



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2022

Du souci de soi au souci des autres. La fabrique morale des enfants, des adolescents et de leurs parents au fil de parcours de soins pédopsychiatriques au Maroc

Pluies-Raulet Julie

Pluies-Raulet Julie, 2022, Du souci de soi au souci des autres. La fabrique morale des enfants, des adolescents et de leurs parents au fil de parcours de soins pédopsychiatriques au Maroc

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_D8113F5D0D4A0

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

FACULTE DE SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES
LABORATOIRE D'ANTHROPOLOGIE CULTURELLE ET SOCIALE

Du souci de soi au souci des autres

La fabrique morale des enfants, des adolescents et de
leurs parents au fil de parcours de soins
pédopsychiatriques au Maroc

THESE DE DOCTORAT
Présentée à la Faculté de Faculté de Sciences Sociales et Politiques
de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences Sociales

Par
Julie Pluies-Raulet

Directeur de thèse
Mark Goodale

Codirectrice de thèse
Sarra Mougel

Jury
Jalil Bennani
Pascal Roman
Livia Velpry

Lausanne
2022



UNIL | Université de Lausanne

FACULTE DE SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES
LABORATOIRE D'ANTHROPOLOGIE CULTURELLE ET SOCIALE

Du souci de soi au souci des autres

La fabrique morale des enfants, des adolescents et de
leurs parents au fil de parcours de soins
pédopsychiatriques au Maroc

THESE DE DOCTORAT
Présentée à la Faculté de Faculté de Sciences Sociales et Politiques
de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences Sociales

Par
Julie Pluies-Raulet

Directeur de thèse
Mark Goodale

Codirectrice de thèse
Sarra Mougel

Jury
Jalil Bennani
Pascal Roman
Livia Velpry

Lausanne
2022



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

IMPRIMATUR

Le Décanat de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, au nom du Conseil et sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Mark GOODALE, directeur de thèse, Professeur à l'Université de Lausanne
- Sarra MOUGEL, co-directrice, Maître de Conférence à l'Université Paris Descartes
- Jalil BENNANI, Psychiatre à Rabat, Maroc
- Pascal ROMAN, Professeur à l'Université de Lausanne
- Livia VELPRY, Maître de Conférence à l'Université Paris 8

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Julie PLUIES-RAULET, intitulée :

**« Du souci de soi au souci des autres : la fabrique morale des enfants,
des adolescents et de leurs parents au fil de parcours de soins
pédopsychiatriques au Maroc »**

Nicky LE FEUVRE
Doyenne

Lausanne, le 11 juillet 2022

Résumé

Cette recherche a été conduite dans l'un des rares services publics de pédopsychiatrie situé en contexte urbain au Maroc ainsi qu'au domicile des enfants et adolescents rencontrés dans ce lieu. Tous les soins pratiqués sont inspirés des thérapies cognitivo-comportementales et l'objectif des (psycho)thérapies ((ré)éducatives) consiste à modifier les comportements des enfants et adolescents, faisant disparaître la psyché des références théoriques de l'équipe au profit d'une lecture s'appuyant sur le cerveau et la cognition. Mon travail vise à appréhender ce que font les enfants en thérapies et ce que les thérapies font aux enfants afin de comprendre cet espace de fabrique contemporaine de l'enfance et de l'adolescence troublée. Examinant la place et le rôle des enfants, des adolescents et de leurs parents dans les thérapies proposées (sans me concentrer sur une pathologie en particulier), j'étends mon analyse à la vie quotidienne des familles et aux vécus enfantins et adolescents à leur domicile afin de documenter les changements initiés à la suite du travail thérapeutique. De ces observations surgit le souci de soi, de la thérapie, de l'autre et du contexte que les jeunes patients manifestent au travers du travail thérapeutique accompli. M'intéressant à la manière d'être-au-monde de ces enfants et adolescents, tout en intégrant à mon raisonnement leurs interactions avec les parents et les professionnels les entourant, je défends que les thérapies favorisent l'émergence d'une compétence morale chez les enfants et les adolescents (par un processus de circularité entre l'hôpital et la maison), ce qui, d'une part, leur permet de modifier les pratiques éducatives parentales et, d'autre part, leur donne la possibilité de réaliser une activité de care à l'égard de leur parents. Je montre ainsi que les enfants et adolescents ne sont pas seulement des bénéficiaires de care mais qu'ils sont aussi, selon des moments et avec des intensités variées, des pourvoyeurs de *care*.

