

Note sur la notion d'« ensauvagement de la jeunesse » dans les dispositifs de santé mentale

1 De Lestrade, T. et Gilman, S. (2002) *Mémoire de sauvageons* [Film]. Zaradoc.

2 Pinto, S. (2020). Madness: recursive ethnography and the critical uses of psychopathology. *Annual Review of Anthropology*, 49(1), 299-316.

3 L'ethnologue Bronislaw Malinowski opère ce changement en abandonnant les entretiens réalisés avec les autochtones dans la Villa du colon au profit de la participation aux pratiques qu'il étudie.

4 C'est le cas notamment du travail de Jean Rouch sur les *Maîtres fous* au Ghana.

Durant l'été 2020, j'interviens pour une formation destinée aux professionnels dans un centre éducatif accueillant un public de jeunes délinquants. L'institution entretient de longue date des relations avec des cliniciens et des chercheurs en sciences sociales. Son directeur ambitionne de donner une dimension forte de « santé mentale » à l'intervention éducative. Cette ambition est nourrie par le constat que nombre de jeunes délinquants institutionnalisés ont un parcours de traitement psychiatrique. Je propose un échange participatif sur le thème « Pratiques de soins sensibles à la culture et à la société ». Un débat s'ouvre après que nous avons visionné le documentaire *Mémoire de sauvageons*¹. Ce film relate l'expérience d'un établissement ayant développé dès 1950 une « pédagogie curative » et une ouverture des clôtures. Mohamed, un des éducateurs, s'enthousiasme des séances de « sociodrame » qui sont filmées. Il remarque que cette jeunesse d'alors savait manier le verbe avec habileté. Plusieurs de ses collègues renchérissent et dénoncent la fascination pour le

rap « ultra-violent » qui touche les adolescents délinquants d'aujourd'hui. Initié dans son adolescence à cette forme musicale, Vincent regrette que les jeunes placés actuellement dans l'établissement ne s'intéressent pas au rap « classique » que lui-même affectionne. Ceux-ci préfèrent s'échanger en clandestinité des noms et des vidéos d'obscurs groupes hip-hop francophones. Ces professionnels s'accordent sur le « manque de culture » de ces jeunes et estiment qu'il contribue certainement à leur violence. Lorsque je les interroge sur ce que le terme « sauvageons » évoque pour eux, Mohamed ne manque pas de remarquer qu'il fait écho à celui du « sauvage » que les colons venaient civiliser.

L'analyse de la violence comme défaut du processus de civilisation a une longue histoire. Depuis le début du ^{xx}e siècle, à travers les travaux de penseurs comme Norbert Elias ou Sigmund Freud s'est répandue la conception d'un processus civilisateur collectif conduisant chaque individu à renoncer à sa violence naturelle pour intégrer la société. Ce processus prévoit l'expression détournée et transformée des penchants violents de l'Homme dans des pratiques culturellement encadrées, tel le sport. Il s'associe également à la reconnaissance du monopole d'une violence légitime, traditionnellement exercée par l'État grâce à son appareil policier et militaire afin d'assurer la défense de la société et sa cohésion. Dans cette répartition entre civilisation et nature, les conduites violentes des jeunes font l'objet de deux sentences distinctes : celle d'une vitalité propre à l'élan juvénile, qu'il s'agit de canaliser plus que de réprimer, et celle d'une conduite dangereuse et nocive qu'il faut faire céder.

Dans le même temps où cette pensée sur la violence se développe dans les sociétés occidentales, l'anthropologie et la psychiatrie tissent un entrelacement complexe au sujet de la folie dans les colonies². En cette première moitié du ^{xx}e siècle, l'anthropologie tente de se déprendre du colonialisme. Cet effort pour se « décoloniser » est à la hauteur des liens forts qui lient la discipline à la colonisation. L'anthropologue cherche à quitter le point de vue surplombant de la véranda coloniale³. Il ambitionne désormais de s'affranchir de l'administration coloniale et veut écrire autre chose que le catalogue botanique des peuples exotiques. Se développent ainsi les méthodes associant observation et participation, nécessaires pour appréhender les pratiques coutumières de magie ou les initiations. La folie devient un idiome de cet effort de décolonisation, appelant une reconnaissance nouvelle de l'altérité, voire invitant à considérer les résistances culturelles ironiques développées face aux colons et à leur violence⁴.

