'amalgame et de considérer la transidentité comme une maladie dont serait affecté son enfant, expliquant qu'elle cherche des informations sur ce "trouble". Cette attribution de la transidentité à la catégorie des maladies témoigne de la difficulté pour ces parents d'interpréter toutes les dimensions d'un diagnostic. Cependant, les mères que l'on a rencontrées se différencient d'autres types de parents car elles mettent tous les moyens en œuvre pour se renseigner. Même si elles véhiculent un certain nombre d'interrogations et d'incompréhensions voire d'erreurs comme dans le cas de la transidentité, elles n'en sont pas moins actives pour corriger cela. Jean-Sébastien Eideliman parle d'une "quête diagnostique permanente"⁵⁹ de la part des parents. Ces derniers se mettent systématiquement en action pour ne pas rester passifs face à la situation.

A l'image de Madame Tulle qui a besoin qu'on lui explique ce que traverse son enfant, qu'on réponde à ses questions et qui cherche à obtenir des éléments d'explication. Cependant, elle conçoit le fait que les médecins n'aient pas nécessairement le temps de faire ce travail

⁵⁹ EIDELIMAN, J. S. E. (2010, juin). "Spécialistes par obligation" *Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques*.

d'approfondissement. Par conséquent, selon elle, mais aussi selon trois autres mères de notre panel, c'est à des structures annexes qu'il devrait revenir ce rôle de relayer et de transmettre de l'information médicale. Ainsi, ce besoin d'information est une dimension fortement valorisée par les parents mais qui est pourtant jugé comme "encore largement non couvert."

III) ...Mais qui ne baissent pas les bras

a) La mobilisation des parents à de multiples niveaux

On pourrait alors se dire que faire appel à des dispositifs extérieurs à la famille intervient parce que les parents ne savent plus quoi faire et qu'ils attendent des professionnels qu'ils trouvent des solutions à leurs problèmes, à leur place. Comme une façon d'abandonner leur sort à des professionnels plus qualifiés. Cependant, le recours à ce type de dispositif apparaît au contraire comme l'une des nombreuses ressources que les parents mobilisent dans leur parcours. Pour certains d'entre eux, il s'agit d'une énième porte à laquelle ils viennent frapper alors même qu'ils ont déjà essayé diverses autres choses qui n'ont pas été satisfaisantes jusque-là. Ainsi, les parents sont extrêmement actifs et cherchent des solutions pour aider leur enfant : parfois en leur trouvant des espaces de thérapie, en cherchant à leur obtenir des rendez-vous dans les institutions psychiatriques mais parfois aussi auprès d'autres établissements et dispositifs en lien avec les difficultés de l'enfant, sans en passer par une explication psychique. C'est le cas de Mme Brodelle, maman qui élève ses fils seule suite au décès de son conjoint qui cherche tous les dispositifs de formation et de poursuite d'études pouvant convenir à son fils en rupture scolaire. Ce dernier, ayant développé une phobie scolaire liée à du harcèlement subi au collège puis déscolarisé, Mme Brodelle est très inquiète de savoir ce que son fils pourra faire pour préparer son avenir professionnel sans passer par des études classiques avec d'autres élèves.

« On a regardé CAP etc aussi pour la cuisine il y avait de la théorie donc ça c'était mort ça lui fait peur. Il a de toute façon beaucoup de travail à faire niveau psycho mais qu'est ce que je peux trouver comme structure pour qu'il soit pris en charge à la fois psychologiquement et sa construction dans le temps ? Il y a une piste, on a trouvé ça avec

mon compagnon : une école de cuisine. On lui a proposé. Mais c'est vrai que je propose plein de trucs mais je peux pas non plus faire les démarches à sa place, il faut que ça vienne de lui. La dernière fois, il a passé un entretien pour un séjour de 6 mois à l'étranger. Mais comme c'est moi qui avais monté tout le dossier, à l'entretien, la femme elle a senti qu'il était pas à fond. Et c'est mort, ils préfèrent prendre des gens qui sont vraiment investis ».

Mme Brodelle

Cette citation de Madame Brodelle est à analyser au regard des théories affirmant que la maladie mentale intervient comme une rupture dans la biographie de l'individu. Ce dernier doit faire reconnaître un nouveau statut auprès de la société, et procéder à des ajustements pour intégrer plus ou moins la maladie et ses bouleversements dans son quotidien. On en revient de nouveau à un travail que le patient doit engager pour la reconnaissance de sa propre identité. Là encore, le patient n'a plus rien de la figure passive qu'il pouvait avoir par le passé. Il doit dorénavant pleinement s'impliquer dans sa trajectoire pour la « reconstruire ». Cependant les travaux sur la rupture biographique que constitue la maladie chronique sont divers et certains sont amenés à remettre en cause cette vision trop radicale d'une cassure. C'est notamment Michaël Voegtli, docteur en science politique et en sociologie en 2004 qui théorise davantage les choses comme étant une « *succession d'événements et de positions sociales* » et que l'individu est chargé de réaliser un travail de mise en cohérence de ces événements et de ces positions afin de construire une trajectoire logique et cohérente. Pour Voegtli, plutôt que de s'intéresser uniquement à ces points de rupture biographiques, il propose une réflexion sur ce « *travail de mise en cohérence réalisé par l'individu entre son histoire passée, son présent et ce qu'il envisage pour l'avenir.* »⁶⁰. Or, nous avons pu constater que les troubles de l'enfant, qu'ils soient purement psychiatriques ou de l'ordre de difficultés du comportement, de difficultés scolaires (etc) sont autant d'éléments qui constituent une rupture de l'ordre familial. Ils impliquent par conséquent des réajustements et des adaptations de la part de l'ensemble de la famille. Les parents sont plus que jamais investis et ce travail sur la trajectoire est finalement surtout le fait des parents. Ceux-ci prennent à cœur cette mission qui leur incombe « d'aider » leur enfant. Comme Madame Brodelle par exemple qui propose en permanence des solutions à son fils pour qu'il poursuive sa formation scolaire. Une démarche dans laquelle elle se sent tellement investie qu'elle identifie elle-même que cela peut poser un certain nombre d'écueils.

⁶⁰ VOEGTLI, M. (2004). *Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence – Lien social et Politiques* –. Érudit.

On assiste alors à un surinvestissement de la mère dans des cas où le jeune est parfois en situation de sous-investissement vis-à-vis de sa propre situation. Cet écart important se matérialise par une mise en échec des solutions apportées par la mère du fait d'une difficile mobilisation du jeune. Le constat de Madame Brodelle selon lequel, "*[elle] peut pas non plus faire les démarches à sa place, il faut que ça vienne de lui*" témoigne de la nécessité d'une activation conjointe de l'enfant présentant des troubles et de ses parents pour affronter la situation réaliser ce travail de "mise en cohérence de la trajectoire". Dans ces situations de troubles relevant de la santé mentale, ces trajectoires sont davantage le fait des familles que des personnes individuelles.

b) L'activation des ressources disponibles

Dans les entretiens recueillis, les parents font souvent le constat des manques auxquels ils sont confrontés. Que ce soit un manque de communication de la part des professionnels vis-à-vis de leur enfant, d'informations médicales ou encore de conseils dont ils auraient besoin. Mais ces manques qu'ils constatent sont d'autant plus dénoncés par les parents que ce sont déjà des dispositifs qu'ils sollicitent pour compenser leurs propres lacunes. Ce sont des parents qui sont capables de prendre du recul sur leurs propres compétences et capacités à faire face à la situation. Ils savent exprimer qu'ils ne sont pas armés pour comprendre les troubles de leur enfant ni la manière de les gérer. C'est pourquoi, ils parviennent à se mettre dans une position de demande d'aide. Et, dès lors que les thérapeutes et le corps médical ne parviennent pas à combler leurs lacunes malgré leurs efforts, ils pourraient s'arrêter à ce constat de défaillance des dispositifs d'aide de l'enfant en place et accepter l'échec. Pourtant, ils reconnaissent qu'ils sont démunis, qu'ils ne comprennent pas tout, qu'ils ne savent pas quoi faire. Ces constats pourraient les disqualifier et être très stigmatisants, surtout pour des parents de classes aisées. Cependant ils mettent en place une stratégie de retournement du sens de ce constat d'échec en mettant tout en œuvre pour compenser leurs lacunes. Ces mécanismes de compensation passent par la mobilisation de toutes les ressources à leur disposition. Les classes sociales favorisées sont déjà celles qui sont les plus dotées en termes de capitaux si on reprend l'analyse de Pierre Bourdieu. Ils ont des niveaux de capital culturel, social et économique plus élevés que les autres. On l'a vu, leurs ressources sociales leur permettent de ne pas être seules face à leurs difficultés. Ce sont des parents qui sont bien entourés. Mais ils sont aussi capables d'aller chercher les ressources en dehors d'eux-mêmes. Ils se renseignent par eux-mêmes, cherchent les

informations par tous les moyens qu'ils peuvent mobiliser : la lecture de la littérature relative au sujet qui les intéresse, les informations disponibles sur internet, la discussion sur des forums avec d'autres parents etc. Certains vont aussi frapper à la porte d'associations en lien avec la problématique de leur enfant. Mme Tulle nous livre son expérience des associations sur la transidentité qu'elle est allée consulter car elle manquait cruellement d'informations sur les aspects psychologiques et médicaux de la transidentité.

« Moi dans un premier temps, je me suis pas mal tournée vers les associations transgenre, j'ai fait des pas vers les autres et tout. Au départ on n'en croit pas ses yeux et ses oreilles, on croit que c'est une lubie surtout comme ça s'est présenté. Voila, j'ai vu deux trois asso' transgenre différentes, voilà c'est particulier. Parce que j'arrivais pas à comprendre comment ça peut arriver. Mais le problème, c'est que l'intervention des associations transgenre c'est hyper limitée au niveau de ce qu'ils peuvent apporter. En plus, elles sont pas beaucoup déjà les associations, mais en plus de ça, elles se font la guerre entre elles alors du coup, le temps qu'elle passe à se battre pour des affaires de locaux ou autres, bah elles le passent pas à nous expliquer les choses qu'on cherche à comprendre. Déjà qu'ils représentent une minorité. Ils auraient plutôt intérêt à être soudés pour faire face à ceux qui sont dans l'intolérance. Moi j'étais déçue parce que je suis arrivée pour avoir un soutien et de découvrir des mesquineries comme ça, c'est nul. »

Mme Tulle

Mme Tulle fait de nombreuses démarches pour tenter de comprendre ce que traverse sa fille en mobilisant *a priori* les ressources adaptées. Cependant, elle pose le constat d'un dysfonctionnement assez important de ces structures. Un constat qui lui complique la tâche puisque ça l'oblige à trouver de nouveaux modes d'aide. Dans l'entretien, c'est d'ailleurs d'abord en mettant en lumière cet échec auprès des associations mobilisées au préalable qu'elle justifie être venue contacter les professionnels d'ARPEJ. Comme une nouvelle tentative de réussir là où ça ne fonctionne pas ailleurs. Ainsi, les mères se disent prêtes à faire la démarche de solliciter ce type de structures dans la dynamique de "quête diagnostique" qui les anime. Mais encore faut-il que les structures compétentes existent et qu'elles remplissent le rôle qui en est attendu. Ce qui est loin d'être toujours le cas, comme pour Madame Tulle qui considère que sa venue dans les associations spécialistes de la transidentité a été un échec dans la mesure où elles n'ont pas comblé ses attentes.

c) Être aidé en tant que parent pour pouvoir aider son enfant

Il est alors légitime de se questionner sur la frontière entre l'aide apportée à l'enfant et celle apportée aux parents. Bien souvent, les parents que l'on a interrogés considèrent que leur objectif, c'est toujours d'aider leur enfant. Dans quelle mesure alors, l'accompagnement parental intervient comme l'une des nombreuses ressources mobilisées par les parents pour, à terme, venir en aide à leur enfant. C'est ce processus complexe de mise en action des parents que l'on cherche à analyser. On l'a vu, la première cible d'un accompagnement, c'est l'enfant. C'est auprès des professionnels tournés vers le « cas » de l'enfant que les parents cherchent à trouver des réponses en premier lieu. Or, c'est là qu'apparaît un point de tension : le sentiment que les parents ont d'être plus ou moins bien intégrés dans la relation de soin qui unit leur enfant à son thérapeute. Car même s'ils savent pertinemment que l'enfant est pris en charge, ils considèrent qu'ils ont une place à occuper dans ce processus. Les parents ne veulent pas être des éléments passifs du système. Ils ont beaucoup de mal à vivre le fait d'être mis à l'écart. C'est notamment pour cela qu'ils ont souvent besoin d'obtenir les clés de compréhension de la situation de leur enfant et se mettent en action pour trouver d'autres sources de soutien. En tant que représentants de la famille, institution primaire dans laquelle évolue l'enfant, ils se doivent de tout mettre en œuvre pour réguler la situation familiale. C'est pourquoi, ces parents ont souvent eux-mêmes recours à des professionnels pour les aider à traverser l'épreuve que constitue la gestion du trouble psychique de leur enfant.

La plupart de nos enquêtés ont ainsi eu recours à leur propre suivi thérapeutique pour tenter d'extérioriser la situation. On les trouve dans une démarche active de demande d'aide et de mobilisation de toutes les ressources disponibles pour traverser cette épreuve. Ce qu'ils recherchent en premier lieu, c'est de parler à une tierce personne qui pourra les aider à gérer différents aspects de leur problème : « *je ressens du stress et de l'angoisse de ne pas être le meilleur parent* » ; « *ai-je la bonne conception de l'autorité : suis-je trop stricte ou trop laxiste ? Quelles limites dois-je mettre ?* » ou encore, « *Je suis angoissée à l'idée que mon enfant se mette en danger, ça m'empêche de vivre...* ». Les principaux sujets qu'ils souhaitent aborder avec leur propre thérapeute ne sont pas purement personnels. Les parents qui consultent, cherchent avant tout à exprimer les interrogations qui les traversent à propos de leur positionnement au sein de leur famille et auprès de leur ou de leurs enfants. D'ailleurs, nous nous sommes rendus compte que la grande majorité des parents rencontrés ne considèrent pas qu'ils viennent chercher de l'aide pour eux-mêmes. Ils ressentent le besoin au cours de

l'entretien de justifier le fait qu'ils sollicitent un accompagnement pour que l'aide qui leur est attribuée de manière individuelle soit au service de toute la famille. Cet accompagnement parental est perçu comme un investissement qu'ils font pour aider leur enfant sur le long terme. D'ailleurs, c'est là qu'il existe une frontière importante entre le suivi thérapeutique des parents auprès d'un psychologue et celui dont ils ont réellement besoin.

Cependant, on peut diviser en deux groupes à peu près équitables nos entretiens. Sur les vingt pères et mères qui nous ont révélé avoir consulté un psychologue à titre personnel, neuf ont trouvé que cela leur avait été utile et onze d'entre eux ont souligné qu'ils ne se sont pas sentis suffisamment compris. Pour Madame Prado, la thérapie proposée par la psychologue ne lui a pas convenu dans la mesure où cette dernière lui a exprimé des propos qu'elle juge violents. Nous prenons la liberté d'utiliser le terme fort de "violent" puisque Madame Prado elle-même fait l'analogie des propos reçus de la part de la psychologue au fait d'avoir physiquement reçu "deux baffes" :

« Mais c'est ça être maman ! ». J'ai dit « Bah non, il faut que ce soit un équilibre ! Je veux pas être que la gendarmette. Je veux pouvoir aussi passer des bons moments. Pour la fois d'après elle m'a demandé de dessiner la famille idéale que je voudrais avoir et la famille que j'ai réellement. Je vous prie de croire que j'ai annulé le rdv suivant parce que je ne me sentais pas très comprise. Je suis ressortie de là en pleurs. Je m'attendais à avoir une main tendue et au final, c'est deux baffes que j'ai reçues »

Mme Prado

Les parents dénoncent souvent le fait selon lequel les psychologues ne répondent pas à leurs attentes, une relation au psychologue souvent porteuse d'incompréhensions. Dans le sens où le psychologue a pour vocation d'être là pour aider son patient à se livrer, il l'écoute et contribue à le faire réfléchir sur sa propre situation. De ce point de vue-là, nos enquêtées dénoncent souvent le fait que le psychologue recentre en permanence la conversation sur le cas de son patient, sans dévier la conversation sur le reste de la famille. Or, ils associent le fait de consulter un psychologue, justement parce qu'ils ressentent le besoin d'aborder les problèmes dans leur globalité, c'est-à-dire en l'occurrence, les problèmes qui touchent leur famille et qui affectent leur rôle de parent. C'est pourquoi souvent, si ce suivi psychologique n'est pas satisfaisant, les parents vont continuer de se mobiliser pour trouver de nouvelles formes d'accompagnement à la parentalité pour répondre aux besoins que l'on vient de mettre en

lumière. De sorte qu'ils vont avoir tendance à multiplier les professionnels. On a en effet dans notre panel, une tendance forte à la multiplication des professionnels rencontrés car considérés comme « *pas adaptés à la situation* », « *ne comprenant pas ce que je veux dire* », « *n'apportant pas l'aide que j'attends* ». Autant d'arguments qui sont mobilisés pour justifier le fait que ces parents s'ancrent dans une quête perpétuelle du « bon professionnel ». Ce que ces parents entendent par « bon professionnel », c'est justement, celui qui va être en mesure de comprendre la situation, de se mettre à la place de la mère et/ou du père, d'écouter mais aussi d'aborder les sujets de préoccupation des parents, ceux pour lesquels ils viennent consulter. Car à terme, ils consultent pour être mieux armés face à la situation familiale et ainsi trouver des clés pour aider l'enfant à régler ses problèmes.

Pour le couple suivant, il est essentiel de considérer qu'un enfant ne peut pas aller mieux si ses parents vont mal et sont déstabilisés par la situation.

« Tous les psychologues et les psychiatries le disent mais on peut pas non plus faire avancer les choses si on aide pas les parents, d'autant si les parents vont mal, ce qui était notre cas, l'ado reste l'enfant de ses parents, des parents qui vont mal ils vont pas pouvoir aider leur ado alors si on s'occupe pas des parents c'est un leurre de penser qu'on va pouvoir l'aider. Maintenant que j'ai un peu de recul sur la situation, ça me paraît d'une évidence absolue »

Mr et Mme Carmelo

Ainsi, parents et enfants sont intrinsèquement liés et interdépendants. Le soutien que les parents vont chercher auprès des dispositifs d'accompagnement parental fait donc partie d'un système autour duquel gravitent à la fois les parents et les enfants. Les besoins de ces parents émanent tout à la fois des difficultés de santé mentale rencontrées par leurs enfants mais également des conséquences qu'elles peuvent avoir au sein même des familles.

Chapitre 4 : Les enjeux de l'accompagnement parental

l) La connaissance et l'orientation des parents vers des structures d'accompagnement parental

a) Le mécanisme d'orientation des professionnels de structures médico-sociales vers l'accompagnement parental

De manière générale, nous pouvons dire que les familles se rendent dans des structures d'accompagnement parental comme ARPEJ, pour compléter un accompagnement de diverses structures médico-sociales, tel que les Centres Médico Psychologiques ou encore La maison des adolescents, dans le cadre du suivi de l'enfant.

D'ailleurs, nous avons rencontré plusieurs professionnels qui nous éclairent sur le mécanisme d'orientation des parents vers ARPEJ. En effet, plusieurs parents sont conduits vers des dispositifs d'accompagnement parental par des professionnels, tel qu'une assistance sociale d'un CMP, ou encore un professionnel de la Maison des Adolescents.