Mots clés : enfance, adolescence, pédopsychiatrie, *care*, guidance parentale, Maroc

Abstract

This research was conducted in one of the few public child psychiatry services located in an urban context in Morocco as well as in the home of the children and adolescents encountered in this place. All of the treatments are based on cognitive-behavioral approaches, and the objectives of these therapies (educational or psycho) consist in modifying the behavior of children and adolescents. This angle leads to the disappearance of the psyche from theoretical references of the team in favor of a reading based on the brain and cognition. My work aims to understand what children do in therapy and what therapies do to children in order to understand one of the contemporary fabrics of troubled childhood and adolescence. In examining the role and place of children, adolescents, and their parents in the therapies offered (without focusing on a particular pathology), I extend my analysis to experiences at home of the daily life of families, children, and adolescents, in order to document the changes initiated as a result of the therapeutic work. From these observations arises the concern for the self, the therapy, the other, and the context that young patients manifest through the therapeutic work accomplished. My interest was in the way of being-in-the-world of these children and adolescents, while integrating into my reasoning of their interactions with the parents and the professionals surrounding them. Therefore, I defend that the therapies favor the emergence of a moral competence in children and adolescents (through a process of circularity between the hospital and the home). On one hand, this allows them to modify parental educational practices, and, on the other hand, it gives them the possibility of providing care towards their parents. Thus, I show that children and adolescents are not only recipients of care, but that they are also, at different times and with varying intensities, providers of care.

Keywords: childhood, teenagerhood, children psychiatry, care, parental guidance, Morocco

Remerciements

La possibilité de réaliser cette recherche tient à l'accueil et au dévouement que m'ont réservé les personnes rencontrées au Maroc. Je remercie les enfants et adolescents qui ont accepté de passer du temps avec moi et de me raconter, pour certaines, des bribes de leur vie. Je remercie également les parents qui, dans des moments de vie compliqués, m'ont ouvert leur porte, incluse dans leur vie quotidienne et donné leur confiance pour que je puisse être avec leur enfant. Je remercie – à défaut de pouvoir les nommer par souci d'anonymisation –, l'ensemble des professionnels d'Al-Balkhi pour le temps et le soutien accordés. Je vous suis reconnaissante pour la confiance témoignée.

Je n'aurais pu commencer ce travail sans Ilario Rossi, mon premier directeur de thèse, qui n'est plus présent pour voir le résultat de ce travail. Merci pour l'opportunité donnée en m'accueillant dans son équipe.

Mes profonds remerciements vont à Sarra Mougel qui a accepté de m'accompagner dans ce périple aux rebondissements multiples. Sa rigueur, sa pertinence et son engagement sont un exemple et constituent une stimulation considérable. Ta présence m'a permis de mener à bout, et avec une certaine sérénité, ce travail. Je ne saurai assez te remercier.

Je remercie Mark Goodale qui a accepté de prendre au pied levé les fonctions de président de jury puis de directeur de thèse, me donnant ainsi la possibilité de conclure mon parcours doctoral. Une courte collaboration mais à un moment on ne peut plus décisif.

Ma reconnaissance va également aux membres du jury, Livia Velpry, Jalil Bennani et Pascal Roman, dont les remarques et critiques avisées ont fait progresser ma réflexion et leurs encouragements m'incitent à poursuivre la voie ouverte. Je suis heureuse que vous ayez rejoint mon jury et pris le temps de lire ce long manuscrit. Je remercie tout spécialement Pascal Roman qui, alors que je travaillais avec lui à l'Observatoire de la maltraitance envers les enfants, a fait preuve de compréhension et de patience à mon égard.

Je remercie du fond du cœur Lamia Abdallaoui Maan pour s'être prêtée au jeu d'enquêtrice-interprète, pour avoir partagé avec moi questionnements, doutes, réflexions et émotions, autant de matériau dont cette thèse porte la trace. Merci à toi mon amie.