L'ethnopsychiatrie lance à cette même période ses premières théorisations. S'y dessinent très tôt deux courants. Le premier décrit la conduite, en particulier



5 Ce médecin britannique établit ce rapport en 1951 pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), après les révoltes autochtones du Kenya. Carothers, J. C. (1951). *The African mind in health and disease: A study in ethnopsychiatry* (Monograph Series, p. 141). World Health Organization.

6 Fassin, D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie : La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes. *L'Homme*, 153, 231-250.

7 Doron, C.-O. (2012). La formation du concept psychiatrique de perversion au XIX^e siècle en France. *L'information psychiatrique*, 88(1), 39-49.

8 Blair, R. J. R., Leibenluft, E. et Pine, D. S. (2014). Conduct disorder and callous-unemotional traits in youth. *The New England journal of medicine*, 371(23), 2207-2216. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1315612>

9 Kohls, G et al. (2020). Neuropsychological subgroups of emotion processing in youths with conduct disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585052>

10 On pourra par exemple citer le programme *Youth Level of Service*.

11 Lafortune, D. et Meilleur, D. (2014). Medically defining, screening, and treating conduct disorder: a French controversy. *Journal of Child and Family Studies*, 23(4), 728-737.

la violence des peuples colonisés comme le reflet de pathologies culturelles ou plus précisément le signe de leur défaut endémique de culture. Race et culture se superposent pour légitimer l'ordre colonial comme une nécessité naturelle. Contestant cette légitimation, des cliniciens occidentaux mais avant tout autochtones s'attachent à recenser les connaissances locales sur la folie. Ils analysent les conditions sociales et culturelles pathogéniques. Au fond, le débat revient à la question suivante : le trouble est-il une caractéristique de l'individu ou le signe d'une organisation sociale pathogène ?

La dissolution de toute dimension politique de l'acte individuel dans le savoir clinique est, rétrospectivement, tant évidente qu'outrageuse à la lecture du rapport de John Colin Carothers sur « l'esprit africain⁵ ». Pourtant, aujourd'hui, la violence juvénile fait en France l'objet d'un traitement clinique relativement similaire. Un groupe restreint de cliniciens abonde en effet dans le sens de l'analyse d'un « ensauvagement » de la jeunesse. Ils appuient leurs conceptions par des références tronquées à la psychanalyse de l'enfant, des données statistiques très locales et d'une production occulte ainsi que sur une expérience de terrain revendiquée comme pionnière. Selon eux, les « jeunes ultra-violents » trouvent leur étiologie dans un fonctionnement « clanique », touchant certaines « familles nord-africaines ». Transposition d'une organisation tribale ancestrale importée avec la migration, ce fonctionnement valoriserait la défense du groupe plutôt que l'adhésion à la société d'accueil. Une réponse ferme des institutions judiciaires serait nécessaire, donnant une connotation thérapeutique à la contrainte exercée sur les jeunes délinquants. En intervenant dans la presse généraliste, les associations professionnelles, les dispositifs de formation des psychologues, des magistrats et des éducateurs, ces cliniciens s'efforcent de diffuser leurs conceptions.

Le matériau ethnographique cité en introduction permet de mesurer leur succès et la pénétration considérable de ces conceptions dans les pratiques éducatives. L'idée reste assez peu changée depuis Carothers : le défaut de culture conduit à la violence. Là où l'analyse clinique mobilisait autrefois des éléments raciaux (concernant, par exemple, le grain de la peau) et un mépris des coutumes autochtones, c'est aujourd'hui une description psychologique des liens familiaux et une disqualification de la culture juvénile de rue qui soutiennent la même assertion du déficit culturel. Comme l'illustrent les propos de Mohamed et Vincent, sous ses nouveaux oripeaux, la même idée suscite plus d'adhésion que d'effroi. Bien qu'elle mériterait un réexamen contemporain, il nous faut donc réaffirmer la critique avancée par Didier Fassin il y a vingt ans : la culture prend ici le relais de la race⁶.