Dans le monde médical, cette aiguillage des parents intervient dès lors que le professionnel, en charge du suivi thérapeutique de l'enfant, juge la présence des parents contraignante, envahissante dans l'espace du suivi de l'enfant et ainsi, freiner son processus de guérison.

« il faut vraiment préserver l'espace de l'enfant, il y a l'espace thérapeutique de l'enfant et les parents viennent un peu l'envahir ».

Mme Terrier

Ce mécanisme d'orientation résulte d'une prise de décision de la part de certains professionnels, dans l'intérêt du suivi médical de l'enfant, mais aussi, dans le rôle que les parents ont à jouer. Les professionnels du corps médical nous mettent en lumière l'idée que dans certaines situations, des difficultés de gestion émotionnelle des parents ou encore de

compréhension de la situation, impactant le rôle éducatif des parents, les amène à proposer une orientation plus adaptée aux besoins des parents. Les compétences des professionnels en termes d'accompagnement parental ne constituent pas une ressource suffisante pour les parents, ce qui motive leur orientation vers des structures capables d'y répondre adéquatement.

Cette orientation se concrétise dès lors que le premier contact se fait entre les parents et les membres de la structure d'accompagnement parental concernée. Les professionnels du corps médical ne sont pas à l'initiative de cette prise de contact mais, informent les parents de l'existence du dispositif et leur laissent la liberté de le solliciter.

Cependant, lorsque nous nous écartons du monde médical en se rapprochant des structures d'accueil, d'écoute, et d'information comme la Maison Des Adolescents, la conception de la prise en charge de l'enfant est différente pour les professionnels. L'orientation vers les structures d'accompagnement comme ARPEJ ne semble pas liée à une présence étouffante des parents bien au contraire, ils cherchent à les impliquer. Les professionnels que nous avons rencontrés pointent du doigt la nécessité d'instaurer une alliance entre les parents et l'enfant, dans le cadre du suivi de ce dernier.

« Je pense que c'est pas des alliés ni frein je pense que c'est indispensable, pour moi on ne peut pas considérer le travail de l'enfant sans les parents, il nécessite d'avoir les parents avec ».

Docteur Fraisse

Ce mécanisme d'orientation des structures, comme la Maison des Adolescents, semble aller dans le sens d'une meilleure prise en charge de l'enfant. Ce dernier s'organise dans l'intérêt des besoins des parents, des enfants et des professionnels, au travers d'un dialogue aboutissant à des décisions, toujours dans l'intérêt du suivi de l'enfant.

Néanmoins, certains parents vont s'orienter volontairement vers des structures d'accompagnement comme ARPEJ. En effet, comme dit précédemment, les relations entre le corps médical et les parents se révèlent déséquilibrées, défailtantes et insuffisantes. Ces parents n'ont pas le sentiment d'être suivis de la manière attendue, empêchant toute évolution liée à la santé mentale de leur enfant. Ces relations jugées imparfaites pour ces parents avec le monde médical empiètent également leur propre équilibre mental. L'orientation des parents vers des

structures d'accompagnement parental semble alors nécessaire, afin de répondre à leurs attentes.

b) L'importance des ressources sociales, familiales et professionnelles

ARPEJ semble être un dispositif dont l'existence n'est pas toujours mise en avant. Aucun de nos enquêtés ne nous a informé qu'il était suivi, sans avoir eu de ressources extérieures permettant de connaître son existence et de ce fait, faire la démarche. Cette arrivée des parents vers des structures d'accompagnement parental s'explique majoritairement par l'existence et la mobilisation de ressources sociales, familiales et professionnelles qui les entourent. En effet, cet entourage semble être un avantage pour certaines familles afin de connaître ARPEJ. Des échos positifs d'amis ou de collègues ayant déjà sollicité ARPEJ, des conseils amicaux ont conduit certaines familles à faire confiance au dispositif.

« j'ai connu ARPEJ grâce à des amis qui viennent aussi ici et qui me l'ont vraiment conseillé ».

Mme Botte

De plus, des proximités professionnelles plus propices à ce genre d'orientation ont permis à ces familles de se tourner vers des structures d'accompagnement parental. L'accessibilité à ce genre de dispositif semble se faciliter selon la profession des parents. Par exemple, parmi nos enquêtés, certaines mères faisant partie intégrante du monde médical, expriment connaître ARPEJ grâce à leurs ressources professionnelles.

« Là j'ai pu connaître facilement ARPEJ en m'appuyant sur mes ressources professionnelles. »

Mme Sourire

ARPEJ intervient donc comme une porte de secours pour ces parents désarmés face à la situation. La capacité des structures médicales à combler les besoins d'accompagnement parental des familles concernées par des problématiques de santé mentale de leur enfant, est insuffisante, insatisfaisante, expliquant l'existence de ce genre d'association compensatrice.

Nous allons mettre en exergue l'idée selon laquelle les structures d'accompagnement parental se présentent comme des dispositifs essentiels à légitimer, au vue des effets positifs qu'ils dégagent, en termes de gestion des émotions des parents, de leur vie sociale, familiale, conjugale et professionnelle et du rôle éducatif qu'ils ont à jouer, en vue de l'amélioration de la santé mentale de leur enfant.

II) Des besoins multidimensionnels : l'accompagnement parental, une activité qui doit s'adapter à la pluralité des attentes

A travers l'analyse de nos entretiens, nous pouvons dire que l'accompagnement parental semble apporter une réelle contribution à notre panel, à la fois dans leur rôle de parent, mais aussi dans l'amélioration des problématiques qui touchent leurs enfants. Ces derniers évoquent majoritairement une grande satisfaction quant à la prise en charge de leurs besoins par ARPEJ. Nous constaterons que les besoins d'accompagnement parental sont multiples. Pour certains, ces besoins semblent à l'origine de nombreuses conséquences sur les différents temps de vie des parents, à l'arrivée d'une problématique chez leur enfant.

a) La diversité de besoins d'accompagnement parental

Nous l'avons vu précédemment, la plupart de nos enquêtés déclarent avoir connu certaines insatisfactions face à l'accompagnement médical. De plus, ces derniers connaissent des conséquences dans l'organisation de la vie quotidienne, ainsi que dans leur différents temps de vie à la fois sociale, conjugale, familiale et professionnelle. L'arrivée de problématique de santé mentale chez leur enfant va provoquer une perturbation dans la dynamique de vie des parents, déclenchant des besoins d'accompagnement parentaux. Ces conséquences multiples vont être à l'origine d'un besoin essentiel de soutien à la parentalité pour ces familles qui se retrouvent sans solutions et désarmés. Nous analyserons donc ces besoins pluriels et diversifiés de par la multiplicité des expériences ou des récits de vie de notre panel d'enquêtés.

a.1) Des structures d'accompagnement parental attrayantes

Pour commencer, notre panel met l'accent sur l'importance de la conception des locaux d'ARPEJ et de sa façade extérieure. Sur 27 enquêtés, 10 parents valorisent la manière dont ce dispositif est mis en avant. La structure ressemblerait à une « maison » et serait construite discrètement à l'abri des regards, contrairement aux autres grandes enseignes médicales qui, à cause de la structuration de leur bâtiment et des locaux, rendent la démarche d'accompagnement plus formelle, institutionnelle et moins agréable. Les institutions médicales, avec leur grande plaque à l'entrée des établissements, ancrent le statut de ce dernier, ce qui influence considérablement la manière dont les usagers vont appréhender la prise en charge, avec une architecture insécuritaire et stigmatisante des enseignes médicales.⁶¹

A l'inverse, la conception extérieur et intérieur d'ARPEJ, grâce à son côté familial et plus normatif, semble être une manière pour ces parents de se sentir en confiance avec les professionnels, de se trouver dans un contexte plus accueillant, chaleureux, agréable afin de faciliter la confiance des parents qui n'est pas toujours évidente selon les sujets évoqués.

« ARPEJ quoi vraiment rien que le lieu il est vraiment bien je trouve c'est dans une maison c'est très familiale à la base j'avais peur de me retrouver dans un hôpital etc fin le fait que ce soit dans un quartier bah on a l'impression d'aller chez des amis quoi fin voilà le lieu fait beaucoup aussi je pense. »

Mr et Mme Jacquie

Pour ces parents, ce besoin de proximité affective dans la prise en charge, peut s'expliquer par une distance hiérarchique qui se creuse davantage entre eux et les professionnels du monde médical. En effet, dans l'institution médicale, chaque personne est assignée à un rôle, doit tenir une certaine distance avec ces usagers.⁶² Cet espace hiérarchisé, par la distinction de la définition des rôles à jouer pour chaque professionnel assigné à la prise en charge d'un individu, s'oppose à la proximité affective présente au sein de la structure d'ARPEJ.

⁶¹ DARGERE Christophe, (2014). La stigmatisation des adolescents placés en institution médico-sociale. *Déviance et Société*, Vol. 38(3), 259 -284

⁶² VANDER BORGHT Christine, (2003). Violence des institutions, violences en institution. *Thérapie Familiale*, 244-337

En effet, les relations entre les parents concernés par les problématiques de santé mentale de leur enfant et les professionnels du monde médical s'opposent à celles des professionnels des structures d'accompagnement parental. Certains parents de notre panel valorisent le regard attentif que les professionnels portent à leur égard, même lorsque cela sort du contexte directement de la prise en charge du parent concerné. Les proximités relationnelles entre les professionnels d'ARPEJ et les parents semblent primordiales pour ces derniers, favorisant leur confiance envers le dispositif et leur importance, leur considération qu'ils ne retrouvent pas dans les institutions médicales.

“On est bien accueilli quoi, on nous considère vraiment, c'était un jour il y a quelques années, c'était mon anniversaire et ils m'ont fait un gâteau et j'ai trouvé ça génial, c'était vraiment touchant les gens ont pensé à moi, des gens que j'avais jamais vu sont venus ont discuté avec moi et tout”.

Mr Martin

En somme, nous pouvons donc dire que la structuration et la proximité affective, entre les professionnels et les parents au sein d'ARPEJ, leur permet d'appréhender au mieux l'accompagnement parental. Aussi, nous allons mettre en lumière la place essentielle de la gratuité, rendant la démarche accessible à tous.

a.2) La gratuité de l'accompagnement parental : le soulagement financier des prises en charge

De manière générale, notre panel représente une population de classes moyennes ou supérieures, avec des niveaux de diplômes plutôt élevés. Malgré la situation économique favorable des parents, l'importance de la gratuité de l'accompagnement parental est une dimension redondante dans les entretiens que nous avons réalisés.

« il y a un besoin d'accompagnement qui n'est vraiment pas facile à trouver, mais chez ARPEJ ce qui est vraiment bien c'est que c'est gratuit quoi c'est important »

Mme Matard

Ce point important accordé à l'aspect financier s'explique par le coût de la prise en charge élevés dans les structures médico-psychologiques par exemple. Dans certains cas, les parents doivent assurer la prise en charge de leur enfant mais aussi la leur. Nous l'avons vu, certaines situations amènent donc les parents à devoir consulter un psychologue par exemple, afin de prendre en charge leur propre santé mentale, fragilisée par l'arrivée de problématique de santé mentale chez leur enfant.

Néanmoins, malgré la surreprésentation de notre panel d'une catégorie de population moyenne ou supérieure, certains parents nous font part d'une incapacité financière dans la prise en charge de leur propre santé mentale les obligeant à faire des choix, et à la laisser de côté afin d'assurer au maximum celle de leur enfant.

« Moi j'ai espacé mes rendez-vous avec mon psychiatre parce que ça devient beaucoup trop cher. Moi je suis adulte en plus donc je suis encore moins remboursé, en terme financier c'est un gouffre, on m'a dit que je pouvais changer mais ce serait une demi heure pour 30 euros et 50 euros pour 1 heure donc je préfère que ce soit ma fille pour 1 heure. »

Mme Botte

La gratuité de l'accompagnement parental semble un besoin essentiel pour ces parents qui, dans certains cas, n'arrivent plus à assurer leur équilibre mental, pouvant avoir des répercussions sur le processus de guérison de leur enfant.

De plus, les enquêtés qui insistent sur cette dimension semblent être des parents qui, dans leur accompagnement antérieur ou parallèle à celui d'ARPEJ, ont multiplié les professionnels médicaux. Cette prise en charge médicale semble d'autant plus complexe à assurer financièrement qu'elle ne concerne pas uniquement l'enfant, mais aussi les parents.

Comme dis précédemment, 16 parents sur 27 nous informe avoir été suivi ou sont en cours de suivi par un psychologue, un psychiatre ou une structure médico-psychologique parfois en lien avec l'arrivée de la problématique du jeune. Parmi ces parents, 10 d'entre eux nous confient rencontrer des difficultés financières, d'où l'importance pour eux d'être redirigé vers des structures d'accompagnement parental comme ARPEJ, accessible à tous. Ce constat renforce l'idée selon laquelle les coûts de prise en charge des professionnels dépassent les

capacités économiques des parents, ce qui déclenche le besoin d'avoir recours à des dispositifs gratuits et ouverts à tous.

De plus, pour 2 de nos enquêtés, ce besoin d'accompagnement parental gratuit s'intensifie à l'arrivée de plusieurs problématiques de santé mentale concernant au moins deux de leurs enfants, entraînant des frais de prise en charge élevés avec une multiplication des professionnels médicaux.

« je n'y arrive plus à force ça devient beaucoup trop chère pour moi quoi surtout que j'ai plusieurs enfants donc je pense que le fait que ce soit gratuit chez ARPEJ ça m'aide beaucoup et c'est aussi une des raisons qui m'a poussé à venir ici ».

Mme Matard

a.3) La déculpabilisation : l'incrimination des parents par l'entourage

En somme, cet accompagnement médical en lien avec la problématique du jeune jugée défaillant, insuffisant, et culpabilisant pour les parents, a provoqué l'apparition d'autres besoins essentiels d'accompagnement parental. En effet, des conséquences en termes de confiance, d'estime de leur rôle parental sont à souligner à cause de ce discours culpabilisateur des professionnels. Ces derniers remettent en question leur style éducatif et leur potentielle implication dans l'apparition des problématiques de santé mentale de leur enfant, rejetant ainsi, la faute sur les parents. D'ailleurs, certaines mères font partie de groupes de parole sur la confiance en soi pour être revalorisées dans leur rôle de mère.

Pour ces parents concernés par ces discours qui les tiennent pour responsable de la situation endurée, tous nous expriment de manière insistante ce besoin d'être déculpabilisé, d'être compris, d'être rassurée dans leur rôle parental et de ne pas d'être incriminé comme ils l'ont été auparavant.

« Pas de reproche, vraiment un accompagnement dans le positif, valorisant et déculpabilisant pour le parent, ils rendent pas fautifs qui que ce soit on essaye juste de s'y retrouver là dedans et du coup on sent qu'il y a de la bienveillance réelle ». **Mme Billard**

Ce sentiment de culpabilité chez les parents ne semble pas toujours venir des discours que les professionnels tiennent à leur égard. L'entourage social et familial semble en être également la cause.

En effet, nous l'avons vu, dans certains cas, l'arrivée d'une problématique de santé mentale chez l'enfant amène à des ruptures ou des éloignements avec l'entourage amical et/ou familial. Ces changements sont parfois la conséquence d'amis ou encore de membre de la famille qui cherchent à rejeter la faute sur les parents en adoptant un discours d'incompréhension et de jugement face à l'inquiétude de ces derniers

« Les réactions étaient diverses et variées certains ont pas compris qu'elle était encore dans cet état là au mois d'août quelqu'un de la famille a dit elle a qu'à se remuer quoi ils se rendent pas compte ».

Mme Botte

Au travers des relations amicales et familiales, pour 4 parents de notre panel s'exprime un sentiment de culpabilité et d'incompréhension de la situation provoqué par l'entourage. L'attitude de l'enfant ou encore les angoisses que la situation engendre chez les parents sont parfois incompris, alimentant le besoin d'accompagnement parental, afin de re valoriser le rôle de parent et ne pas responsabiliser ces derniers.

Entre autre, nous pouvons affirmer que la culpabilité ressentie chez ces parents, provoquée par l'entourage amicale, familiale, ou professionnelle nourrie ce besoin d'accompagnement parental déculpabilisant et compréhensif, pour ces parents en perte de d'assurance et de crédibilité face à leur rôle éducatif parental.

a.4) La dégradation des relations parent-enfant à l'origine des besoins

Après avoir mis l'accent sur les besoins des parents alimentés par la transformation des relations sociales et intrafamiliales à l'arrivée d'une problématique de santé mentale chez l'enfant, nous allons maintenant nous attarder sur les relations entre parents et enfants qui, dans certains cas, sont très impactés.

En effet, les besoins d'accompagnement parental s'expriment au travers de ces difficultés relationnelles évoquées à l'arrivée d'un problème de santé mentale chez l'enfant. Entre les parents et les enfants, la perte de confiance, la violence, les conflits répétitifs, peuvent être la conséquence d'une difficulté de la part des parents à renouer le dialogue avec leur enfant. La mauvaise communication concerne 6 parents dans notre panel. Ces parents cherchent alors des conseils pour ré instaurer un équilibre avec leur enfant, pour atténuer les tensions et retrouver une dynamique familiale plus apaisée. Ces parents dont les relations avec leur enfant se dégradent semblent avoir besoin de conseils sur la communication et la manière d'agir avec leur enfant pour faire face à la détérioration des liens.

« Il y avait beaucoup plus de clash qu'aujourd'hui on hurlait etc ça arrive encore mais beaucoup moins et j'arrive à remettre le lien plus vite grâce à l'accompagnement, j'avais vraiment besoin de conseils sur comment mieux communiquer avec eux quoi et ça a porté ces fruits ».

Mme Plouvain

En ce sens, nous pouvons donc dire que les besoins des parents semblent plus ou moins différents en fonction du degré d'impact que l'arrivée de problématique de santé mentale entraîne sur les relations entre parents et enfants. L'accompagnement parental intervient donc comme un besoin crucial pour ces parents, dans le but de réinstaurer une relation harmonieuse et saine entre eux.

a.5) La question conjugale : la relation de couple, au cœur des besoins d'accompagnement parental

Les besoins qui poussent les parents à se rapprocher d'une structure d'accompagnement parental comme ARPEJ diffère également pour d'autres raisons. En effet, nous l'avons vu, l'arrivée de la problématique de leurs enfants a provoqué de nombreux conflits et désaccords conjugaux, empêchant de restaurer un climat familial propice à l'amélioration de la santé mentale de l'enfant. Ces conséquences sur la vie conjugale provoquent un besoin d'accompagnement parental, dans l'espoir de trouver des conseils pour améliorer la

communication, ré instaurer un dialogue et parvenir à retrouver une vie de couple saine, équilibrée dans l'intérêt de la santé mentale de l'enfant et des parents.

« il fallait vraiment qu'on arrive à retrouver notre espace quoi fin on se voyait plus du tout entre le boulot les problèmes à côté tout ça on finissait par s'oublier et s'engueuler tout le temps parce que faut dire on est sous pression aussi quoi donc ça aide pas »

Mr Martin

De surcroît, le besoin d'accompagnement parental se mutualise dans certains cas lorsque les problématiques de l'enfant transforment la vie de couple. Nous remarquons que, parmi nos enquêtés concernés par ces changements, certains finissent par solliciter une structure d'accompagnement avec leur conjoint/te. Même si la mère reste à l'origine de la démarche, le père accepte l'accompagnement et en retire également des bénéfices.