Un immense merci à Virginie Duclos pour sa relecture, son sens de la formule et sa patience, trois ingrédients irremplaçables dans la concoction de ce manuscrit. Merci pour ton travail.

Une pensée toute particulière et ma gratitude envers Neha et Aziz Bouazza dont le travail de transcription et de traduction m'a permis d'accéder, dans le temps de l'après-terrain, aux mots des enfants, des adolescents, des parents et des professionnels. Votre gentillesse et votre dévouement ont été un cadeau.

Michaël Cordey a joué un rôle central dans mon initiation à l'anthropologie et mon apprentissage de cette discipline. Le partage de ta passion fut une émulation précieuse sur cette route commencée à tes côtés. Ton apport est massif, les remerciements forcément plats.

Je remercie chaleureusement Margaux Bressan, Carla Vaucher et Sarah Bonnard pour nos fécondes discussions, leurs minutieuses relectures ainsi que leurs conseils et soutien.

Notre collaboration a donné naissance à des séminaires, conférences et articles. Merci à vous d'avoir contribué à faire la chercheuse que je suis et vous savez où me trouver quand votre tour viendra.

Je tiens aussi à remercier mes collègues de l'Unil qui ont contribué, de plus ou moins près, sur les plans intellectuel et/ou humain, à cette thèse : Alexandra Asfary, Elsa Gimenez, Marco Motta, Michaël Busset, Line Rochat, Antoine Guex, Clotilde Wuthrich, Cristian Terry, Jérémie Voirol, Pierre Benz, Joséphine Stebler, Alexandre Camus, Kevin Toffel, Camille Sigg, Laurent Paccaud. Merci les « Anthropotes », je vous dois beaucoup.

Un remerciement spécial pour Romaric Thiévent, Judith Kühr, et Aline Veyre qui, durant cette dernière année, m'ont communiqué leur enthousiasme et m'ont apporté leur soutien quand la lente finalisation de ce manuscrit semblait difficilement atteignable. Merci à vous.

Au sein de l'administration de l'Université, mes remerciements vont aussi à Fabiana Carrer-Joliat pour son aide et soutien moral dès le premier jour de mon engagement ainsi qu'à Astrid Ruffa dont le travail d'accompagnement a contribué à l'obtention d'une bourse Doc.Mobility. Je remercie d'ailleurs le Fond National Suisse de la Recherche (FNS) pour cette bourse qui a impulsé à ma vie professionnelle et personnelle une dynamique féconde.

Cette thèse découle de rencontres décisives. Alessandro Monsutti, mon directeur de mémoire, m'a encouragée à poursuivre en cursus doctoral. Christian Stoecklin qui m'a soutenue pour mon dossier de candidature auprès du FNS. Jaqueline Bataringaya, un modèle pour sa ténacité et sa sagacité, qui a vu en moi ce que je n'étais pas en mesure d'explorer. Yannick Jaffré, chaleureux et soutenant, ainsi que les chercheurs du réseau Enspedia pour les riches échanges, le partage d'émotions et le sens de l'importance dans la vie de chercheur. Cindy Del Clark pour son accueil dans son institut et sa famille, son dévouement, ses relectures et sa confiance. Elle a poussé pour moi les portes de l'ACYIG. Sarah Stauffer m'a accueillie à Espas et m'a guidée, avec sensibilité et finesse, dans la découverte et l'apprentissage du travail clinique et la thérapie par le jeu auprès d'enfants ayant vécu des abus sexuels. Elles et ils m'ont montré d'autres manières d'être chercheur. Que vous soyez toutes et tous ici remerciés.

Je souhaite également remercier les chercheurs du comité de recherche « sociologie de l'enfance » de l'AISLF, et tout particulièrement Régine Sirota, dont les travaux et conférences ont largement façonné ma pensée. Pareillement, je m'estime en dette envers Fabienne Héjoaka, Aude Béliard, Virginie Vinel, Nicoletta Diasio, Hélène Kane, Jean Hunleth et Christine El Ouardani. Que vous soyez également remerciées.