Revenons sur les deux décennies qui ont vu le développement de ces conceptions. Au milieu des années 2000, la tentative d'introduire dans les institutions de l'enfance française la catégorie clinique, fortement biomédicale, de « trouble des conduites » rencontre de vives résistances. Formée au cours d'une longue histoire d'ouverture des asiles, d'extension du savoir psychiatrique et de reconnaissance de la vulnérabilité juvénile, cette catégorie a essentiellement une valeur pronostique. Elle s'est constituée comme une entité d'hygiène mentale

visant à identifier précocement chez les enfants les prémises des perversions instinctuelles⁷ puis de la personnalité antisociale. Cette élaboration pronostique s'est considérablement diversifiée et étoffée au cours des vingt dernières années, revendiquant de détrôner le verdict d'incurabilité associé à la perversion constitutionnelle infantile du siècle précédent. Cliniciens et biostatisticiens ont contribué à élaborer des sous-groupes pronostiques, en fonction de données non seulement cliniques, mais cognitives⁸. Ils ont développé des perspectives d'intervention précoces, de plus en plus personnalisées en fonction des profils cognitifs des enfants concernés, ciblant des mécanismes tels que le défaut d'empathie ou la sensibilité à la menace. Ils ont également cherché à les connecter à des biomarqueurs en imagerie cérébrale fonctionnelle⁹. Durant ces deux dernières décennies, sur la base des mêmes recherches statistiques, traitées de manière plus ou moins encadrée par des dispositifs d'intelligence artificielle, ces recherches ont élaboré une expertise clinique sur les jeunes délinquants et des programmes de prévention de la récidive¹⁰ qui soulignent les effets néfastes potentiels de l'enfermement.

Depuis quinze ans, les institutions et le débat clinique et politique français sont restés fermement hermétiques à ces approches biomédicales de la délinquance juvénile. Un hermétisme qui contraste avec la biomédicalisation contemporaine de l'autisme, suivant pourtant des lignes scientifiques et pratiques semblables. Sans entrer dans les détails de cette controverse déjà décrite ailleurs¹¹, rappelons qu'en 2005, la mobilisation contre le projet d'introduire le trouble des conduites en France reposait sur deux arguments. D'une part, elle était alimentée par la crainte quant à la stigmatisation de très jeunes enfants à qui un destin de délinquants serait déjà assigné, sur des assertions génétiques douteuses. D'autre part, les opposants à la notion de « trouble des conduites » dénonçaient la « médicalisation » des transgressions des enfants et adolescents et s'efforçaient de souligner la dimension sociale de leurs agir. De fait, ils ont contribué à la promotion de la notion d'adolescents « difficiles », dont le trouble est suspendu entre le désordre individuel et le dysfonctionnement (plus ou moins violent) des institutions.

Seize ans plus tard, force est de constater que cet effort est resté vain. La délinquance n'est, en effet, toujours que peu médicalisée au sens où elle reste peu appréhendée par des outils neurocognitifs, statistiques et prédictifs. Cependant, la conception racialisante du défaut de culture est, elle, bien vive et ne manque pas d'écraser toute dimension collective à la délinquance juvénile. Ainsi, il n'est pas certain que la « médicalisation » ait fonctionné comme un opérateur critique cohérent. Comment instruire donc la décision des praticiens de l'éducation et de la psychiatrie sur les outils cliniques qu'il convient d'accepter et ceux qu'il convient de repousser ? Plutôt que de considérer le contenu des savoirs, en opposant psychanalyse contre neurosciences, transfert inconscient contre biostatistique, cette histoire française invite à reformuler la question différemment : en quoi les savoirs cliniques permettent-ils de considérer la conduite de l'individu et sa souffrance comme relevant de dimensions et d'un sens qui sont aussi sociaux ? ▶