« On a retrouvé un couple. On se dit des choses qu'on disait pas avant grâce à Jeanne qui nous a fait faire des trucs. On se redit des choses qu'on ne se disait plus ».

Mme Ronch

A l'inverse, si nous nous intéressons aux parents séparés ou divorcés, soit 13 parents de notre panel sur 27, au travers du discours de 8 parents sur les 13, l'accompagnement parental apparaît primordial. Parmi ces parents, principalement les mères, toutes à l'origine de la démarche puisqu'un seul père séparé du panel se rend à ARPEJ, ressentent un sentiment de solitude avec la sensation de porter le poids de l'éducation de leur enfant.

Ce terme « solitude » apparaît dans tous les entretiens réalisés avec les mères et le seul père divorcés ou séparés. Ces derniers évoquent l'importance de pouvoir se décharger de la situation dans un contexte où, aucune aide morale n'est présente dans le foyer familial quotidiennement. Cette absence de partenaire dans l'éducation de l'enfant semble donc restreindre le parent concerné dans les discussions qui s'avèrent utiles et qui permettent d'avoir un certain recul et une compréhension de la situation, sans se sentir submerger.

En ce sens, ces parents séparés ou divorcés recherchent dans l'accompagnement parental, un soutien tourné sur la parole, une oreille attentive avec un dialogue actif entre les

accueillants et eux. Cette extériorisation rendue possible dans ces dispositifs permettrait à ces parents de se sentir réellement entendus et soutenus, d'où l'intérêt de faire la démarche.

« Oui c'est sur ça m'a beaucoup aidé à comprendre les choses et à mieux comprendre la situation et surtout j'avais vraiment besoin en venant ici de juste pouvoir extérioriser parce que j'ai personne autour de moi même à la maison à qui parler donc ça m'aide beaucoup, c'est pas si simple d'être parent surtout quand on est seule, on cherche à être entendu ».

Mme Natte

Grâce à l'accompagnement parental, l'extériorisation des parents liés à la problématique de santé mentale de l'enfant apparaît comme précieuse puisque, la crainte de la fin de suivie du dispositif, concerne principalement ces parents. En effet, ces derniers expriment une appréhension face à cette fin de suivie qui ne peut être prolongée ou alors réajustée uniquement en cas d'impératif. Ce constat renforce l'importance d'un soutien à la parentalité pour ces parents, grâce à cette extériorisation qui les soulagent de la situation.

« j'ai vraiment vraiment pas hâte que le suivi s'arrête parce que y'a vraiment qu'ici que je peux dire tout ce que j'ai sur le cœur quoi ».

Mme Boisjo

De manière générale, jusqu'ici, nous avons parlé des besoins d'accompagnement parental, c'est-à-dire ce qui pousse les parents à solliciter des dispositifs comme l'ARPEJ. Néanmoins, il semble important de revenir sur la forme d'accompagnement parental souhaitée par les parents de notre panel. En effet, ARPEJ propose un accompagnement parental pluriel, à la fois individuel avec des entretiens familiaux et parentaux mais aussi collectif qui s'organise autour de groupes de parole sur des thèmes diversés et variés.

a.6) Le suivi individuel : un besoin fondamental pour les parents

La pair-aidance, au travers de ces groupes de parole, est un concept particulier. En effet, la notion de soutien par les pairs ou pair-aidance en premier lieu est décrite comme étant l'aide apportée entre personnes qui partagent la même expérience en matière de santé ou de troubles.

Nous parlons également des savoirs expérientiels qui ne sont en réalité, pas des compétences reconnues par l'institution médicale en tant que telles, mais valorisées en dehors du champ du soin justement par son caractère non formel. « *Le fait que les associations et les structures basées sur l'entraide se positionnent comme extérieures à la prise en charge psychiatrique et sociale, doit être respecté et valorisé puisqu'au fondement même de leur existence et de leur utilité* ». ⁶³

En somme, sur 27 parents, 25 d'entre eux n'évoquent pas le besoin premier d'assister à des groupes de pairs mais recherche principalement un soutien parental individuel. Seulement deux d'entre eux expriment la nécessité d'assister à des groupes de parole. En analysant les discours de ces deux mères, nous remarquons des similitudes dans leur expérience à l'arrivée d'une problématique de santé mentale chez leur enfant. En effet, nous pouvons constater que dans toutes les dimensions de leur vie, que ce soit à la fois sur le plan professionnelle, sociale et familiale, des changements s'opèrent. Toutes les deux cumulent des ruptures professionnelles ou encore relationnelles, affectives notamment avec leur entourage. Une accumulation de conséquences dans leur vie en générale semble donc pousser ces mères à un besoin d'accompagnement parental collectif, au travers de groupe de parole dans le but de comparer son expérience, d'entendre les histoires des autres en essayant de compenser ce sentiment de solitude.

En d'autres termes, il s'agit pour ces dernières de trouver une similitude dans les autres expériences partagées, pour se rassurer, et se comparer à d'autres vécus, pour relativiser face à la situation endurée. En ce sens, ces groupes de paroles permettent un soutien moral afin que ces mères réalisent qu'elles ne sont pas seules, que d'autres souffrances, ressentis similaires et solutions sont toujours possibles.

« mais alors vraiment il y a rien qui allait du tout quoi au boulot ça allait pas en plus de ça je sortais même plus je restais à la maison et puis je savais même pas à qui parler parce que fallait pas compter sur mes amis ou autres et avec ma fille tout se dégradait donc j'avais vraiment plus espoir en rien je me sentais seule face à tous ça quoi ».

Mme Gauchois

⁶³ BEETLOSTONE Emma, LOUBIERES Céline, CARIA Aude, 2011, *Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques*, Santé Publique, vol. 23, p. 141-153.

Néanmoins, malgré ces exceptions, dans notre panel, nous pouvons dire que les groupes de paroles ne semblent pas être une priorité pour ces parents qui recherchent principalement un accompagnement sous forme d'entretiens individuels. Ils ne cherchent pas en premier lieu à rencontrer des parents avec les mêmes problématiques. Cependant, certaines nuances sont à préciser. Pour cela, après avoir analysé les besoins qui orientent les parents vers des structures d'accompagnement parental comme ARPEJ, nous allons analyser leur satisfaction face à ce dernier.

b) Entre accompagnement parental individuel et collectif : Une divergence dans les discours de satisfaction des parents

De manière générale, nous avons pu constater que pour ces parents, de nombreux besoins d'accompagnement parental différents se déclenchent à l'arrivée d'une problématique chez leur enfant, d'où la sollicitation des parents de structures comme ARPEJ capable d'y répondre. Ici, nous allons mettre en avant la valorisation de la prise en compte des besoins exprimés des parents et la satisfaction qu'ils retirent de cet accompagnement parental.

b.1) La pair-aidance : une pratique en devenir mais un apport nuancé dans l'accompagnement parental

Comme dit précédemment, l'accompagnement parental prend plusieurs formes, à la fois individuelles et collectives, avec une tendance pour ces parents à privilégier le suivi individuel. La volonté première d'un accompagnement collectif ne concerne qu'une minorité de parents de notre panel. Cependant, nous ne pouvons pas exclure les autres cas de figure manifestant des bienfaits et une satisfaction face aux groupes de pairs.

D'une part, nous constatons qu'une grande partie des parents ne sollicitant pas les groupes de pairs acceptent d'en faire partie pour une raison simple : trouver un outil intermédiaire pour parvenir à un suivi individuel. Ces parents acceptent cet accompagnement collectif, dans le but de parvenir à être pris en charge individuellement. Néanmoins, une liste d'attente surchargée en raison d'une forte demande de parents souhaitant être également

accompagnés par ARPEJ, ne leur permettent pas d'obtenir un suivi individuel instantanément. En somme, certains restent satisfaits des groupes de pairs et en retirent des bénéfices. Cet outil intermédiaire apparaît comme un moyen d'atténuer la situation. Certains parents sont agréablement surpris de cette méthode d'accompagnement qui n'était pas envisagée dès leur premier contact avec ARPEJ.

« on voit qu'on est pas seul avec toutes ces questions et puis on a toujours des clefs pour permettre d'avancer quoi, et c'est des astuces qui permettent d'appréhender les choses différemment. Les autres parents ont testé certaines choses qui ont fonctionné donc ça permet de garder espoir mais on ne sait pas trop si on doit rappeler ARPEJ ou non parce qu'on aimerait quand même faire des entretiens individuels bientôt ».

Mr et Mme Lattre

Malgré tout, cet exemple nous montre que les groupes de pairs sont satisfaisants, mais temporairement pour ces parents toujours dans l'attente d'un suivi individuel.

D'autre part, dans notre panel, des parents expriment une insatisfaction face aux groupes de pairs pour diverses raisons. Certains ressortent de ce suivi collectif plus déprimé, dépité à cause d'un discours qui stimule leur angoisse de la part d'autres parents, trop chargé en émotion rappelant leur propre expérience.

« tu ressors de là bah t'as entendu des histoires qui te donnent même plus envie de garder espoir quoi c'est vraiment décourageant et ça fait mal au coeur aussi de voir des situations comme ça ».

Mme Delvaux

Par ailleurs, d'autres parents ne se sentent pas légitime face aux problèmes évoqués durant ces temps d'échanges et se sentent parfois peu concernés par les thématiques abordées. La priorité de ces derniers reste donc le suivi individuel.

« c'était rassurant d'entendre d'un côté que j'étais pas seule à vivre ses difficultés là mais d'un autre côté, il y a pire donc je me suis demandé si c'était ma place quoi parce que les problèmes n'étaient vraiment pas les mêmes ».

Mme Sigursson

Notre panel présente également des parents qui sont contre ces groupes de pairs et s'obstinent à obtenir un suivi individuel. D'une part, certains n'ont pas encore la force mentale, ni l'envie de partager leurs expériences trop récentes et fragiles ou d'autres part, parce qu'ils ne souhaitent pas témoigner de leur expérience collectivement. Leur récit de vie serait propre à eux et souhaiterait donc régler ces problèmes jugés trop personnels en privé. Ils ne ressentent pas ce besoin d'entendre les expériences des autres parents, au vue de la charge mentale qu'ils subissent de part leur propre vécu.

« j'ai pas envie d'assister à ces groupes parce que c'est déjà compliqué pour moi c'est pas le but de m'en rajouter encore quoi je sais que d'un sens ça me permettrait peut être de voir que d'autres mères sont aussi dans le même cas que moi mais bon j'aime pas parler devant les gens je suis timide aussi et j'ai pas envie qu'ils connaissent ma vie fin la honte aussi quoi pour moi ».

Mme Matard

Cette citation nous exprime également l'idée selon laquelle certains parents éprouvent un sentiment de honte dans l'expression de leurs émotions et de leur expérience à d'autres parents. Ces derniers ont la crainte d'une sorte de disqualification sociale en étant assimilés à ces groupes de paroles. En effet, *“le concept de disqualification sociale renvoie au processus d'affaiblissement ou de rupture des liens de l'individu avec la société au sens de la perte de la protection et de la reconnaissance sociale. L'homme socialement disqualifié est à la fois vulnérable face à l'avenir et accablé par le poids du regard négatif qu'autrui porte sur lui”*.⁶⁴

En ce sens, pour ces parents issus principalement de classes moyennes ou de classes supérieures, le regard que les autres peuvent potentiellement porter sur eux durant ces temps d'échanges collectifs tend à dégrader, à fragiliser l'image qu'ils se font d'eux-mêmes, à les disqualifier. En d'autres termes, cette méthode d'accompagnement parental contribuerait à la dévalorisation de leur propre récit de vie individuelle. L'idée de “garder la face” devant les autres parents, de ne pas se faire reconnaître, de ne pas être perçu devant d'autres parents comme dépendant d'un dispositif ressort pour certains parents.

⁶⁴ PAUGAM Serge, (2012, 3 février). *Les formes contemporaines de la disqualification sociale | ceriscope*. <http://ceriscope.sciences-po.fr>.

De manière générale, nous pouvons donc dire que la pair-aidance ne semble pas être le besoin primaire que les parents recherchent dès leur venue chez ARPEJ en terme de soutien à la parentalité. La plupart cherche à obtenir des entretiens individuels dès leur arrivée chez ARPEJ même si, certains acceptent de participer à des groupes de paroles pour atténuer leur situation dans l'attente d'entretien individuel. Néanmoins, certains sont surpris et satisfaits des bienfaits et des bénéfices que leur ont procuré les groupes de paroles en termes d'information, de soutien, de communication avec les parents et les pair-aidants.

De plus, cette méthode entraînerait l'existence de formes de parrainage entre les pair-aidants et les usagers. Se retrouver hors du champ médical formel implique qu'il n'existe aucun lien hiérarchique ; Ces auteurs soulignent la création de liens amicaux.⁶⁵ Nos entretiens confirment cette apparition d'amitiés. Certains parents soulignent un rapprochement avec d'autres, allant jusqu'à de nouvelles amitiés qui se développent désormais hors du cadre de l'association.

« mon mari était partant je me suis dis qu'il fallait pas fermer de porte même si on s'engage pour 3 séances fin et puis ça a fini en pourquoi pas prendre les numéros de téléphones des autres parents pour les voir dans un endroit neutre en dehors et c'est ce qu'on a fait et on les voit régulièrement ».

Mr et Mme Carmelo

Cependant, malgré les bénéfices que peuvent procurer ces groupes de paroles, la majorité des parents de notre panel sont plus réticents et ne souhaitent pas appartenir à ces derniers. Les besoins d'accompagnement parental ne paraissent pas comblés grâce aux groupes de parole mais principalement grâce aux entretiens individuels, sauf cas particulier. Nous analyserons ici, la satisfaction des enquêtés face à la prise en compte des professionnels de leurs besoins ressentis durant l'accompagnement parental individuel.

⁶⁵ BEETLOSTONE Emma, LOUBIERES Céline, CARIA Aude, 2011, *Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques*, Santé Publique, vol. 23, p. 141-153.

b.2) La valorisation par les parents de l'accompagnement parental individuel

De manière générale, tous les besoins exposés des parents semblent alimentés par la défaillance de la prise en charge du système médical, ainsi que les conséquences diverses et variées sur la vie des parents, à l'arrivée d'une problématique de santé mentale chez l'enfant. Ces besoins exprimés par les parents et engendrés principalement par ces éléments contextuels, semblent comblés grâce à l'accompagnement parental proposé par ARPEJ et ses accueillants.

En effet, si nous reprenons l'intégralité des entretiens réalisés avec nos enquêtés, tous sans exception, nous évoquent une grande satisfaction quant à l'accompagnement parental individuel reçu.

Pour tous les parents, ce suivi individuel semble apporter une aide cruciale face à la situation. Nous remarquons au travers de nos analyses, que les discours énoncés par nos enquêtés concernant les accueillants sont très gratifiants. Notre panel valorise la posture, l'attitude des professionnels lors des entretiens. L'écoute active des professionnels, le non jugement, le point de vue extérieur et neutre, la compréhension, la bienveillance, la relation de confiance instaurée, les conseils d'orientation ou liés à la situation des parents et aux besoins qui en découlent, sont les dimensions de l'accompagnement les plus valorisés.

Nous pouvons dire que cette satisfaction de l'accompagnement parental notamment décrite par tous les éléments présentés, semble d'autant plus appréciée par les parents puisqu'en effet, tout ce que leur a apporté l'accompagnement parental d'ARPEJ est ce qu'ils recherchaient. Cependant, pour quelques familles dont le suivi ne fait que commencer ou n'est pas encore possible, des besoins ne sont pas comblés et le travail d'accompagnement n'est pas abouti mais semble prometteur pour la suite.

L'accompagnement parental individuel pour ces parents semble être pour la plupart, un soutien à la parentalité précieux puisqu'ils se sentent en quelque sorte "redevables" envers l'association. Quatre personnes enquêtés de notre panel expriment la volonté de réaliser un entretien avec notre groupe d'étudiant d'abord parce qu'ils évoquent une entière confiance au dispositif mais aussi, dans le but de renvoyer en quelque sorte le service qui leur a été rendu. Cette idée renvoie à la théorie de Marcel Mauss sur le don. Pour lui, le don/contre-don est une

forme de contrat social, basé sur la réciprocité. Ici, le contre-don évoqué correspond au fait de renvoyer un service rendu par des désirs de reconnaissance.

« Tout ce qu'ils ont fait pour nous c'est un moyen de rendre l'appareil quoi et puis je leur fais confiance je sais qu'ils nous mettraient pas en relation avec vous si c'était pas sérieux et que même eux n'étaient pas sur non plus de ce qu'ils faisaient donc j'ai accepté l'entretien en parti pour leur rendre service parce qu'ils sont toujours là quand ça va pas aussi »

Mme Billard

A noter également que deux parents de notre panel mettent en avant la disponibilité d'ARPEJ, qui a su être présent même dans un contexte sanitaire et social complexe. La pandémie de la COVID-19 a provoqué une rupture pour certains parents, contraignant le suivi individuel classique en distanciel. Pour autant, le dispositif semble avoir fait en sorte de maintenir un lien d'accompagnement parental à distance avec ces parents dans le besoin.

« Ils ont juste été géniaux quoi ! Elle a accepté de nous prendre en rendez-vous téléphonique même pendant le covid ».

Mme Marco

c.3) Une réponse adaptée de l'accompagnement parental face à la crise sanitaire et sociale

Puisque nous parlions de la crise de la covid, nous pouvons en profiter pour étayer un peu plus nos propos à ce sujet puisque ce dernier est venu naturellement s'insérer dans le discours des parents sous différents axes, pas seulement lié à l'accompagnement en soi. Au-delà des actions mises en place par ARPEJ sur cette période, nous chercherons dans cette sous-partie à mettre en exergue ce que les parents nous ont décrit et quelles ont été les conséquences pour eux et leurs enfants durant ce contexte et plus particulièrement pendant le/les confinement(s).

Tout d'abord, le confinement est associé, par les parents, à une période de rupture concernant le jeune en question. C'est un problème qui s'ajoute au reste et qui amplifie les

troubles liés à son comportement d'adolescent. Seuls deux entretiens démontrent une apparition des troubles pendant le confinement mais avec l'idée que c'était sous-jacent, que cela représente l'élément déclencheur d'une situation déjà exacerbée.

Le confinement marque une rupture surtout avec le monde scolaire, les enfants déjà en difficulté scolaire finissent par arrêter les cours, car cela est trop compliqué à distance et décident ensuite de ne plus retourner à l'école. Pour certains jeunes, cela les a amené à éteindre des projets de formations voire des orientations professionnelles. Cela s'explique notamment par trois grandes raisons décrites par les parents.

Certains parents expliquent les difficultés scolaires accumulées auparavant, décrites par manque d'intérêt ou par une accumulation d'absence, liés pour la plupart au trouble de santé mentale qui leur est associé. Les jeunes ayant des troubles du comportement comme par exemple un rapport à l'autorité complexe sont décrits comme étant assez souvent en difficulté scolaire car l'établissement ne trouve pas forcément moyen de soutenir et de pallier ces comportements. Cela s'accompagne aussi et surtout d'un rapport compliqué à l'institution scolaire. En effet, ces jeunes sont en difficulté avec ce qu'il est attendu d'eux scolairement mais ce que les parents relèvent et évoquent régulièrement, ce sont notamment les relations aux pairs qui apparaissent comme conflictuelles et qui n'encouragent en rien le lien qu'ils ont au milieu scolaire. Dans notre panel d'enquête, ce ne sont pas moins de sept parents qui nous évoquent des faits de harcèlement scolaire. Parmi ces sept jeunes concernés par des problématiques de harcèlement, au moment de l'enquête, trois d'entre eux ont décroché totalement pendant le premier confinement, dont un qui dit avoir été désabusé par la multiplication de dispositifs jugés inadaptés, cela étant relaté dans le discours du parent en question.