Un remerciement spécial pour ceux qui m'ont accompagnée dans ma chasse aux fantômes. Le Dr. NP, avec qui nous avons démêlé les voix, j'ai pu trouver la mienne. Je suis également reconnaissante envers les formatrices et mes collègues de formation de Profac pour la mise au travail qu'elles et ils ont soutenue, Janis Godfrey-Thiault et Fabienne Royol, ainsi que Marie, Céline, Amandine, Marcelline, Samantha, Pascal, Anaïs, Isabelle, Mélanie, Rachelle, Céline, Mélissa, Cécilia, Benedicta, Caroline, Lise, Marine et Sylvie. L'éphémérité n'a pas eu prise sur nos liens, merci.

Ils m'ont transmis avec passion cet autre langage qui est mien, la danse. Serge Alzetta, Patricia Alzetta, Bruno Vandelli, Stephane Locci, Marie-Christine Piaget, Gérald Durand, Christine Hassid et tant d'autres. Merci à vous.

Les ami.e.s, pour leurs encouragements, soutien et présence dans les moments douloureux et sur la durée, oui cela fait bien presque 10 ans ! Betsy, les Renaux, mon Capucin yogi, Jelena, Lindsey, Caro, Gwen, Mag, Nawel, Céline, Lise et Yannick, Nadia, Stéphane, Olivia, Kate. Merci !

Toute ma gratitude va à Mima, Kenza, Walid, Bouchra et Mohammed, Safia, Ikram, Nawrass, Abla, Kamil. Je vous porte dans mon cœur.

Tout cela n'aurait pas non plus été possible sans mes mères, leur soutien infaillible et leur détermination à me montrer le champ des possibles de la vie. Merci à vous.

Enfin, chaque jour ta présence à mes côtés donne une délicieuse teinte au quotidien, source précieuse où je puise l'énergie de réaliser ce qui m'est cher. Merci Virgil.

Table des matières

Prologue	1
Introduction	7
La (psycho)thérapie (ré)éducative dans un service de pédopsychiatrie marocain, un objet d'étude original	7
La pédopsychiatrie marocaine à l'heure actuelle	9
La pédopsychiatrie à Al-Balkhi	13
La « boîte noire », une inconnue évacuée du raisonnement médical	14
Être scientifique, un principe fondateur	15
Les comportements, une porte d'entrée de prédilection pour soigner	16
Les thérapies cognitivo-comportemental (TCC)	17
« Où sont ses pieds ? » ou l'importance d'adapter le modèle (hégémonique) importé	21
Mes accompagnants théoriques	24
Entre « développement » et « grandissement » : comment aborder les enfants patients psychiatriques ?	24
Pourquoi les éthiques du <i>care</i> ?	34
Pour se situer	39
Quelles sont les pathologies étudiées ?	39
Qui sont les enfants et les adolescents présentés dans les études de cas ?	40
La (psycho)thérapie (ré)éducative comme lieu de fabrique de la compétence morale	43
Le plan de thèse	45
Partie I Se mettre au rythme local	51
Chapitre 1. Trouver sa place d'apprentie anthropologue	53
1.1. Une entrée sur le terrain en trois temps : péripéties d'une apprentie anthropologue	55
1.1.1 Premier temps : partir de zéro... ou presque	55
1.1.2 Deuxième temps : l'immersion/impregnation et la consolidation du réseau	66
1.1.3 Troisième temps : ce qui est resté méconnu et en suspens	76
1.2. Des choix et des absences de choix	86
1.2.1 Des orientations théoriques mises à l'épreuve	86
1.2.2 Mon genre : une donnée non négociable ?	90
1.2.3 « Soyez la bienvenue Julie », mais jusqu'à quel point ?	92
1.3. Mon autre langage : la danse des corps dans l'espace	102
1.4. Conclusion	106