A travers cela, ce que l'on découvre notamment que la volonté de ne pas retourner à l'école après le confinement résulte d'un processus engagé en amont de cette situation. En effet, beaucoup de parents font état de violences subies à l'école par leur enfant. Certains ne trouvant pas leurs places tandis que d'autres sont stigmatisés en permanence. Ces enfants finissent par ne plus entretenir de relation avec leur pairs et se retrouvent isolés. Le lien avec l'origine des troubles est partiellement fait par les parents. Ce que les parents pointent du doigt, c'est le désinvestissement des professionnels du milieu scolaire. Soit ils ne soutiennent pas plus que ça l'enfant, soit en viennent à ne pas reconnaître la situation.

Concernant le dernier cas de figures, lors d'un entretien, un mère nous a décrit le fait d'en avoir parlé avec la direction de l'établissement, tout en joignant son enfant à la démarche; l'établissement n'a alors pas voulu reconnaître ces faits et n'a entamé aucune démarche tout en le justifiant que ça n'arrivait pas dans cet établissement qui se doit de "conserver son prestige". Cela a bien évidemment démotivé le jeune en question qui n'a reçu aucun soutien de son établissement et qui a perdu confiance en ce dernier. Depuis, ce jeune a été changé d'établissement par sa mère. A l'inverse on a eu 2 cas de figures où les enfants étaient également en difficultés scolaire mais où les enseignants ont pris le temps d'adapter le travail et/ou de faire un effort de communication avec le jeune (mise en place de "dispositif" parent-direction-infirmière-enseignant-jeune), les jeunes sont restés dans le système scolaire et s'y sentent relativement bien, ce que les parents qualifient de bénéfique pour leur enfant, pour qu'il reste socialement établi. Cela leur a également permis de traverser cette période plus sereinement, une mère nous décrivait notamment le fait que sa fille s'était accrochée pendant le confinement pour faire plaisir à une de ses enseignantes qu'elle aimait bien.

Ce rapport à la covid en lien avec le milieu scolaire est complexe et nous pouvons dire que la crise sanitaire a exacerbé des situations déjà partiellement critiques, elle n'a fait que renforcer certains traits -déjà compliqués- dans la relation du jeune au milieu scolaire. Pour plusieurs d'entre eux, la rupture scolaire est symbolisée par le fait de ne plus vouloir retourner à l'école. Cela laissant à supposer que le confinement conforte le jeune dans l'idée que l'école n'est pas un lieu pour s'épanouir entre autre par rapport aux violences des pairs mais aussi aux violences symboliques instituées (évocation précédente du manque de soutien de l'établissement qui se désolidarise ou qui ferme les yeux). La citation suivante a été choisi pour illustrer en grande partie ces propos;

"Elle avait toujours un problème d'estime d'elle, de complexe qu'elle avait à l'école, plus des difficultés à s'intégrer dans le milieu scolaire, plus une orientation qui n'est pas bonne pour elle, on l'avait mise en vente mais le milieu, les gens ne lui correspondaient pas donc déjà elle est très réservée et malgré tout elle a été. Elle est passée en 1ere alors qu'elle avait plus le niveau et puis bon y'a eu le confinement, en visio pour quelqu'un de pas motivé, euh... donc elle a fini par carrément abandonner."

Mme Boisjo

Outre les conséquences sur la scolarité des jeunes, le confinement a été relativement mal vécu pour la plupart des foyer, nombreuses sont les familles ayant décrit le manque d'espace à soi et le fait d'être toujours les uns sur les autres. On remarque par ailleurs que cela est accentué lorsque la mère et l'enfant se retrouvent face à face, dans le cadre d'une famille monoparentale, il y a plus de conflits avec aussi plus d'intensité. Ce fait peut éventuellement être lié avec "l'effet miroir" décrit auparavant de cet écrit, qui met en avant le lien entre bien être de l'enfant et bien être de l'adulte qui notamment, lorsqu'on a à faire à une famille monoparentale, rend le lien très fin et fait exister objectivement une forme de dépendance (= quand le parent va mieux, l'enfant va mieux et réciproquement).

Ces éléments concordent avec les premiers résultats fraîchement disponibles sur le site de santé publique France. Sans évoquer tous les aspects des impacts sur les jeunes entre 9 et 18 ans (d'autant que ce ne sont pas les résultats définitifs de l'enquête mais un premier jet), nous retrouvons plusieurs aspects qui ont été décrits par les parents. *“une santé mentale plus impactée chez les adolescents (13-18 ans) que chez les enfants (9-12 ans) et une santé mentale plus impactée chez les filles que chez les garçons. [...] Les résultats font également ressortir une nette fracture sociale lors du premier confinement. En effet, les enfants et les adolescents qui ont ressenti davantage de détresse sont ceux qui étaient issues de familles plus fragilisées (familles monoparentales, avec un niveau d'étude plus faible, davantage ouvriers ou employés, nés à l'étranger, et en situation d'isolement social)”*⁶⁶. Sans oublier des conditions économiques parfois difficiles et un impact plus important sur les enfants évoluant dans des milieux urbains, de part la disposition du foyer, ne comportant pas d'espace extérieur et peu ou pas de possibilités de s'isoler au sein de la maison ou de l'appartement. Une dernière idée relayée par ces travaux concerne le manque d'activité à l'extérieur, un surinvestissement des écrans et des réseaux sociaux ainsi que moins de contacts avec les amis et la famille proche; *“Ces enfants étaient davantage dépassés par les devoirs que les autres.”*. Ce manque de stimulation peut être favorisé par le manque de matériel pour s'occuper ou pour travailler correctement sur leurs cours, nous avons eu par exemple une famille qui ne possédait qu'un seul ordinateur alors même qu'ils étaient 3 au sein du foyer concernés par la réalisation de travaux à distance.

⁶⁶ Santé Publique France. (2021, mai). *CONFÉADO : une étude destinée aux enfants sur le vécu du confinement lié à l'épidémie de COVID-19.*

La dernière idée que nous souhaitons mettre en exergue concernant le confinement est la suivante. Les parents ont exprimé pour la plupart un regret quant à l'impossibilité de consulter divers corps médicaux pendant les confinements, ce qui a conduit à des situations de mise en danger extrême de certains enfants en lien avec leur mal être. L'impossibilité d'être écoutée et suivie, notamment par les psychologues/psychiatres, a été très mal vécue par les parents et évidemment par les enfants. Une mère nous confiait avoir traversé une période difficile avec sa fille lors du confinement, son moral à elle et à sa fille étant au plus bas, elle est allée consulter en urgence, pour et avec sa fille;

“Voilà en tant que parent qu'est ce qu'on fait avec ce qu'ils nous ont dit à l'hôpital? on a bien compris qu'il n'y avait plus de place. J'ai demandé au médecin s'il l'aurait hospitalisé s'il y avait eu de la place? Il m'a dit qu'on pouvait pas toujours pousser les murs, je suis désolé mais en réa avec le covid ils ont dû faire des choix, quand y'a plus de respirateur y'en a plus donc bon... mais là on pousse les murs. Bon voilà y'a pas de place, pour les jeunes y'a pas de place alors que les jeunes vont mal avec la pandémie”

Mme Petite

Comme dit en amont, nombreux ont été les parents à solliciter ARPEJ par le biais téléphonique durant cette période, faute de mieux, cela a pu créer un espace de soulagement bien que temporaire et bref, il a été à plusieurs reprises valorisé par les parents en détresse pendant cette période.

Après avoir exposé la satisfaction des parents face à l'accompagnement parental, nous verrons que cette dernière s'exprime également par l'acquisition de nombreuses compétences et capacités pour ces parents face à leur attitude et rôle parental.

III) La montée en compétences des parents accompagnés

a) Gagner en pouvoir d’agir : quand les parents reprennent le contrôle de la situation

Nous l’avons montré, consulter une structure d’accompagnement parental comme ARPEJ répond à un certain nombre de besoins ressentis par les parents. La structure remplit bien son rôle puisque tous les parents que nous avons interrogés soulignent la satisfaction qu’ils ont à l’égard de celle-ci et du fait qu’elle ait su combler leurs besoins. Au-delà de la satisfaction brute de ces besoins d’accompagnement et de soutien qui prennent la forme de ce que l’on vient de présenter, il s’avère que les parents gagnent de nouvelles compétences. Il en ressort une satisfaction d’avoir de nouvelles capacités.

La meilleure manière de montrer que les parents gagnent en compétences grâce aux dispositifs d’accompagnement parental, c’est de repérer dans les entretiens, le champ lexical de la capacité ou de la compétence. Nous avons recensé dans chacun des entretiens réalisés auprès des mères et des pères, toutes les expressions qui expriment de leur part, un sentiment de progression. Nous allons vous faire part de certaines d’entre elles ici. Par exemple, Madame Natte compare son état actuel avec les réactions qu’elle avait avant d’être accompagnée, pour souligner que le fait que ce soit mieux maintenant : *« Nan parce que je trouve que ça va, je suis beaucoup plus patiente qu’avant »*. Dans la suite de sa réponse formulée à notre question qui était de savoir si elle sentait une amélioration à titre personnel, elle utilise là encore un vocabulaire qui témoigne de nouvelles compétences qu’elle ne possédait pas auparavant : *« j’ai acquis je pense de la sagesse. Je sais comment réagir un peu plus maintenant »*. L’utilisation de l’adverbe « maintenant » permet d’instaurer une certaine chronologie. Elle a gagné en capacité d’agir et de réagir avec ses enfants.

Les conseils prodigués au cours des entretiens individuels leur ont permis de prendre de l’assurance vis-à-vis de leur rôle de parent. Là où le trouble de l’enfant intervient comme la mise en échec des parents vis-à-vis de la préservation de son bien-être mental, la structure opère un processus de réparation de cet échec. En proposant un espace neutre de non-jugement où l’échange est possible et le professionnel investi, la structure soutient le parent et contribue à lui faire reprendre confiance en ses qualités de bon parent. Elle contribue à lui rappeler qu’il ou

elle n'est pas responsable de la situation et qu'il existe des solutions pour mieux appréhender les agissements de chacun. Ainsi, le lien est fait dans les discours entre les conseils des accueillants de la structure et leur application concrète au sein de la famille. Lorsque les parents constatent que la situation familiale s'améliore en appliquant les conseils qui leur sont donnés, ils se rendent compte qu'ils sont capables de réussir des choses alors qu'ils étaient dans une phase d'échec constant. Ce qui, par conséquent, leur donne le sentiment de reprendre un peu de contrôle sur leur propre existence. S'ils ont pu se sentir largement démunis, ils se disent désormais mieux armés pour faire face à la situation. Ces capacités se traduisent par un certain nombre de points d'amélioration à plusieurs niveaux. En fonction des situations, cela peut passer par l'amélioration des relations avec les enfants ou en encore sur le volet purement éducatif. De nombreuses mères interrogées nous font part de leurs difficultés à poser un cadre à leur enfant. Là où justement, l'accompagnement qu'ils ont reçu a permis de les aider à trouver les clés pour poser un cadre éducatif à leur enfant, malgré les troubles qui peuvent l'affecter, comme en témoigne Madame Nestor au cours de l'entretien :

« Et j'essaye de lui donner de l'autonomie parce que les ados, il faut leur donner de l'autonomie apparemment. J'essaye mais du coup, j'en donne peut-être trop. J'arrive pas à trouver la limite sans être dans l'excès ou à l'inverse trop laxiste. Mais avec ARPEJ, j'arrive mieux à mettre le curseur, j'arrive mieux à trouver le juste milieu parce qu'on m'a aiguillée »

Mme Nestor

Cette citation de Madame Nestor illustre sa capacité nouvelle à analyser à quel moment il faut poser les limites, à quel moment elle doit au contraire moins s'inquiéter et lâcher du lest, faire la part des choses entre le normal et l'anormal dans les actions de son fils. C'est, par la même occasion, mieux comprendre les agissements de l'enfant, ses réactions et ses modes de pensée pour mieux agir en conséquence et ainsi, mieux s'adapter à la situation. Ces parents semblent s'être dotés d'une capacité d'anticipation au cours de l'accompagnement. Ils acquièrent une capacité d'analyse qui leur permet de mieux appréhender le comportement de leur enfant et d'être en mesure de s'y adapter plus aisément.

Aussi, l'intérêt affiché pour un tel dispositif d'accompagnement parental passe par l'apport de conseils permettant de limiter l'impact sur les émotions des mères. On a évoqué à plusieurs reprises la fonction déculpabilisatrice qu'endosse l'accompagnement des parents. Toutes les mères ayant ressenti de la culpabilité ont toutes exprimé avoir pu faire disparaître

tout ou partie ce sentiment. De manière plus générale, c'est sur tout le système émotionnel des mères qu'il semble avoir un impact positif. Pour beaucoup de mères, la difficulté qu'elles ont ressenti à un moment donné de gérer leurs émotions les a poussés à se tourner vers des professionnels capables de les aider à le faire. Elles se sont souvent laissées submerger par des émotions multiples : entre culpabilité, désespoir, fatigue, colère, peur, solitude etc... Comment réussir à conjuguer toutes ces émotions, tout en ne perdant pas de vue l'objectif principal qui est d'aider l'enfant à aller mieux ? Comment ne pas paraître égoïste en se focalisant sur ses propres émotions quand son enfant souffre tout en prenant en considération le fait que l'on ne peut pas assurer à part entière son rôle de parent si on est soi-même en souffrance ?

Ces mères disent alors avoir trouvé un allié précieux dans le suivi offert par ARPEJ dans la mesure où celui-ci est apparu comme un espace de décharge émotionnelle. De plus, l'accueillant est intervenu pour leur permettre de réfléchir sur la pertinence de ces émotions tout en les déconstruisant peu à peu en tant que réalité objective. Par les conseils qu'ils leur ont prodigués, elles ont appris à gérer ces émotions qui s'entremêlaient et les empêchaient souvent de prendre du recul sur la situation.

“Avant, ça allait pas du tout. J'étais hyper mal. J'avais envie de pleurer parce que les choses ne faisaient que s'empirer. Et puis en même temps, j'étais en colère. En colère contre moi parce que je me disais que c'était en partie de ma faute et de l'éducation que je lui ai donné. Et en colère contre elle parce que c'est pas anodin d'avoir des comportements comme ça, c'est difficile à vivre. Et puis, j'avais souvent peur qu'elle se mette en danger. Fin bref, j'arrivais pas à gérer. [...] Et puis à ARPEJ, j'ai compris que c'était sans doute trop, que je prends tout trop à coeur. Ils m'ont fait comprendre que je faisais déjà tout mon possible pour la famille. J'ai relativisé tout ça d'un coup”

Mme Marco

Le discours de Madame Marco construit en deux temps montre que dans un premier temps, elle s'est sentie dépassée par ses émotions puis dans un second temps, l'accompagnement parental lui a été bénéfique dans le sens d'un apprentissage à la gestion de ces celles-ci.

Enfin, les aspects communicationnels sont mis en avant comme de nouvelles capacités dont bénéficient les parents. Il est fort intéressant de remarquer que ceux-ci sont autant

soulignés par les mères que par les pères au cours de nos entretiens. Chacun exprime réussir désormais à compenser des lacunes de communication, que ce soit au sein du couple ou entre les différents membres du foyer. Les mises en situation réalisées au cours des rendez-vous à ARPEJ permettent aux parents de développer des compétences de communication. Lorsque l'accueillant incarne le rôle de l'enfant, les parents peuvent alors s'entraîner à s'adresser à lui. Le travail réflexif mis en place permet au professionnel d'apporter des recommandations au parent et de l'aider à s'améliorer.

b) Transmettre son expérience : de parents aidés à parents aidants

Cette dimension de gain en pouvoir d'agir des parents est d'autant plus marquante quand on la lie avec la question de leur éventuelle implication dans un groupe de parole. Au cours des entretiens, on a demandé aux personnes que l'on rencontrait, d'abord, si elles pensaient que les groupes pouvaient les aider. Nous voulions mettre la focale sur la pair-aidance et la notion d'aide au sein de la communauté. Nous nous sommes vite rendu compte que ce n'était pas la priorité de ces parents qui continuent de vouloir avoir recours à un professionnel de l'institution à travers un accompagnement individualisé et adapté à leur situation personnelle. En revanche, certaines mères mettaient souvent en évidence l'autre versant de ces groupes de parole. Elles n'étaient pas contre l'idée de participer à un de ces groupes, non pas pour y apprendre des choses mais au contraire pour partager leur propre expérience. C'est cette dimension de l'expérience partagée qui nous intéresse particulièrement. Nous avons mis en évidence un peu avant dans ce travail, l'émergence de savoirs acquis par les individus basés sur leur propre expérience d'une situation, ce qui fait d'eux des experts de la situation. Pour ce qui nous intéresse ici, on a affaire à des parents qui sont touchés par l'épreuve de la mise en difficulté de la santé mentale de l'un ou plusieurs de leurs enfants. On l'a montré, cette épreuve est multidimensionnelle car elle ne pose pas que des questions médicales relatives à l'enfant. Elle implique également tout un ensemble de changements, de bouleversements dans la famille. La gestion du trouble psychique de l'enfant a de multiples conséquences sur le couple parental, sur les relations parents/enfants, sur la conception de l'éducation inculquée, implique la rencontre avec des professionnels de l'aide aussi divers soient-ils. Les parents sont donc partie prenante du trouble de l'enfant.

Ainsi, certaines d'entre ces mères que nous avons interrogées se disent prêtes à participer à ces groupes de parole pour transmettre à d'autres parents les connaissances qu'elles ont acquises durant leur parcours. Cependant, elles se divisent en deux groupes.

D'une part, celles qui veulent bien le faire mais uniquement quand ce sera « le bon moment ». Elles considèrent que le bon moment n'interviendra qu'à partir du moment où elles auront réglé leurs propres problèmes familiaux. Elles ne conçoivent pas le fait de parler de leur situation pour aider d'autres personnes alors que leur enfant connaît encore des troubles qui restent sans solution. Toutes mobilisent alors à l'unanimité l'argument de la légitimité. Elles ne se « sentiraient pas suffisamment légitimes » de donner des conseils dans ces circonstances. Elles trouveraient une certaine légitimité à le faire dès lors qu'elles auraient pris du recul avec leur propre situation. Se sentir capable de transmettre à son tour des conseils à d'autres personnes revêt en quelque sorte un changement de posture. On passe du parent démuni, en difficulté, qui va chercher de l'aide auprès de personnes plus compétentes à un mode de pensée qui veut qu'on soit à notre tour compétents, dans la position de celui qui a désormais les clés et les réponses pour gérer les troubles de l'enfant.

« Oui pas de soucis la dessus, j'ai été aidé à un moment où j'en avais besoin, je pense qu'il faut savoir rendre, comme pour cet entretien »

Mme Lamb

« On me l'a proposé et j'ai trouvé sur le coup que c'était vachement sympa. Et en fait, moi ça m'a pas beaucoup aidé mais ça m'a quand même aidée dans le sens où j'ai pu peut-être aider ces trois personnes là qui ne sont pas aussi avancées que moi ».