Chapitre 2.	Quelles politiques de la recherche avec les enfants ?	108
2.1.	Paradoxe des recherches « made in North »	108
2.1.1.	Identifier les rapports de pouvoir	112
2.1.2.	Valoriser les liens intergénérationnels	114
2.2.	Impensés et remèdes	120
2.2.1.	Une boîte à outils inadaptée et indécente ?	120
2.2.2.	Le consentement en pratique	148
2.2.3.	Ma mise en je(u)	169
2.3.	Un corps d'« adulte » parmi des corps d'« enfants » ?	176
2.3.1.	S'interdire d'interdire	178
2.3.2.	Se laisser guider	181
2.3.3.	Apprendre à « faire rien »	185
2.3.4.	Ne pas systématiquement être surprise	187
2.4.	Se connaître soi-même, une connaissance nécessaire	189
2.4.1.	Chasser ses fantômes	190
2.4.2.	Le sous-terrain	193
2.5.	Conclusion	198
Partie II Prendre soin de l'enfance et de l'adolescence troublée		202
Chapitre 3.	Géographie des lieux et portrait d'un jeune service où les TCC sont reines	204
3.1.	Introduction	204
3.2.	Trouver son chemin	206
3.3.	Devenir visible	213
3.3.1.	La salle d'attente, « un territoire de l'attente »	213
3.3.2.	Les petites mains du <i>care</i>	218
3.4.	Les prises de rendez-vous	229
3.4.1.	Les demandes de rendez-vous ordinaires	229
3.4.2.	Les possibilités de passe-droits	235
3.4.3.	Les urgences	239
3.5.	Les autres visages de l'équipe	242
3.5.1.	L'organisation du service	243
3.5.2.	Les outils ordinaires de la pratique clinique	265
3.6.	Fondements structurant du service de pédopsychiatrie d'Al-Balkhi	278
3.6.1.	L'appartenance à une même génération	278

3.6.2.	Les représentations de l'enfant	296
Chapitre 4.	(Quand) Quelque chose ne va pas	304
4.1.	Se décaler de la lecture médicale	306
4.1.1.	Textures d'être	306
4.1.2.	Percevoir autre chose autrement.....	307
4.2.	L'invisibilité du travail des parents dans les trajectoires de soins	308
4.2.1.	Le travail de sentinelle des parents.....	310
4.2.2.	L'incidence du genre des parents	312
4.2.3.	Entre rupture et continuité	313
4.3.	Des enfants jugés sans limites	315
4.3.1.	Rezik, un être (déjà) fatigué	315
4.3.2.	Amar, un enfant dit turbulent	328
4.3.3.	Adil, accepter la différence.....	338
4.4.	Des adolescents considérés en marge de leur famille.....	346
4.4.1.	Mufida, l'envie de ne rien faire	347
4.4.2.	Faraj, les impossibles interactions.....	362
4.4.3.	Assia, une démarche d'allure individuelle	380
Partie III	Soigner les enfants et les adolescents troublés.....	392
Chapitre 5.	Apprendre à être un enfant ou un adolescent compétent.....	394
5.1.	Corps et techniques de soi : apprendre par le corps.....	397
5.1.1.	Le cadre	397
5.1.2.	La discipline	400
5.1.3.	Les « régimes d'action » chez Livia Velpry	401
5.1.4.	L'autonomie : un objectif visé mais un moyen masqué	402
5.1.5.	Le travail médical avec les enfants.....	405
5.2.	Pour les enfants jugés sans limites : des thérapies (ré)éducatives pour « apprendre par et avec » les adultes	407
5.2.1.	De l'apprentissage du métier d'élève... ..	408
5.2.2.	...Au métier d'enfant.....	435
5.2.3.	Résistances aux métiers	449
5.3.	Pour les adolescents considérés en marge de leur famille : des psychothérapies pour « apprendre par soi ».....	456
5.3.1.	Assia : chasser les mauvaises pensées.....	457
5.3.2.	Mufida : penser à autre chose	478