Mme Delpierre

Pourtant, l'argument de la légitimité a été mobilisé par certains parents au cours des entretiens pour justifier une position opposée sur le sujet de la transmission. S'ils soulignent tous avoir gagné en compétences et être capables de plus de choses grâce aux conseils obtenus lors de leur accompagnement, ils ne se sentent pas pour autant capables de les transmettre à autrui. L'argument de la légitimité étant utilisé comme le fait de ne pas se sentir dans la position de celui qui transmet. Lorsque l'on demande à Mme Natte si elle aimerait participer à des groupes de parole pour transmettre à d'autres parents, voilà la réponse qu'elle a formulée :

« Transmettre que ça existe oui, mais transmettre je ne me sentirais pas trop légitime quand même. Je ne sais pas si j'oserai. C'est pas trop dans mon caractère de dire au autres ce qu'ils devraient faire entre guillemets. J'ai toujours peur que ce soit perçue un peu comme donneur de leçon et puis je sais pas je me sentirai pas légitime et puis ils le font tellement bien ici que voilà. Quand on a fait le groupe on était tous la tête dans le guidon faudrait peut être mixer les groupes »

Mme Natte

La peur de devenir « un donneur de leçons » entrave leur sentiment d'être légitime vis-à-vis d'une situation qu'ils ont eu eux-mêmes du mal à traverser. Ce qui peut aussi amener ces parents à se dire qu'ils ne pourraient pas donner des conseils aux autres réside dans le fait justement qu'ils soient "la tête dans le guidon". Participer à des groupes de parole pour aider d'autres parents ne devient envisageable qu'à partir du moment où ils prendraient du recul sur leur propre situation avec l'idée que leurs problèmes sont intégralement ou presque réglés. Avant, il semble hâtif de donner des conseils alors que l'on est soi-même encore dans le flou et que l'on cherche encore à obtenir des conseils pour régler les problèmes avec son propre enfant.

Ainsi, tous les éléments que nous venons de mettre en lumière permettent d'illustrer l'idée selon laquelle les parents acquièrent de nouvelles capacités grâce aux conseils qui leur sont apportés dans le cadre de leur accompagnement parental. Toutes ces nouvelles compétences concourent à rendre ces parents mieux armés face aux difficultés de leur enfant. Par conséquent, ils regagnent confiance en leur fonction de parent et reprennent en partie le contrôle de la situation. Ce soutien à la parentalité permet de les engager dans un processus d'empowerment, terme anglophone, que les chercheurs ont traduit en français par "gain en pouvoir d'agir". Finalement, nous pouvons clore ce chapitre sur l'idée selon laquelle tous ces apports de l'accompagnement parental, que nous avons mis en évidence, peuvent être réunis sous le terme de compétences psycho-sociales.

Conclusion

Cette recherche action a eu pour but de mettre en exergue les besoins d'accompagnement des parents dont l'enfant est concerné par des troubles liés à la santé mentale. Il convient premièrement de revenir succinctement sur la notion de "santé mentale" qui, comme on a pu le voir, est une notion qui regroupe une pluralité d'axes et dont la définition reste plutôt large et en perpétuelle discussion. A travers cette étude, nous nous rendons bien compte de cette complexité représentée notamment par la pluralité des situations auxquelles nous avons dû faire face lors de cette enquête. En effet, le terme de "santé mentale" que nous avons utilisé tout au long de cette étude, regroupe un panel de situation qui sont pourtant parfois, relativement éloignées les unes des autres. Ceci dit, cela ne nous a pas empêché d'avancer et de rester concentré sur les besoins d'accompagnement parentaux. Ces derniers pouvant présenter des similitudes assez proches alors même que deux situations n'en présentent aucune.

Après avoir mis en avant différentes lectures sur les thèmes gravitant autour de notre sujet, nous avons tenté de mettre en avant les différents axes d'analyses que nous avons jugé les plus pertinents afin d'affiner la recherche et de faire ressortir au mieux les requêtes des parents interrogés. Nous avons également essayé de comprendre et d'expliquer les enjeux d'accompagnement à travers les différentes structures mises en causes et plus particulièrement celle d'ARPEJ pour laquelle nous avons réalisé cette enquête. Nous avons trouvé qu'il était pertinent de commencer par expliquer les causes à l'origine de la mobilisation des structures d'accompagnement afin de saisir les différents enjeux auxquels font face les parents au sein même de leur requête principale qui celle d'être aidée, d'être accompagnée. A travers cela, on s'aperçoit que la situation des parents, lorsque l'enfant ou l'adolescent souffre d'un trouble lié à la santé mentale est une situation travaillée par divers éléments. On s'aperçoit qu'il faut prendre en compte ces divers éléments pour faire état d'une expérience vécue, le trouble n'étant pas détaché du reste, il n'est pas isolé de l'environnement familial et des différents rôles attribués dans celui-ci. De plus, ces situations complexes se répercutent sur les parents eux-mêmes qui en viennent à nourrir leur propre souffrance ou sont éventuellement confrontés à des difficultés dans leur vies sociales et professionnelles. Nous comprenons également que les diverses compositions familiales représentent des enjeux plurielles quant à la compréhension de l'impact que la problématique de l'enfant peut avoir sur le foyer, ainsi nous avons pu saisir

que la relation entre parent et enfant, parfois déjà décrite comme difficile, est également travaillée par le trouble, qui peut aussi exacerber cette difficulté. Le foyer représente un entre-soi familial mais est aussi le point de départ utilisé par les parents pour évoquer ce qu'il se passe avec leur enfant ("à la maison"). Ceci dit, nous avons également fait état d'un rapport à l'extérieur -du foyer- comme étant une source supplémentaire de questionnement des parents, d'où peut venir différentes injonctions quant à l'exercice de leur parentalité.

Par la suite nous nous sommes attachés à tenter de comprendre les différents mécanismes qui mettent en difficulté les parents. Ceux-ci peuvent être d'ordre de "l'affect" avec des données de culpabilité ou de pression de l'extérieur, de ne pas être dans la norme par exemple. Nous avons également pu comprendre que la problématique de l'enfant suscite plusieurs incompréhensions, soit elles sont directement liées à la méconnaissance du trouble, soit, celles-ci peuvent être générées par les différents corps médicaux qui les accompagnent. Ces différents corps médicaux mobilisés font état des contraintes auxquelles ils ont à faire face dans leur travail et notamment dans la relation avec le patient. On constate que la relation avec les parents est nouée de plusieurs paramètres qui renforcent sa complexité, ces corps médicaux ayant aussi parfois le devoir de respecter une certaine déontologie affiliée à leur métier. Ceci dit, nous avons pu comprendre aussi, aux vues des dires des parents que ceux-ci se mobilisent pour agir, leur seule présence au sein du dispositif ARPEJ reste un bon indicateur quant à la multiplication de ressources mobilisées afin de trouver des clés de compréhension et ainsi venir en aide à l'enfant en question.

Pour finir, nous avons tenté de comprendre l'importance de l'environnement global sur les possibilités d'action des parents avant de cibler les besoins qu'ils nous ont énoncés, ces derniers nous permettent de mettre en lumière le travail réalisé au sein des structures d'accompagnement et précisément sur la structure d'ARPEJ. Les parents interrogés ont mis en valeur différents axes qui leur ont permis de connaître une progression aux vues de la situation de leur enfant. Divers aspects comme l'aspect non-médical de la structure, la gratuité ou encore la bienveillance de l'équipe d'accueil sont des éléments qui ont été pondérant dans le discours. Ceci dit, c'est avant tout le travail au sein de la structure qui est valorisé même si tous les parents n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes requêtes, nous avons pu mettre avant, à travers leurs dires, la valorisation et l'évolution dans le temps du travail effectué au sein de la structure auquel ils adhèrent et se sentent acteurs. Ce travail, réalisé dans une forme d'échange où les deux parties sont actives, est le cœur même de ce qui est revenu au cours de notre étude. Ainsi,

nous avons pu observer dans ce travail que les parents voient une évolution dans la pratique de leur parentalité et sont amenés à des questionnements qu'ils n'auraient pas forcément obtenus seuls, puisque bien souvent la sollicitation d'une structure comme celle-ci se fait dans une situation où les parents se retrouvent démunis face à leur enfant et aux troubles dont ils ont à faire face.

En somme, l'accompagnement à la parentalité est travaillé par la diversité et la singularité des situations qui se retrouvent au sein même de la structure. L'accompagnement proposé par ARPEJ résulte, d'une part de la volonté des parents de se sortir de situations difficiles et d'autres part de clés de compréhension construites avec un professionnel de ce champ qui tente d'aiguiller au mieux les parents face aux problématiques auxquelles ils doivent faire face. A travers les discours parentaux, ce que l'on repère c'est que l'accompagnement apparaît comme une forme de reprise en main, une reprise de contrôle sur la situation et les problèmes de l'enfant. Ils se réapproprient en quelque sorte leurs rôles de parents en se sortant des boucles culpabilisatrices ou encore en essayent d'autres façons de faire (comme changer sa façon de communiquer par exemple).

Ces différentes idées rapprochent l'accompagnement d'une forme de développement du pouvoir d'agir des parents et se rapprochent également de ce que L'Organisation Mondiale de la Santé nomme des "*compétences psychosociales*" définies comme d'abord dans les années 1990 "*la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement*" puis étayé dans une définition un peu plus complexe; "*un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives*".⁶⁷ Cette deuxième définition qui a permis l'établissement de plusieurs catégories à ce sujet. Parmi ces catégories et dans l'évolution de cette notion, nous retrouvons des données d'action liées par exemple à la conscience de soi, à la maîtrise de soi, des moyens constructifs de communiquer, des façons de mieux gérer son stress ou encore des

⁶⁷ Disponible sur le site de Santé Publique France

moyens de travailler sur ses relations sociales. Ici, on ne cherche pas à faire un travail exhaustif de présentation de ces compétences psychosociales mais elles nous apparaissent pertinentes pour décrire le travail réalisé au sein de la structure ARPEJ dans le sens où on a l'impression que le travail est réalisé dans ce sens-là, en l'acquisition de nouvelles compétences -parentales pour le coup- mais qui permettent un développement d'une certaine forme de pouvoir d'agir pour tendre vers une situation qui s'améliore. Ce dont les parents ont besoin résulte entre autres de toutes les données que nous avons présenté au préalable et aussi potentiellement d'une forme d'acquisition de ce type de compétences que sont les compétences psychosociales (dont on perçoit déjà plus ou moins la présence relativement informelle au sein du travail réalisée au sein de la structure). Ces compétences permettent notamment le développement de compétences propres à une forme d'action adaptée face à des situations inédites ou complexes, dans lesquelles ces personnes ne sont pas forcément habituées à se retrouver ou n'ont éventuellement pas les ressources pour faire face à celles-ci.

Pour finir, il nous est apparu important de préciser que notre travail n'est pas universel et qu'il faut poursuivre les recherches à ce sujet en prenant en compte les différentes évolutions sociétales auxquelles nous sommes -et nous serons- confrontées afin de se rapprocher au mieux du besoin d'accompagnement des parents. La multiplication de dispositifs comme ARPEJ pourrait être un point d'approche, une clé permettant la prise en compte des parents, peut-être même avec plus de spécificité mais avant tout la reconnaissance de ces différents besoins doit entre autres passer par des décisions attenantes aux pouvoirs publics. Nous espérons que ce champ évoluera et permettra d'apporter un soutien plus important aux parents, notamment pour que globalement les familles puissent trouver des solutions, des supports lorsqu'elles se retrouvent dans des situations difficiles. Bien qu'à travers ce travail, nous nourrissons des espoirs de développement de soutien à la parentalité, un des membres du conseil d'administration de CEDRAGIR (dont fait partie ARPEJ), lorsque nous sommes allés leur présenter notre travail, nous a glissé la phrase suivante "la parentalité, ce n'est pas à la mode", mais alors que faut-il pour que celle-ci devienne tendance? Nous espérons en tout cas avoir montré que le sujet de la parentalité constitue pourtant aujourd'hui, plus que jamais, un enjeu d'intérêt public.

Préconisations

- **Le manque de ressources financières et humaines à l'origine des besoins non couverts des parents**

Grâce à l'accompagnement parental, les parents de notre enquête connaissent une amélioration de la situation dans le cadre du suivi de l'enfant, grâce à ce soutien parental déployant plusieurs moyens, dans l'espoir de parvenir à régler les problématiques. Beaucoup de besoins semblent couverts mais malgré cela, des efforts doivent être réalisés pour améliorer les dispositifs. Ces derniers ne disposent pas de ressources financières et humaines nécessaires pour s'assurer un développement.

En effet, le conseil économique, social et environnemental estime qu'il faut renforcer le nombre et les moyens accorder à ce genre de services publics faisant face à des difficultés de financements par exemple. Le rapport d'étude de Pascale Coton et de Geneviève Roy intitulé « *Les conséquences des séparations parentales sur les enfants* » publié en 2017, met en exergue les difficultés économiques auxquelles des associations comme ARPEJ font face. Ce dernier explique qu'il s'agit d'un service public et donc, ces missions doivent être mieux reconnues.

Les financements de l'Etat, de la CNAF et des collectivités territoriales sont là aussi très insuffisants à l'heure actuelle pour pérenniser ce genre de dispositif. La moitié des espaces de rencontre fonctionne avec des listes d'attente, en raison d'un manque de moyens, comme c'est le cas pour ARPEJ. Une partie importante d'entre eux est directement menacée de fermeture. Pour 3 de nos enquêtés, des besoins imminents d'être pris en charge par ARPEJ n'ont pu être couverts en raison d'une liste d'attente importante, empêchant la rencontre entre les accueillants et les parents pourtant dans le besoin et parfois, face à des situations d'urgences.

Cette attente pose problème puisqu'au-delà de l'impossibilité de prendre en charge les parents rapidement, elle provoque des sentiments de solitude, d'abandon, de désintérêt vis-à-vis de ces parents qui éprouvent un délaissement. Même si d'autres types de prises en charge s'offrent à eux, comme les groupes de pairs, les volontés des parents ne peuvent être respectées.

« J'avoue le délai d'attente je pense que c'est dommage cette période ça a été vraiment très très dure, la grosse période de crise je me suis sentie vraiment très seule quoi, c'est vrai que je trouve que si on prend plus vite les choses en charge c'est comme si il y avait moins de blessure en fait là il y a eu des prises de risque quand même etc après je sais que c'est toujours pire ailleurs c'était de février à juin c'était très compliqué. Si on avait pu médiatiser avant ça se serait peut être pas passé comme ça ».

Mme Matard

Cette liste d'attente ne recule pas uniquement l'entrée des parents dans le dispositif, mais provoque pour les parents en cours de suivi, des contraintes liées à la forme que va prendre celui-ci. Les entretiens restent limités dans le temps, c'est-à-dire une heure de rendez-vous individuel, sur 10 séances maximum.

« Je connais personne qui déballe sa vie en 1 séance, 10 séances c'est pas assez, je comprend parce que je paie pas quand je viens mais quand on vient dans ce genre de structure c'est qu'on va mal, on va pas bien et 10 séances c'est trop court, TRÈS court. ».

Mme Billard

Cette contrainte provoque de la frustration chez les parents, qui appréhendent la fin de l'accompagnement parental, par peur que la situation empire, avec la sensation de ne pas avoir suffisamment gagné en compétences pour garantir son amélioration. Cependant, d'autres relativisent et comprennent l'existence d'autres parents dans le besoin d'un suivi.

« Après voilà c'est normal il faut aussi laisser les parents qui sont dans le besoin et je pense que j'ai beaucoup appris avec ARPEJ il faut savoir voler de ses propres ailes après et pas rester dépendant ».

Mr et Mme Jacquie

En somme, malgré ces limites, de nombreux dispositifs de soutien à la parentalité se sont développés depuis quelques années en France, sans toutefois parvenir à ce stade à résorber le manque de visibilité, de coordination et de financement de cette politique. ARPEJ n'est donc pas seul face à ce genre de difficultés de financement, pouvant alors augmenter les ressources

économiques grâce à une mobilisation collective légitimant plus facilement ces services publics.

- **Enjeux de la reconnaissance de l'accompagnement parental dans la reconnaissance et la prévention des conduites à risque :**

Pourquoi ?

Les travaux de Maurice Tubiana, membre de l'Académie nationale de médecine et membre de l'Académie des sciences, mettent en lumière les enjeux qui gravitent autour de la prise en charge de la santé mentale de l'enfant. Ce dernier s'appuie sur le rapport de l'Académie de la médecine rédigé entre 2001 et 2002 à la demande du président de la République. Il s'agit ici, d'un rapport sur la prévention en France. Celui-ci démontre que des comportements nocifs (tabac, alcool et autres addictions, déséquilibres alimentaires et obésité, comportements à risque notamment sur la voie publique, violence et suicides) sont responsables de deux tiers des décès dit prématurés (avant 65 ans) en France. Or, l'auteur souligne que ces types de comportements s'acquièrent principalement au cours de l'enfance et de l'adolescence des individus.

Selon ce dernier, le développement psychomoteur, affectif et intellectuel, entre la naissance et l'âge adulte, est un continuum. Cependant, l'auteur souligne l'importance de certaines périodes de la vie d'un individu dans ce processus : le comportement d'un adolescent est, selon l'auteur, vécu dans une large mesure comme intrinsèquement lié à ce que ce dernier a vécu au cours de son enfance. L'environnement dans lequel il a grandi, la formation qu'il a reçue pendant cette période, mais aussi les potentiels traumatismes qu'il a subi, sont autant d'expériences qui vont façonner l'individu adulte. Dans ce sens, la santé mentale du jeune enfant influence celle de l'adolescent, et par ricochet, influe sur sa résistance aux exemples nocifs ou au contraire sa fragilité, mais aussi, les conséquences ses comportements puis, par leur intermédiaire, la santé physique de l'adulte.

Les préoccupations pour la santé des adolescents conduisent à conceptualiser différemment l'organisation de leur prise en charge. Il s'agit de remettre en question le système

actuel et de rechercher de nouveaux modes d'action, en particulier face à des cloisonnements multiples et des pratiques médico-administratives contradictoires. L'idée défendue aujourd'hui par les professionnels de la santé et de l'enfance est de privilégier une approche globale.

Selon Maurice Tubiana, il est nécessaire d'accorder une place à l'accompagnement parentale dans nos sociétés pour plusieurs raisons :

“Aider les parents dans leur fonction parentale peut économiser, ultérieurement, des frais de police et de justice. (...) L'éducation parentale a un rôle essentiel pour aider les parents dans leur rôle de formateurs. Il faut restaurer les parents dans leur fonction éducative, les rassurer, les orienter, les conseiller et, plus tard, soutenir les parents dépassés ou défailants. Des lieux de concertation seraient donc très utiles.” (p.136)⁶⁸

Comment ?

Comme nous l'avons vu au cours de nos entretiens, les parents ont eu connaissance de l'existence de structures d'accompagnement parental telles qu'ARPEJ, principalement par le bouche-à-oreille. Il est nécessaire de faire connaître l'existence de ces dernières à travers la mise en place d'outils/supports de communication tels qu'un guide d'information sur la parentalité, des affiches, des flyers qui pourraient être largement diffusés et facilement accessibles.

Où, avec qui ?

Il paraît essentiel de cibler des endroits stratégiques fréquentés par les enfants et les parents. Pour ce faire, la mise en place de partenariat avec certains acteurs gravitant autour de ce type de public n'est pas négligeable.