5.3.3. Faraj : des injonctions contestées	493
5.4. Conclusion	497
Chapitre 6. Apprendre à être parent d'enfant ou d'adolescent aux besoins spécifiques	502
6.1. « La guidance parentale... pour donner des conseils aux parents »	504
6.2. ... Et la parentalité.....	509
6.3. Les mères en première ligne : une responsabilité naturalisée	513
6.3.1. Une collaboration idéale	517
6.3.2. Une collaboration impossible : la mère d'Amar et les incompréhensions	535
6.4. Des pères (jugés) absents	543
6.4.1. Une collaboration stérile.....	545
6.4.2. Une collaboration impossible	555
6.5. Conclusion	560
Partie IV Du souci de soi au souci des autres	564
Chapitre 7. Faire famille, maintenir la vie ?.....	566
7.1. De l'hôpital... ..	568
7.1.1. <i>Prendre soin des enfants, la pédopsychiatrie comme économie morale contemporaine</i> (chapitres 3 et 4).....	568
7.1.2. <i>Apprendre à être un enfant ou un adolescent compétent ; apprendre à être les parents d'un enfant ou d'un adolescent aux besoins spéciaux</i> (chapitres 5 et 6)	568
7.2. Au domicile...de care receivers à care givers	569
7.2.1. Rezik, un travailleur du care fatigué	573
7.2.2. Amar, un travailleur du care invisible.....	580
7.2.3. Adil, un travailleur du care contesté/incompris	587
7.2.4. Mufida, une travailleuse du care entraînée	593
7.2.5. Faraj, un travailleur du care en quête de solutions.....	601
7.2.6. Assia, une travailleuse du care (in)dépendante	609
7.3. Reconnaître les voix silencieuses des enfants.....	609
7.3.1. Apport du care à la socio-anthropologie de l'enfance	617
7.3.2. Apport du care au care	626
7.3.3. Apport du care au cure	628
Conclusion générale	634
L'enfance et l'adolescence, objet de soin(s)	634

Le sombre tableau de la pédopsychiatrie marocaine	634
Une attention politique aux enfants et adolescents	634
Les enfants et les adolescents, objets de soin(s)	635
La domination du modèle de la thérapie cognitivo-comportementale.....	635
L'homogénéité de la pensée au détriment de la réflexivité	636
Un raisonnement médical et social par tranches d'âge.....	637
Des enfants jugés sans limites.....	638
Des adolescents considérés en marge de leur famille	639
Le genre, un facteur de la thérapie à géométrie variable selon l'âge.....	640
Le « cadre » ou la matérialisation de l'idéal de l'autorité parentale	641
Soigner les enfants.....	642
Une équipe pluridisciplinaire pour capitaliser sur les compétences de chacune	642
« Apprendre par soi » et « apprendre par et avec les adultes » deux régimes d'action aux autonomies différenciées	647
Des injonctions (paradoxaux) à l'autonomie à la participation active des enfants et des adolescents	649
Le métier d'élève et le métier d'enfant, deux idéaux au fondement du travail thérapeutique	650
Les « petites mains » du <i>care</i> , les oubliés du <i>cure</i> prodigué à Al-Balkhi	651
Prendre soin des enfants.....	652
Le travail médical des mères.....	652
La guidance parentale pour apprendre à devenir parent d'enfant ou adolescent compétent	653
Les nouvelles cothérapeutes de la pédopsychiatrie	654
Des sentinelles genrées	655
Des pères travailleurs du <i>care</i> invisibles à l'hôpital	656
Les éthiques du <i>care</i>.....	657
Se soucier de soi, une forme de travail de <i>care</i> apprise à l'hôpital	657
Prendre soin de soi et des autres	662
Du souci de soi au souci des autres.....	664
Un nouveau souffle pour la recherche avec les enfants et adolescents.....	667
Limites et perspectives.....	673
Bibliographie	678
Annexe 1. Présentation des membres de l'équipe et des enfants/adolescents (et de leurs familles)	714
Annexe 2. Soumission de mon projet de recherche au Comité d'éthique.....	716

Annexe 3. Entretien avec le professeur Alaoui (mercredi 9 juillet 2014).....	719
Annexe 4. Extraits de mon carnet de terrain.....	731

Prologue

« Même si les yeux voient, la bouche doit se taire. »

Wole Soyinka

Du silence à l'écriture des mots : point de départ de la recherche

J'ai grandi en apprenant à garder le silence et à taire les secrets, y compris ceux que les adultes pensaient hors de ma portée. J'ai appris à faire semblant, à présenter une façade qui ne suscite pas de questions, qui n'éveille pas trop d'intérêt afin de ne pas attirer l'attention sur moi ou ma famille. J'ai appris à être une enfant calme, sage. L'équilibre familial, maintenu dans la forme que les adultes autour de moi voulaient lui donner, dépendait, en partie, de mes compétences. Prise dans cette ronde, j'ai alors participé, à la hauteur de mes moyens et de ma condition d'enfant, à cette (sur)vie. « Gardienne du secret »¹, j'ai pris part à la dynamique familiale, m'accordant tacitement avec les adultes pour que les tabous ne sortent pas de l'intimité du foyer et que la forme de vie publiquement partagée suive son cours.