Au cours de nos entretiens, les parents font mention d'acteurs, d'association, tels que la Maison des adolescents, le corps médical ou encore le milieu scolaire. Dans ce sens, nous pourrions imaginer pour la Maison des adolescents, par exemple, la mise en place d'atelier, d'intervention pour d'une part faire connaître les structures d'accompagnement parental et d'autre part, nous pouvons imaginer des interventions, des séminaires autour de thématiques comme la parentalité ou encore les conduites à risques. Les mêmes propositions peuvent également s'appliquer au milieu scolaire. Se rapprocher d'association de parents d'élèves permettra de faire connaître les

⁶⁸ TUBIANA Maurice, (2006). Santé mentale de l'enfant: Conclusions du rapport à l'Académie de médecine. *VST - Vie sociale et traitements*, (91), 116-143

dispositifs de ce type, mais aussi d'apporter des connaissances aux parents, qui nous l'avons vu se sentent coupables. En effet, ce sentiment de culpabilité survient suite au choc de la découverte de la problématique, mais aussi parce que ses derniers n'ont pas "su identifier les signes avant-coureurs". Dans ce sens, ce type de démarche interviendrait comme des mesures préventives et permettrait d'éviter et/ou de temporiser les souffrances liées à l'arrivée de la problématique du jeune.

De plus, le corps enseignant pourrait également être formé sur le sujet et relayer l'information auprès des parents qui rencontrent des difficultés dans ce domaine. Une intervention sur le harcèlement scolaire par exemple, thématique qui ressort fréquemment au cours de nos entretiens, pourrait être mise en place. En effet, en donnant des clefs aux enseignants sur la reconnaissance des signes du harcèlement scolaire, comment réagir, comment aborder le sujet avec le jeune et les parents, ces derniers seraient plus enclins à maîtriser ce phénomène de plus en plus présent dans le milieu scolaire. Aussi, l'article de Maurice Tubiana souligne qu'il est possible également de sensibiliser les jeunes aux conduites à risques, mais aussi qu'il est nécessaire d'intervenir auprès des enfants avant qu'ils ne commencent leur adolescence :

"Il est légitime de sensibiliser les enfants de 8-12 ans aux dangers de certaines habitudes de consommation. Une information sur les principaux produits (tabac, alcool, cannabis) et leurs effets devrait être envisagée dès cet âge (effets sur la santé, sur le comportement, par exemple la désinhibition par l'alcool et son influence ainsi que celle du cannabis sur la conduite de véhicules à moteur et les accidents...). À cet âge l'enfant est enclin à croire l'adulte : devenu adolescent il lui restera des éléments de cette information. En revanche, la prévention au moment de l'adolescence s'avère d'autant plus difficile que le jeune est alors précisément à la recherche de conduites à risque et que, de ce fait, il s'oppose aux adultes et à leurs discours."
(p.123)⁶⁹

L'école n'est pas le seul lieu stratégique à cibler qui permettrait de faire la promotion des structures d'accompagnement parental. En effet, la communication autour de l'existence de ces dispositifs pourrait se faire via les complexes sportifs, les clubs associatifs, les centres

⁶⁹ Ibid

éducatifs, les foyers, les centres aérés fréquentés par les enfants et les parents. Pour ce faire, un partenariat avec la municipalité serait un vrai atout.

Aussi, au cours de nos entretiens, les parents nous ont fait part d'une relation conflictuelle avec le monde médical. Néanmoins, nous pouvons imaginer que ces acteurs jouent un rôle dans la prévention des conduites à risque et la connaissance de dispositifs d'aide à l'accompagnement parental. Nous pensons par exemple aux maternités, au médecin généraliste qui pourraient afficher des outils de communication sur les différentes structures d'accompagnement parental.

Enfin, pour faire un parallèle avec l'aspect communication de la relation thérapeutique, nous avons mis en lumière l'idée selon laquelle les parents constatent un manque de délivrance d'information médicale. Les parents véhiculent un certain nombre d'incompréhensions et d'incertitudes vis-à-vis de ce que traverse leur enfant. Nous avons eu affaire à des parents, qui loin de rester passifs face à la situation, sont au contraire pleinement mobilisés dans l'intérêt de leur enfant. Les mères sont engagées dans un processus d'activation de leurs ressources afin de trouver des réponses et des solutions. Cependant, elles se heurtent souvent aux limites du système. Si elles s'évertuent à trouver de l'information, elle n'est pas toujours disponible. Nous avons vu que les professionnels des structures d'accompagnement parental essaient au mieux de pallier ces lacunes en relayant des livres, des revues, des films auprès des parents et en délivrant les connaissances qu'ils possèdent. Néanmoins, cela ne suffit pas toujours. Il est possible pour eux de se prononcer sur des aspects qui touchent aux relations intrafamiliales, aux émotions ou encore aux comportements de l'adolescent. En revanche, dans les cas les plus extrêmes de trouble pour lesquels un diagnostic est posé, les accueillants ne sont pas qualifiés pour renseigner les parents.

Ainsi, il serait important d'accentuer et de renforcer les partenariats entre les dispositifs d'accompagnement parental et le corps médical afin de s'assurer que l'information puisse être transmise aux parents sans pour autant peser sur la charge de travail des médecins, déjà à flux tendu. Il s'agirait d'une part de proposer une formation des accueillants afin de les sensibiliser aux diagnostics et de les rendre plus aptes à discuter des diagnostics médicaux avec les parents. D'autre part, comme ce n'est pas leur vocation première, l'idée de renforcer le partenariat avec d'autres structures comme la Maison des Ados apparaît de nouveau comme primordiale. Si une véritable relation triangulaire s'installe, le relais pourrait être fait entre chaque type de structure et proposer un accompagnement le plus complet possible aux parents. C'est en se complétant

que les structures pourraient renforcer leur impact auprès des parents et répondre au mieux aux besoins des parents.

- **Les méthode (s) : Suivi individuel et groupe de pairs**

Au cours de nos entretiens, nous avons vu que la majorité des parents privilégie les entretiens individuels pour répondre à ce besoin d'accompagnement. Les groupes de pairs sont moins populaires auprès des parents, car ils remarquent des problèmes de découpages dans la constitution des groupes. Dans ce sens, on peut développer les modes de prises en charge collective comme un soutien, un prolongement de l'accompagnement des parents. Néanmoins, cette prise en charge ne doit pas se faire au détriment des entretiens individuels qui, au regard des parents, constituent le besoin primaire de ces derniers.

Aussi, ceux qui ont participé à ses groupes évoquent une baisse de moral en sortant de ces derniers à cause de la violence de certains témoignages. Ainsi, il nous paraissait intéressant de faire participer à ces groupes de parole, des personnes qui sont sorties du dispositif d'ARPEJ afin de "redonner de l'espoir" aux parents. C'est aussi une occasion de partager son expérience mais avec une note plus positive, porteuse d'espoir pour ces parents en difficulté. L'enjeu serait de véhiculer l'idée selon laquelle "On peut s'en sortir. Malgré les épreuves, les difficultés qui nous semblaient parfois inextricables, on peut réussir à avancer". Cela permettrait aussi de s'appuyer sur les savoirs qu'ils ont acquis grâce à leur expérience de la santé mentale et du soutien à la parentalité. Ces derniers pourraient eux aussi apporter une aide concrète aux parents et compléter ainsi le suivi des entretiens individuels. Cette parole "expérientielle" permettrait de légitimer les groupes de parole et de leur donner un caractère davantage "professionnel", là où les groupes sont souvent pointés du doigt comme des espaces où "tout le monde a ses propres problèmes et la tête dans le guidon, souvent avec des problématiques très différentes". Ces quelques "anciens" pourraient faire prendre du recul aux participants.

Enfin, mettre en place ce type d'initiative semble d'autant plus facile puisqu'au cours de nos entretiens, les parents sont très reconnaissants de l'aide apportée par ARPEJ et souhaitent donc "rendre l'appareil".

- **Mise en place de téléconsultation ?**

Nous avons vu précédemment que la liste d'attente d'ARPEJ est surchargée et que les parents ressentent une certaine frustration face à un besoin qui n'est pas comblé dans l'immédiat. Nous pourrions envisager, dans la mesure du possible, la mise en place de créneau "d'urgence" face aux parents qui ne peuvent pas attendre sous forme de téléconsultation. Aussi, proposer ce type de consultation aurait plusieurs avantages : cela permettrait de faire gagner du temps en termes d'organisation au parent puisqu'ils n'auraient pas à prendre le temps de se rendre à la structure. Il s'agit aussi peut-être d'un moyen de lutter contre l'image stigmatisante d'avoir recours à ce type de dispositif et de peut-être toucher un public qu'on ne retrouve pas dans ses structures : les classes populaires. En effet, en passant par ce support, ils n'auraient pas à avoir peur de croiser d'autres personnes qu'ils connaissent. De plus, le côté informel sous forme d'entretien vidéo pourrait potentiellement pousser ce public absent à tenter l'expérience puisqu'ils ne risquent pas de se faire reconnaître, ne perdent pas de temps à se rendre à la structure, ni d'argent en se laissant tenter. Aussi, la téléconférence pour toutes les raisons évoquées auparavant pourrait être un moyen de s'entretenir avec les pères de famille. On peut imaginer que si l'envie se présente pour les pères de famille, de s'entretenir, même quelques minutes, avec l'accueillant après que la mère ait fini son entretien par exemple, c'est possible et pourquoi pas, lui donner envie de s'investir davantage dans l'accompagnement.

- **La surreprésentation des classes moyennes et aisées et l'absence des classes populaires :**

Au cours de nos entretiens, nous avons vu que notre panel d'enquêtés était majoritairement constitué de personnes issues des classes moyennes et aisées. Nous avons, par la même occasion, constaté la faible présence de parents issus des classes populaires. Ce phénomène n'est pas sans rappeler, le constat général, que pointent la majorité des acteurs travaillant de près ou de loin sur la question adolescente, à savoir l'absence des parents issus des classes populaires dans les dispositifs créés pour leur venir en aide.

Nous avons conscience que nos entretiens ne reflètent pas la totalité et la diversité des publics accompagnés par ARPEJ puisque nous ne nous sommes entretenus qu'avec 27 parents reçus en entretien individuel. Parallèlement, nous l'avons déjà évoqué plus haut, ARPEJ possède d'autres modalités d'action. C'est notamment le cas des actions délocalisées qui

trouvent leur cœur cible au sein des quartiers politiques de la ville. Ce qui nous amène à penser qu'ARPEJ va à la rencontre des publics défavorisés par d'autres moyens que dans le cadre de ce que nous avons étudié. Donc il ne faudrait pas conclure trop vite au fait que cette structure ne touche que des publics aisés.

A travers notre enquête, nous pouvons dire que les actions délocalisées portent leurs fruits puisque le peu de parents issus des classes populaires interrogés par nos soins, nous confie avoir connu ARPEJ au cours de ces actions. Dans ce sens, celles-ci fonctionnent et méritent d'être maintenues. Cependant, nous pouvons nous interroger sur la plus faible mobilisation des publics défavorisés dans les accompagnements au sein d'ARPEJ.

Nous faisons l'hypothèse suivante : ce n'est pas la finalité des actions qui est à remettre en cause, mais peut être un problème dans les méthodes employées pour parvenir à toucher ce public. Nous pensons qu'une étude sociologique mériterait d'être consacrée sur le sujet pour saisir les raisons de cette absence, mais aussi éclairer les moyens et méthodes à privilégier pour ramener ce type de public dans les dispositifs d'accompagnement parental.

En effet, la littérature sociologique a démontré que raisonner en termes de classe revient à reconnaître un ensemble de comportements, mœurs, manière de réagir spécifique à chaque classe. Dans ce sens, les méthodes employées actuellement par les acteurs gravitant autour de la question de l'accompagnement parental fonctionnent peut-être plus pour un certain type de public, à savoir les classes moyennes et aisées et moins pour d'autres, les classes populaires. Nous pouvons supposer que les actions collectives sont adaptées pour aller directement toucher les publics les plus éloignés des institutions. En revanche, les entretiens individuels s'inscrivent dans une démarche de demande d'aide exigeant des parents qu'ils viennent d'eux-mêmes solliciter l'accompagnement. C'est sur cette modalité que les publics ne sont pas tous égaux.

Dans ce sens, un travail mêlant théorie sociologique et entretien auprès des principaux concernés pourrait contribuer à apporter des éclairages sur ce phénomène et, pourquoi pas, participer à trouver des solutions pour y répondre.

Bibliographie (classée par thème)

Parentalité/Adolescence :

- BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien, FANSTEN Maïa, MOUGEL Sarra, PLANCHE Maëlle, VAUMORON Sébastien, 2019, *Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H*, Sciences Sociales et Santé, vol 37, n°1, p. 5-42.
- BARIAUD, Françoise, & DUMORA, Bernadette (2004). Les adolescents dans la société d'aujourd'hui. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 33/2, 191-204. <https://doi.org/10.4000/osp.2136>
- CLAES Michel, 2004, *Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels*, p. 205-226. <https://journals.openedition.org/osp/2137>
- CLAES Michel (2003). 5. Les relations avec les parents : attachement et contrôle. © Presses de l'Université de Montréal, 2003 Conditions d'utilisation : <http://www.openedition.org/6540>. <https://books.openedition.org/pum/13740>
- COTON Pascale, ROY Geneviève, 2017, *Les conséquences des séparations parentales sur les enfants*. <https://www.vie-.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000783.pdf>
- EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2003, « Qui a peur de la parentalité ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 255-262.
- ENSP. (2000). *La prise en charge sanitaire des adolescents* (thème 26). https://documentation.ehesp.fr/memoires/2000/mip/g_26.pdf
- GEBLER Laurent, « La responsabilité des parents et des établissements du fait des dommages causés par les mineurs », *Journal du droit des jeunes*, 2001/4 (N° 204), p. 8-11. DOI : 10.3917/jdj.204.0008. URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2001-4-page-8.htm>

- MARTIN Claude, 2003, *La parentalité en question. Perspectives sociologiques : Rapport au Haut conseil de la population et de la famille.*
- NEYRAND Gérard, 2007, « Evolution de la famille et rapport à l'enfant », *Enfances & Psy*, n°34, p. 144-156.
<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-1-page-144.htm>
- SEGALEN Martine, MARTIAL Agnès, « Chapitre 5 - Filiation et parentalité », dans : *Sociologie de la famille.* sous la direction de SEGALEN Martine, MARTIAL Agnès. Paris, Armand Colin, « Collection U », 2013, p. 134-153. DOI : 10.3917/arco.segal.2013.01.0134. URL : <https://www.cairn.info/--9782200286019-page-134.htm>

Pair-aidance :

- BEETLOSTONE Emma, LOUBIERES Céline, CARIA Aude, 2011, *Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques*, Santé Publique, vol. 23, p. 141-153.
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-sante-publique-2011-HS-page-141.htm>
- DAURE Ivy, MOUTARD Marie, 2020, « Pair-aidance et psychiatrie, du côté des familles : une expérience, un témoignage », *Le Journal des psychologues*, n° 374, p. 31-36. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-le-journal-des-psychologues-2020-2-page-31.htm>
- DECHAUX Jean-Hugues, 2007, La bienveillance fraternelle et ses limites : le soutien moral entre germains et adultes , *L'Année Sociologique*, vol. 57, n°1, p. 179- 205.
- FRANCK Nicolas, CELLARD Caroline, 2020, “*Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*”.

- DEMAILLY Lise, GARNOUSSI Nadia, 2015, *Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. Sciences et actions sociales*, p. 01-22.

Santé Mentale :

- BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien (2019). Familles et handicaps mentaux ou psychiques. *Savoir/Agir*, 47, 73-82. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/sava.047.0073>
- BLUM Pauline, FAVIER Elsa, « Des trajectoires maternelles sinueuses. Des femmes des classes supérieures à l'épreuve de la psychiatrie », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16 | Automne 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016, consulté le 26 mai 2022. URL : <http://journals.openedition.org/gss/3928> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/gss.3928>
- CASTEL Robert, LE CERF Jean-François, 1980, *Le phénomène "psy" et la société française. Vers une nouvelle culture psychologique*, le Débat, vol.1, n°1, p. 32-45
- DARGERÉ Christophe, (2014). La stigmatisation des adolescents placés en institution médico-sociale. *Déviance et Société*, Vol. 38(3), 259 -284. <https://doi.org/10.3917/ds.383.0259>
- DEMAILLY Lise, 2011, *Repères Sociologie, Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte.
- DORE Isabelle, CARON Jean,. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- EIDELIMAN, J. S. E. (2010, juin). "Spécialistes par obligation" Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00333296>

- *Les droits de la personne en santé mentale.* (2020). <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/DroitsdelapersonneensantementaleG2.pdf>
- *Les problèmes de santé mentale, en augmentation en 2020, impactent fortement l'activité des généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* (2020, 1 janvier). [Communiqué de presse]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-problemes-de-sante-mentale-en-augmentation-en-2020-impactent-fortement>
- MARTIN Jean-Pierre, 2002, "La maladie mentale comme objet sociologique." *Mouvements*, p. 128-132. <https://doi.org/10.3917/mouv.021.0128>
- PIEL Eric, & ROELANDT Jean-Luc, (2001). De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. *Rapport de mission*, 4-85. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000522.pdf>
- Santé Publique France. (2022, mars). *Santé mentale et COVID-19.* <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
- Sénat. (2022, juin). *Situation de la psychiatrie des mineurs en France.* <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4949.html>
- SICOT François, 2006, *La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ?* *Déviance et Société*, p. 203-232. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/ds.302.0203>
- TUBIANA Maurice, (2006). *Santé mentale de l'enfant: Conclusions du rapport à l'Académie de médecine. VST - Vie sociale et traitements*, (91), 116-143. <https://doi.org/10.3917/vst.091.0116>
- VANDER BORGHT Christine, (2003). *Violence des institutions, violences en institution. Thérapie Familiale*, 244-337. <https://doi.org/10.3917/tf.034.0337>

Addictologie et parentalité :

- BECK François, OBRADOVIC Ivana, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2010, *Regards sur les addictions des jeunes en France*, Sociologie, Vol. 1, p. 517-535.
10.3917/socio.004.0517 <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2010-4-page-517.htm>
- CASSEN Myriam, DELILE Jean-Michel, 2007, *Thérapies familiales et addictions : nouvelles - perspectives*, Psychotropes, Vol. 13, p. 229-249.
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2007-3-page-229.htm>
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2014, « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, p. 61-68. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-2-page-61.htm>
- SCROCCARO Nathalie, 2017, *Les addictions à l'adolescence. Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches*, « Chapitre 1. Attitudes et rôles de l'entourage face aux addictions des jeunes », Boeck Supérieur, p. 9-45. URL : <https://www.cairn.info/---page-9.htm>
- SCROCCARO Nathalie, 2017, *Les addictions à l'adolescence. Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches*, Chapitre 3. « La place de l'entourage dans les dispositifs de soins », p. 79-97.
URL : <https://www.cairn.info/---page-79.htm>
- YAKOUB Saâdia, 2017, « La prise en charge psychologique de la famille », *Pratiques cliniques en addictologie*, p. 145-152.
URL : <https://www.cairn.info/---page-145.htm>

Autour du CMP:

- DUPAYS, S. D., EMMANUELLI, J. E. (2020, juillet). *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient* (N° 2019-090R). <https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf>

- LEJART Valérie, GRULOIS David, GUETTA Johanna, 2013, “ Un CMP à l'école des parents.” *Enfances & Psy*, p. 193-203. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/ep.059.0193>
- MARTI Renée, 2007, “Soigner un enfant en Centre Médico-Psychologique”, *Gestalt*, p. 97-110. <https://doi.org/10.3917/gest.032.0097>
- QUANTIN Laure, BENOIT Jean-Pierre, 2020, “Le CMP aujourd’hui : atouts, écueils et perspectives.” *Enfances & Psy*, p. 3-55. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/ep.088.0043>

Méthode :

- BEAUD Stéphane, WEBER Florence, 2003. *Guide de l'enquête de terrain*, La découverte.
- CHAXEL Sophie , FIORELLI Cécile, MOITY-MAIZI Pascale, 2014, « Les récits de vie : outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action », dans revue *Interrogations ?*, n°17. L'approche biographique, <http://revue-interrogations.org/Les-recits-de-vie-outils-pour-la>

Autres thèmes :

- CARREL Marion, LOIGNON Christine, BOYER Sophie, De LAAT Marianne, « Les enjeux méthodologiques et épistémologiques du croisement des savoirs avec les personnes en situation de pauvreté. Retours sur la recherche ÉQUIsanTÉ au Québec », *Sociologie et Sociétés*, vol. XLIX, n°1, 2017, p. 117-140 <https://doi.org/10.7202/1042808ar>
- CAUVY Audrey,. (2005, 15 juin). EHRENBERG Alain, *L'individu incertain*. Journals.Openedition.Org. <https://journals.openedition.org/osp/508>

- Conseil départemental du Pas-de-Calais. (2010). *Kit du droit des usagers. . . pour la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2*. <https://www.pasdecalais.fr/content/download/16108/164561/file/KIT+Droits+des+usagers.pdf>
- DUBET François. & MARTUCCELLI Danilo, 1998, *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil.
- INSEE. (2020, décembre). *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797670?sommaire=4928952&fbclid=IwAR0b921J3yr8WFYnCS09rHfQ669FDMuJw3z3U3dy_-wVQ1oX7v4CZHKwzBs
- INSEE, & ROUSSEL, P. R. (2022, mars). *Femmes et Hommes : une lente décrue des inégalités*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047789?sommaire=6047805>
- LAMY, A. L. (2017). Mise en cause de l'autorité médicale et légitimation du discours d'expérience sur les forums de discussion en ligne. *journals.openedition.org*. <https://doi.org/10.4000/quaderni.1074>
- OMS. (2022, 2 mars). *Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19* [Communiqué de presse]. <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- PAUGAM Serge, (2012, 3 février). *Les formes contemporaines de la disqualification sociale | ceriscope*. <http://ceriscope.sciences-po.fr>. <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part5/les-formes-contemporaines-de-la-disqualification-sociale>
- RODE, A. R. (2010). *Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/document>
- Santé Publique France. (2021, mai). *CONFÉADO : une étude destinée aux enfants sur le vécu du confinement lié à l'épidémie de COVID-19*. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/confeado-une-etude-destinee-aux-enfants-sur-le-vecu-du-confinement-lie-a-l-epidemie-de-covid-19>

- TOURETTE-TURGIS, C. T. T., & THIEVENAZ, J. T. (2013). *La reconnaissance du « travail » des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation*. cairn. <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2013-4-page-69.htm>
- VOEGTLI, M. (2004). *Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence – Lien social et Politiques –*. Érudit. <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2004-n51-lsp758/008877ar/>

Annexes

Annexe 1 :

SCHEMA DE PRESENTATION D'ARPEJ :

The screenshot displays a presentation software interface with a central slide titled "Ced'Agir Addictions". The slide features a central diagram with the following components:

- Centre:** Ced'Agir Addictions
- Hebergements (Pink):**
 - Centre thérapeutique résidentiel
 - Appartement, thérapies
 - Hebergements thérapeutiques
 - CAK-BUD Hébergement d'urgence
- Soins Ambulatoires (Purple):**
 - CSA ou Centre de soins, accompagnement et de prévention en addictologie
- Jeunes et entourage (Blue):**
 - Prévention
 - Jeunes consommateurs
 - CC = Consultations
- Parentalités et familles (Green):**
 - ASPE = Aide à la relation Parents-Enfants-Jeunes
 - EMOP = Equipe Médiale Parentale
- Pôle recherche (Orange):**
 - Centre de recherche Clure Bleu
 - SINTES = Systèmes d'identification National des Substances
- Pôle ressources (Yellow):**
 - TRÉLIO = Tendances Identifiées en matière d'urgences
- Réduction des risques (Teal):**
 - Accueil de jour
 - Distribution de matériel (SPI)
 - Liste matériel à distribuer

The interface includes a top navigation bar with "Accueil", "Fichier", and "Redimensionner". A search bar is present with the text "Rechercher des modèles de Prést". The bottom of the screen shows a "Notes" section with a list of 11 slides, a zoom level of 38%, and system information including the date 24/03/2022 and time 14:50.

Annexe 2 :

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FAMILLES

Une question "introductive"

- Pouvez-vous nous raconter ce qui s'est passé, ce qui se passe avec votre enfant ? Comment avez-vous vécu en tant que parent cette situation ?
- Pouvez-vous nous raconter un petit peu le parcours de votre enfant depuis le début de l'apparition de problématiques en lien avec sa santé mentale ?

(ne pas dire "problématique", remplacer par la nomination donnée par les parents)
(avant/pendant/après ARPEJ, dépend du moment où ils/elles en sont dans l'accompagnement) + (possibilité de remplacer "enfant" par le prénom de l'enfant concerné si la discussion)
- A-t-il été pris en charge ?
 - Si non, souhaiteriez-vous qu'il soit pris en charge ?
 - Si oui, par qui ? (dans quel établissement, quel médecin...)
- Est-ce qu'on vous a accompagné ? Comment ça s'est passé pour vous ? (remplacer problématique par la nomination donnée par les parents) ?
- Comment considérez-vous cet accompagnement pour votre enfant ? Et pour vous ?
- L'accompagnement est-il médical? Quels professionnels votre enfant a-t-il rencontrés (des médecins, des psys...)
- Comment le diagnostic a-t-il été posé ? Comment ça s'est déroulé ?
- Dans quel cadre ? Avez-vous assisté à ces rencontres ? Est-ce qu'on s'adressait à vous comme parent ou uniquement à votre enfant ?

- Est-ce que votre enfant a été hospitalisé ? Mise en place d'un traitement...?) → Faire évoluer la discussion si cela est possible. Si vous le voulez bien, pouvez-vous nous raconter un peu le parcours thérapeutique ?
- Quel ressenti avez-vous en lien avec cet accompagnement ?
- Cela a-t-il amené chez vous des préoccupations, donné lieu à des questions un peu laissées sans réponse ?
- Qu'a provoqué chez vous le diagnostic de votre enfant ? En termes d'émotions, de ressentis personnels à vous en tant que parent mais aussi en tant que femme/homme ?
- Quels changements ça a engendré dans votre quotidien ? Sur quels aspects de votre vie la maladie a-t-elle eu un impact dans votre vie ? Habitudes quotidiennes ? Pratiques de la vie de tous les jours ? Votre couple ? Votre profession ? Vos relations aux autres ?
- Vous a-t-on expliqué les problématiques de votre enfant ? Vous a-t-on conseillé sur quoi faire comme parent dans une telle situation ? Est-ce qu'on vous a donné des conseils ?
- Vous êtes-vous senti écoutés? Pris en compte? Vous êtes-vous senti acteurs dans la prise de décision? Avez vous impliqué votre enfant dans ces décisions?
- Avez-vous eu votre mot à dire dans les décisions prises à l'égard de votre enfant ? Avez-vous été inclus dans la/les décisions liées aux problématiques de votre enfant ?
- Avez-vous énoncé certains besoins qui n'ont finalement pas été pris en compte ?
- Qu'est ce que vous n'avez pas trouvé dans ces établissements? et/ou même chez Arpej ? (Qu'avez vous trouvé d'utile ? amené la comparaison?)
- Avez-vous d'autres attentes, d'autres besoins que vous n'avez pas encore réussi à remplir ou qui n'auraient pas été pris en compte? (que ce soit chez Arpej ou ailleurs)
- Selon vous, avec votre expérience, de quoi a-t-on besoin en tant que parent, quand son enfant rencontre des problèmes psy ?

Parentalité :

- Questionner la relation parent/enfant :
- Votre enfant exprime-t-il des raisons, des causes en lien avec ce qui lui arrive ? Est-ce qu'il en parle avec vous ?
- Comment envisagez-vous votre rôle de parent ? Comment le percevez-vous ?
- Comment jugez-vous la relation que vous avez avec votre enfant ?
- Quelles sont les problématiques qui reviennent le plus souvent ?
- En cas de conflits, comment réagit votre enfant ? Comment réagissez-vous ?
- Avez-vous observé des moments où votre relation s'est améliorée / dégradée ? Savez-vous pourquoi elle s'est améliorée ou au contraire dégradée ?
- Comment vivez-vous cette situation ?
- La relation avec votre enfant a-t-elle changé depuis le début de l'apparition de problème ? Depuis sa prise en charge ? Depuis votre recours à ARPEJ ?
- Est-ce que votre enfant est au courant de votre venue chez Arpej ? En avez-vous discuté avec lui ?
 - Si oui, comment a-t-il réagi face à votre venue ici ? L'avez-vous poussé à venir ici également ?
 - Si non, pourquoi ne lui avez-vous pas dit ?
- Comment est votre relation actuellement ?
- Vous sentez vous "armés" pour faire face aux problématiques de votre enfant désormais ? Il y a t-il encore des besoins que vous n'arrivez pas encore à trouver dans n'importe quel établissement ?

L'environnement familial

Questionner les relations au sein de la famille :

- Avez-vous d'autres enfants ?
- Si oui, racontez-nous comment se passe votre relation avec eux ?
- Comment se passe la relation entre vos enfants entre eux ? mais aussi de manière générale avec les autres membres de la famille ? (cousins, cousines, tante, oncle, grands parents...)
- Avez-vous déjà discuté de vos problématiques avec votre enfant à d'autres personnes ? Membres de la famille ? ou est-ce tabou ou la parole est plutôt "libérée"?
- En avez-vous parlé à d'autres personnes ? (amis, voisins... mais aussi médecins, psy, etc) ?
- Les problématiques de votre enfant a-t-elle eu d'autres répercussions au-delà de votre relation avec lui ? Est-ce-que cela a eu un impact sur votre vie conjugale, professionnelle, familiale, sociale ...? Si oui, pouvez-vous nous raconter un petit peu les changements que cela a procuré ?

Accompagnement préalable (si nous n'avons pas eu la réponse avant, à adapter)

- Votre enfant a-t-il déjà été pris en charge dans une structure ?
- Avez-vous eu recours à d'autres structures / lieux / ressources avant de solliciter ARPEJ? (à développer en fonction de la réponse)
- Quel ressenti pouvez-vous exprimer par rapport aux lieux que vous venez d'évoquer?

Les attentes, ce qu'on vient chercher à Arpej et ce qu'on y trouve en réponse à nos besoins (si nous n'avons pas eu la réponse avant, à adapter):

- Question introductive: Est-ce que vous pouvez nous raconter un petit peu comment vous avez connu ARPEJ, (via CMP ou autre ?) depuis combien de temps venez-vous ici etc ?

- Racontez-nous un petit peu quelle forme votre accompagnement a-t-il pris chez Arpej ? (Combien de rendez-vous avez-vous eu avec eux ? sous quelle forme ? Entretiens individuels et/ou collectifs ? seul ou accompagné ? avec votre enfant ou votre conjoint ?)
- Quel est le motif initial de votre venue chez Arpej?
- Qu'est ce que vous attendiez d'Arpej la première fois que vous êtes venus ? (poser un diagnostic, trouver une oreille attentive, du soutien, de la compréhension, du réconfort, de parler des problématiques de l'enfant et de se sentir écouté et compris pour confirmer ou non le besoin de prise en charge de l'enfant)
- Vos besoins ont-ils évolué/changé au fur et à mesure de l'accompagnement ?
- Comment percevez-vous les professionnels d'ARPEJ? Quelles relations entretenez-vous avec eux ?

Le pouvoir d'agir (empowerment) et pair-aidance

- Votre enfant est-il acteur dans les décisions que vous prenez à son sujet ?
- Avez-vous été essentiellement accompagné individuellement ou collectivement? (Avez-vous une préférence?)
- Auriez-vous envie d'échanger avec d'autres parents sur votre expérience?
- Pensez vous que cela pourrait vous apporter quelque chose ? Est-ce que ça pourrait vous être utile de rencontrer d'autres parents ?
- Ou auriez-vous envie de transmettre votre expérience d'accompagnement à d'autres parents ? (être celui qui transmet)
- Quelles compétences on gagne en tant que parent au fur et à mesure de l'accompagnement (et de l'évolution de la situation) ?

- Est-ce que vous avez l'impression d'avoir appris de nouvelles choses, développé de nouvelles compétences ?
- Est-ce que vous avez l'impression de pouvoir transmettre des choses aux autres?

Questions socio-démographiques :

- Quel âge avez-vous ?
- Quel diplôme avez-vous ? et le père ou la mère ?
- Quel métier occupez-vous ?
- Quelle est la situation de l'enfant ? (scolarité / études / autre)
- Êtes-vous mariés? divorcés ? célibataire ?
- Où habitez-vous ? Lieu (ville + appartement ou maison)

Annexe 3 :

GUIDE D'ENTRETIEN DES PROFESSIONNELLES

Questions introductives

- Quel est votre métier ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? Pouvez-vous nous présenter une journée type ? Combien de demandes avez-vous ?
- Comment se déroule une prise en charge "classique" ? Existe-t-il plusieurs "formules" de prise en charge ?

A propos de l'accompagnement des parents et des enfants (parcours d'arrivée au CMP)

- Comment les familles s'orientent-elles vers vous ? Sont-elles aiguillées ?
- Généralement, ont-ils un suivi avant votre rencontre ? Pendant ? Et après ?
- Jusqu'à quel point/limite/degré assurez-vous la prise en charge ?
- Comment définissez-vous les champs auxquels vous êtes affiliés en tant que travailleur.euse ? (définir la santé mentale, psychique, expositions de divers troubles... ?)

Concrètement dans la prise en charge (pendant la prise en charge)

- Quand un enfant vient dans votre service, est-il avec ses parents ?
- Demandez-vous à voir les parents (séparément ou avec l'enfant ?) Combien de fois voyez-vous l'enfant, à quelle fréquence (idem pour les parents le cas échéant) ?
- La présence des parents peut-elle freiner le soin médico-psycho ? Ou à l'inverse, les parents sont-ils des alliés dans la recherche de solutions ? Comment voyez-vous le rôle des parents dans la survenue de troubles et dans la tentative de les résoudre ?
- Pouvez-vous me raconter une prise en charge qui s'est bien passée, une autre qui s'est mal passée ?
- Concernant les difficultés générées par le trouble, la dépression etc des enfants : comment gérez-vous ce que cela provoque comme angoisse chez les parents ? Quelle position adoptez-vous face aux difficultés que rencontrent ces derniers ?
- Est ce que les familles comprennent les ordonnances, les diagnostics ou autres ? Ou y a-t-il des incompréhensions avec les familles face à ce qui leur est présenté ?

- Comment une prise en charge s'interrompt-elle? Avez-vous des indicateurs de fin de suivi ?

- Êtes-vous amené à mettre un terme au suivi ? ou êtes-vous amené à mettre un terme au suivi puis à reprendre en charge plus tardivement la famille ?

Le lien avec les structures d'accompagnement des parents et familles

- Est-ce que vous conseillez les parents / les enfants à aller voir d'autres structures, asso, médecins, etc. notamment par rapport à l'accompagnement des parents ?

- Travaillez-vous en lien avec d'autres structures ? Si oui, lesquelles ? (pas hésiter à proposer des types de structures à l'oral) Quel genre de lien entretenez-vous ? Quelle est la fréquence de vos échanges ?

- Pouvez-vous nous expliquer quelles sont les raisons qui vous poussent à re-diriger certains de vos patients vers d'autres structures telles que des associations ou même d'autres structures de manière générale ?

- Ou inversement, pouvez-vous nous expliquer les raisons que vos patients vous donnent dans la démarche inverse où ce sont eux qui ont été redirigé vers vous ?

- Connaissez-vous l'association ARPEJ ? Avez vous déjà orienté des patients vers ARPEJ ? Si oui, dans quel cas et pourquoi ?

- Ou inversement, avez-vous déjà reçu des familles qui ont été orientées par ARPEJ chez vous ?

A propos du métier

- Comment vivez-vous votre travail ? Comment vit votre service ? (Y'a t il de problématiques liées aux conditions de travail, manque de personnel, service surchargé...?)

- Votre équipe est-elle constituée d'une équipe pluridisciplinaire?
- Toute l'équipe est-elle mobilisée à chaque prise en charge ?
- Êtes-vous satisfait à la fin de la manière dont vous avez pris en charge vos patients ?
Si non, qu'auriez vous aimé faire ?

Annexe 4 :

FICHE SIGNALÉTIQUE ANONYME DES FAMILLES

Nom de la famille (Anonyme)	Noms anonymes des enfants concernés par une problématique	Âge des enfants	Sexe de tous les enfants	Nombre d'enfants	Tranche d'âge des parents	Situation parentale	Suivi de la famille au sein d'ARPE J	Niveau de diplôme des parents
Jacque	Henri Eliot Myriam Barbara	6 6 6 5	Fx2 + G x2	4	50-55 ans	Mariés		Bac + 3
Marco	Naëlle	4	Fx4	4	55-60 ans	Mariés		BTS
Matard	Héloïse Margot	4 3	Fx2	2	40-45 ans	En divorce		Bac + 3
Sigursson	Jade	4	Fx1+ Gx1	2	55-60 ans	En couple		Bac + 5

Prado	Alix Dominique	4 4	Fx1 + Gx1	2	50-55 ans	Mariés		Bac + 2
Petite	Léa	3	F	2	50-55 ans	Séparés		Bac
Delvaux	Zoé	4	F	1	40-45 ans	Séparés. Maman seule		Bac + 2
Gauchos	Monique	2	Fx2 + Gx1	3	50-55 ans	Mariés		Bac + 3
Botte	Charlotte Myriam	4 4	Fx2 + Gx1	3	45-50 ans	Mariés		Bac + 3
Lamb	Victorine	5	Fx2	2	50-55 ans	En couple		
Ronch	Manon	3	F	3	50-55 ans	Mariés		Bac + 1
Plouvain	Johanna	3	Fx1 + Gx1	2	50-55 ans	Mère seule		Bac
Carmelo	Joëlle	3	Fx3 + Gx2	5	50-55 ans	Mariés		Bac + 15 Bac + 8
Yelda	Laura	4	Fx3	3		Divorcés		Bac
Delpierre	Chloé	4	Fx2 + Gx1	3	50-55 ans	Mère seule		Bac + 8
Brodelle	Sylvain et Louis	4 5	Gx2	2	50-55 ans	En couple		Bac + 7
Sourire	Léana	4	Fx1 + Gx2	3	50-55 ans	Mariées		Bac + 10
Billard	Juline	3	Fx2	2	35- 40 ans	En couple		CAP + BEP
Lotin	Marie	3	Fx1 + Gx2	3	50-55 ans	Mariés		Bac + 1
Martin	Caroline	5	F	3	50-55 ans	divorcés		BEP
Lattre	Sabine	4	Fx2 + Gx1	3	45-50 ans	Mariés		Bac + 5
Nestor	Henri	3	Gx2	2		Séparés		

Burma	Sacha	4	Fx1 + Gx1	2	45-50 ans	Séparés		BTS
Tulle	Charlie	5	F	1	45-50 ans	Mère seule		DEUG
Castaldi	Kévin	3	Gx2	2	50- 55 ans	Mère seule		Bac + 3
Boisjo	Lise	4	Fx3	3	50-55 ans	Séparés		Bac + 1
Natte	Adil	2	Gx4	4	40-45 ans	Séparés		Bac

LÉGENDE :

Âge des enfants :

- 0-5 : 1
- 5-10 : 2
- 10-15 : 3
- 15-20 : 4
- 20-25 : 5
- 25 et + : 6

Sexe des enfants :

- Fille : F
- Garçon : G

Âge des parents :

- 35-40 ans
- 40-45 ans
- 45-50 ans
- 50-55 ans
- +60 ans

Suivi chez ARPEJ :

- Liste d'attente : vert
- En cours : orange
- Terminé : Rose

Annexe 5 :

LISTE DES ENTRETIENS PASSÉS AUPRÈS DES PROFESSIONNEL.LES

Nom anonyme	Métier exercé	Lieu d'exercice du métier
Mme Lupin	Assistante de service social du pôle de santé mentale	Hôpital
Docteur Fraisse	Médecin coordinateur	Maison des Adolescents
Mme Terrier	Assistante sociale	CMP
Mme Laurent	Infirmière	CMP

Annexe 6 :

NOTRE PANEL EN FONCTION DU PUBLIC ACCUEILLI CHEZ ARPEJ

- LE PUBLIC D'ARPEJ

rapport 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC (64-bit)
Fichier Edition Affichage Signer Fenêtre Aide

Accueil Outils rapport 2020.pdf x Se connecter

Lille rives	3	3
Lille St Maurice	1	
Lille Moulins	4	3
Lille Sud	16	14
Lille Wazemmes	1	2
Lille Vauban	5	
Vieux Lille	3	
Lille centre	6	

Situation matrimoniale des parents

En couple	31%
Séparé/divorcé vivant seul	58%
Veuf/veuve	1%
Non précisé	11%

17

Taper ici pour rechercher

Boîte de x rapport x RAPPOI x Mon Dir x Fiche si x Ordre di x Réunion x Google x Fiche si x Facebook x

Fichier C:/Users/marin/Downloads/rapport%202020.pdf

Applications Gmail PBLV Replay en ava... YouTube Maps Courrier - Marine Li... Environnement Nu... Facebook A4 - MARINE LIBES... Autres favoris Liste de lecture

RAPPORT D'ACTIVITE ARPEJ 2020 16 / 54 100% +

14

Qui prend contact lors de la 1^{ère} demande ?

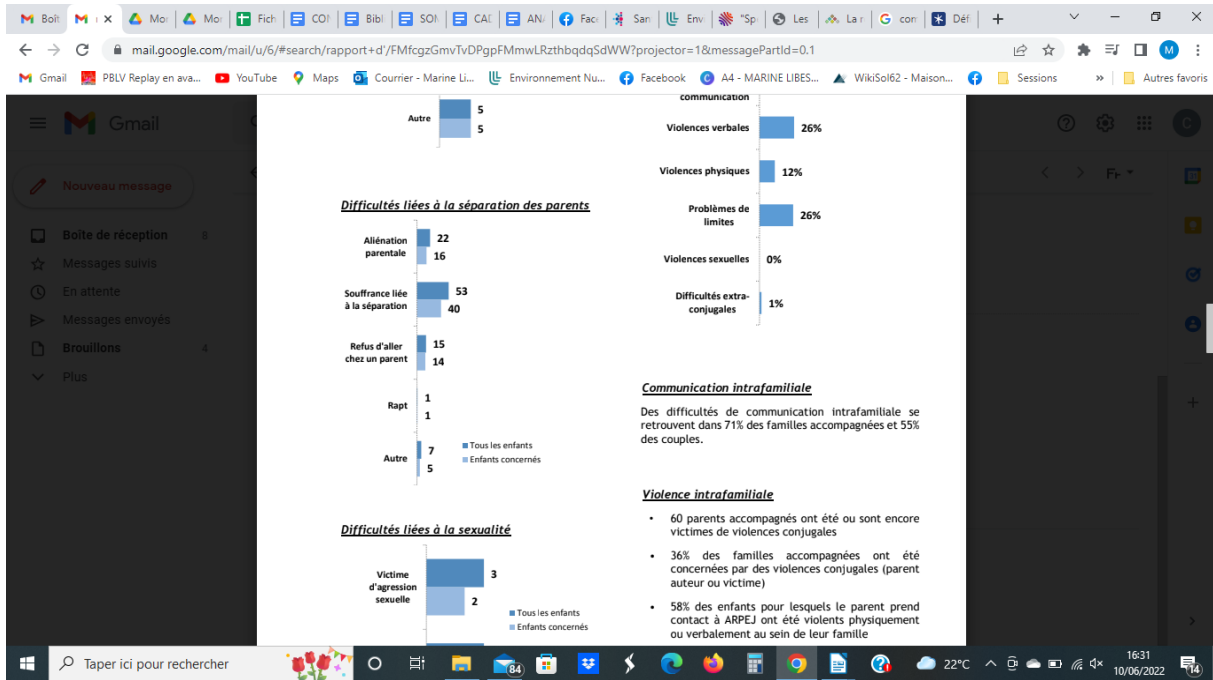
Mère	67%
Père	18%
Jeune	8%
Professionnel	5%
Autre	2%

Orientations par secteur d'activité

Etablissements scolaires	24%
Protection enfance	14%
Santé mentale	14%
Secteur social	10%
Psy libéral	8%
Violence cjsale/femmes	6%
Quartiers	2%

Taper ici pour rechercher

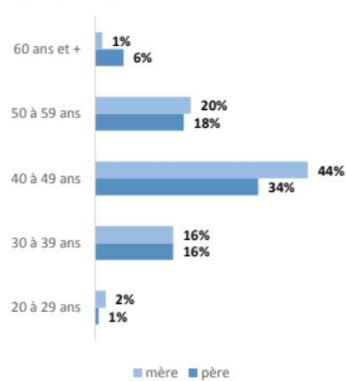
12°C 16:39 16/03/2022



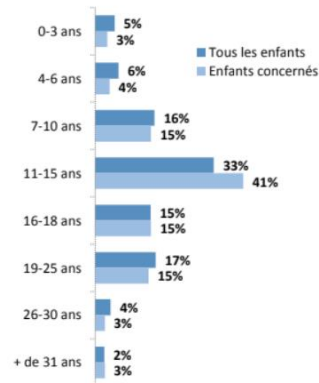
> Quelles sont les tranches d'âge des parents et des enfants concernés par un accompagnement chez ARPEJ ? :

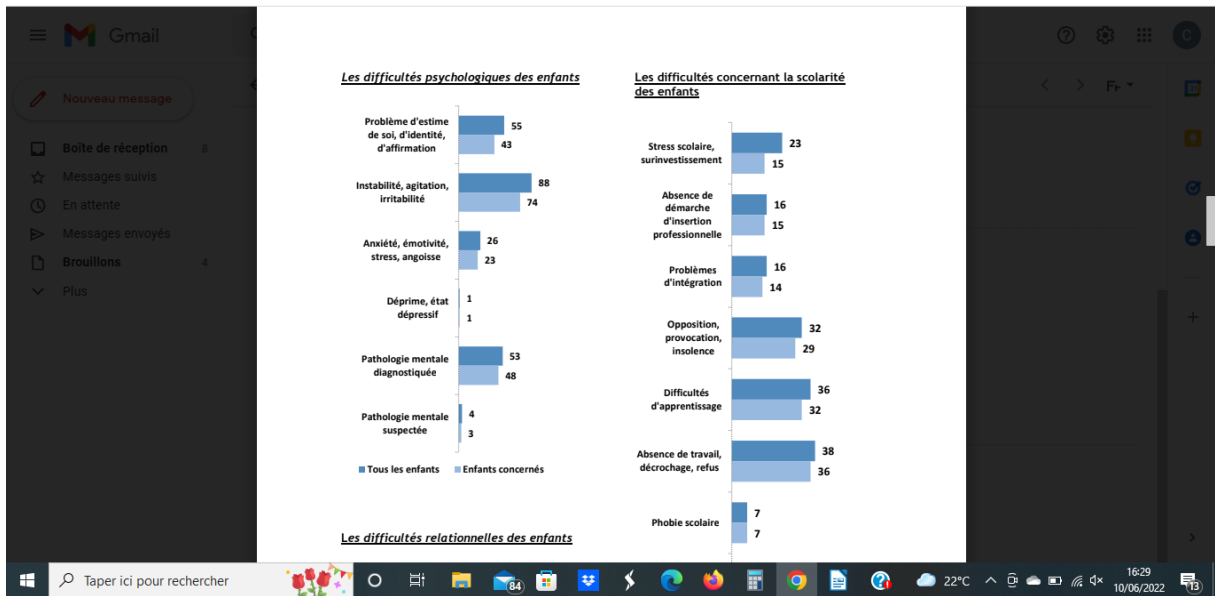
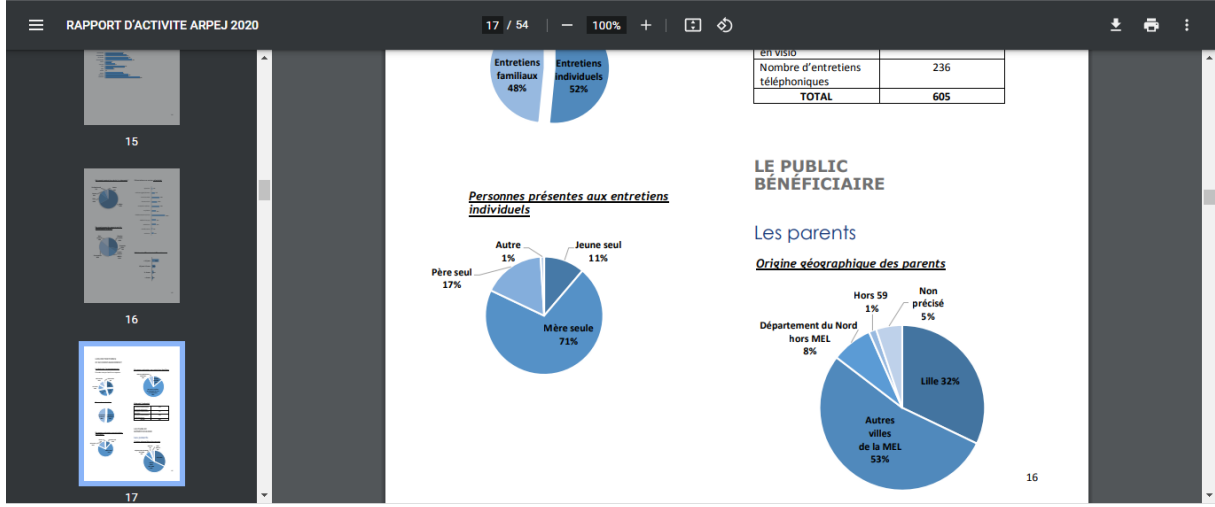
Âges des parents

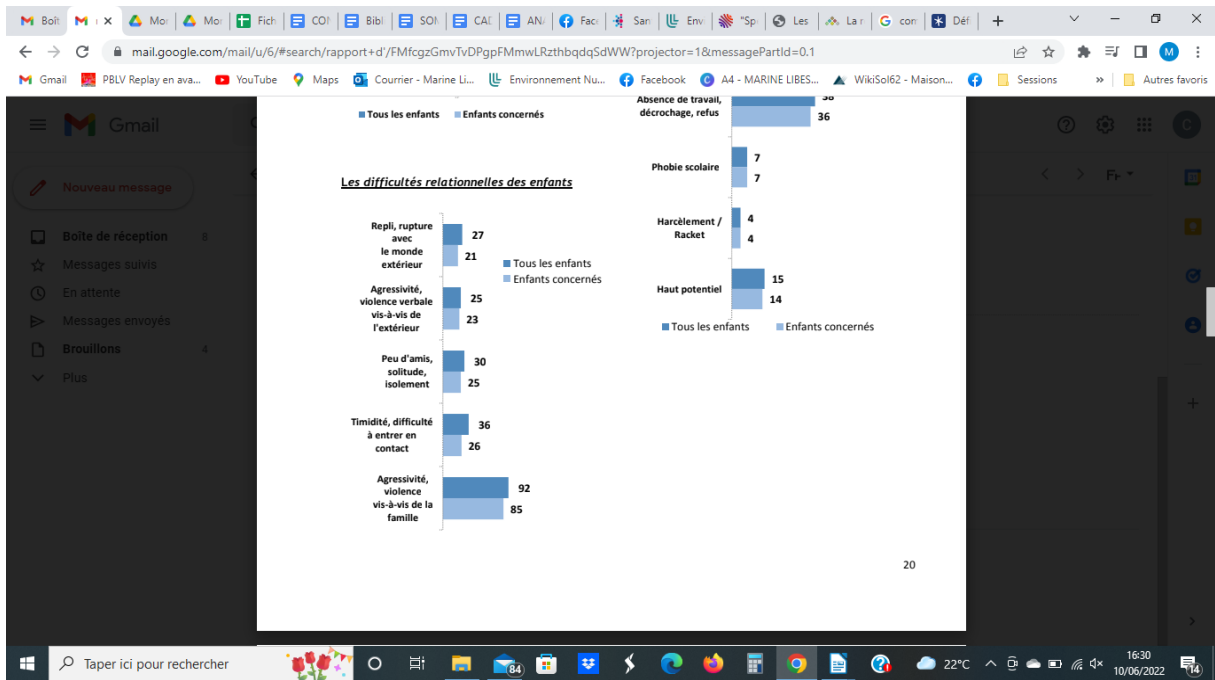
L'âge moyen des pères et mères est de 48 ans



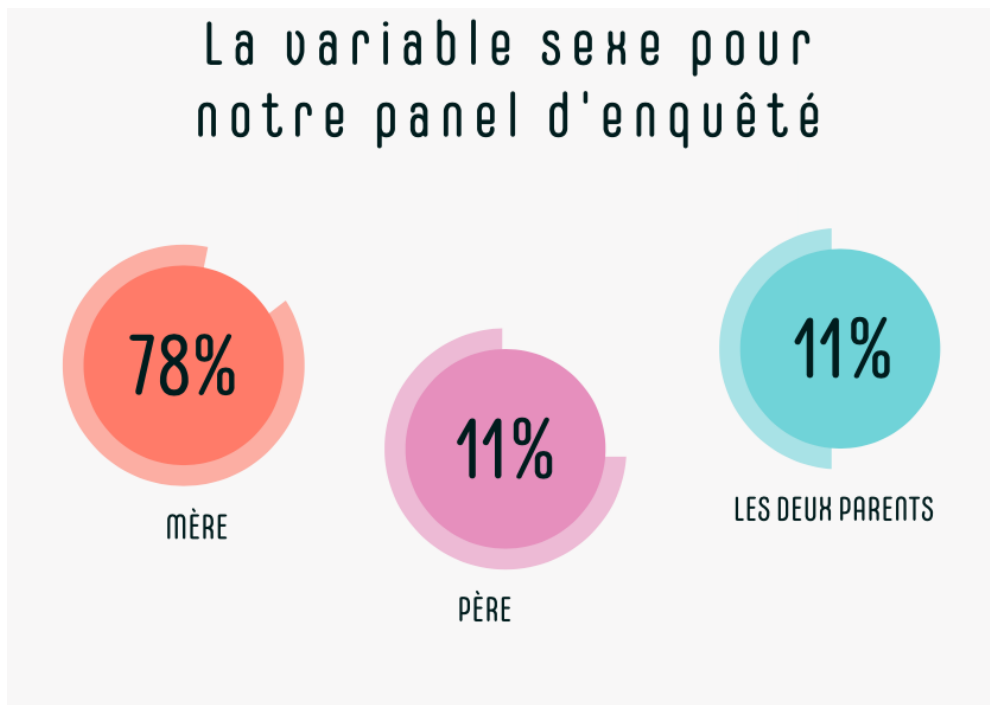
Âges des enfants



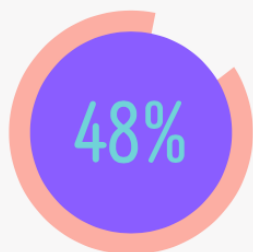




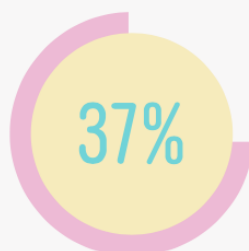
- NOTRE PUBLIC :



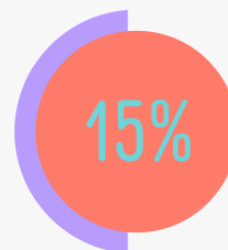
La situation matrimoniale de nos enquêtés



EN COUPLE/MARIÉS

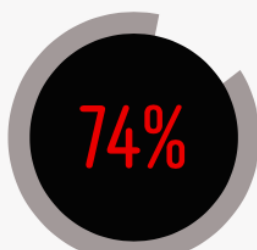


SÉPARÉS/DIVORCÉS

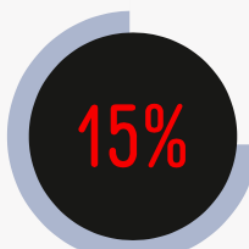


MÈRES SEULES

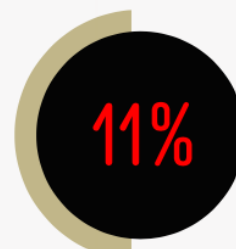
Au sein d'Arpej, à quel niveau d'accompagnement en sont nos enquêtés ?



EN COURS



LISTE D'ATTENTE



TERMINÉ

La parentalité à l'épreuve de la santé mentale des enfants : reconnaître les besoins d'accompagnements

A la croisée entre parentalité, santé mentale et prise en charge psychiatrique, l'enjeu de ce mémoire réside dans l'analyse et la qualification des besoins ainsi que des ressources des parents de mineurs ou de jeunes majeurs suivis en santé mentale. A travers une analyse multidimensionnelle reposant à la fois sur les conséquences du trouble au sein des familles, sur l'inscription des parents dans une démarche d'aide auprès des professionnels du soin et sur leur sollicitation de structures comme ARPEJ, nous avons dégagé une multitude de besoins ressentis et demandés par les parents.

Notre travail propose d'apporter un regard sociologique sur la nécessité pour certains parents d'avoir recours à un dispositif d'accompagnement parental. Dans un contexte de psychologisation de la société, nos schèmes de pensée sont de plus en plus orientés vers la prise en compte de la santé mentale comme l'un des aspects déterminant du bien-être et de l'évolution sociale d'un individu au sein même de cette société.

Ne voulant ni analyser la pratique des professionnels du dispositif ARPEJ, ni la satisfaction des parents quant à leur travail, nous nous sommes placés dans une perspective visant à comprendre le rôle que ce type de dispositif joue afin de répondre aux besoins concrets des parents. A travers une approche qui saisit les discours des parents, nous avons montré que la gestion de ces problématiques délaisse certains acteurs clés.

Notre objectif principal consistant dans l'essai d'une compréhension de la place que revêt ce type de structure quant au soutien à la parentalité des familles suivies.

Mots clefs : adolescence, parentalité, santé mentale, prise en charge, corps médical, ressources, besoins, accompagnement parental, soutien à la parentalité, CMP, soins, psychologie