J'ai appris à garder le silence pendant des années – ma vie et ma carrière professionnelle se poursuivant sous les auspices de ces compétences de l'art des non-dits.

En février 2013, j'ai rejoint l'Université de Lausanne en tant qu'assistante diplômée et doctorante en anthropologie. Mon directeur de thèse d'alors, Ilario Rossi, participait à un vaste projet de recherche sur « la parole des enfants malades en Afrique de l'Ouest » en collaboration avec Yannick Jaffré² (ENSPEDIA, Enfances et soins en Pédiatrie en Afrique de l'Ouest). Il a alors été convenu que mon sujet de thèse aborderait cette thématique. Il

¹ J'utilise cette expression en référence à la thèse de Fabienne Hejoaka (anthropologue à l'IRD) intitulée « L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements au Burkina Faso ». À partir « d'une ethnographie des dits et des non-dits », elle offre une analyse socio-anthropologique de l'expérience du sida vécue par les enfants au Burkina Faso dans un contexte où les parents sont réticents à informer les enfants de leur statut sérologique. Elle montre le travail quotidien enfantin pour la gestion de la maladie et de ses traitements et dévoile leur contribution à taire et à cacher la maladie. La chercheuse conclut : « [A]insi, alors que le secret peine à être perçu comme une réalité enfantine, les enfants se révèlent être les gardiens du secret de leur maladie et de celle de leurs parents » (Résumé, Hejoaka, 2012).

² Anthropologue, spécialiste de l'Afrique de l'Ouest, directeur de recherche au CNRS.

restait à déterminer le pays et la pathologie. À l'époque, les chercheurs rencontrés travaillaient dans *leur* pays, celui de leur origine, et afin d'harmoniser les données collectées dans les huit pays intégrés au projet, une grande partie d'entre eux s'intéressaient à la drépanocytose. Je ne suis pas tombée très loin de l'arbre familial en m'orientant vers la pédopsychiatrie, domaine dans lequel l'une de mes mères a exercé pendant près de trente ans. Éducatrice spécialisée passionnée par son travail, elle m'avait, pendant des années, raconté ce qu'elle réalisait avec ces enfants au parcours de vie plus ou moins cabossé, nourrissant chez moi un « double sentiment de familiarité et d'étrangeté qui suscitait ma curiosité » (Sirota, 2010, p. 120). Je songe alors que la pédopsychiatrie, ce champ où la parole domine et où les langues se délient, constitue un terrain de prédilection pour mener une recherche sur la parole des enfants. La thématique est fixée.

Tout en continuant de me taire, je voulais donc que les enfants parlent et qu'ils (me) racontent leurs secrets. Je dirais même plus précisément que je souhaitais faire parler les enfants, je rêvais de les entendre, je désirais qu'ils sachent que je les écoutais et que je serais une fidèle porte-voix.³

Je me souviens qu'au début de ma recherche, j'étais consciente de ma posture, de cet engagement, revendiquant alors de faire de « l'anthropologie militante » (Scheper-Hughes, 1995), inspirée par plusieurs années de travail dans une ONG internationale de lutte contre le sida au sein de laquelle j'avais côtoyé des chercheurs activistes. (Naïvement), j'ambitionnais de faire de la dénonciation de l'ignorance des adultes et de leur accaparement de la voix des enfants le terreau de ma recherche *pour et avec* les enfants. Je voulais rapporter leurs mots, témoigner de leur expérience et (dé)montrer leur *agency*. En un sens, je répondais à l'injonction faite aux chercheurs par la socio-anthropologie de l'enfance d'aller « chercher et trouver » que les enfants sont des acteurs autonomes et agents de leur socialisation (Garnier, 2015a). Si j'anticipais le fait que mon regard puisse être biaisé, je me pensais

³ Avec cette posture, je m'inscrivais dans la continuité de la socio-anthropologie de l'enfance dont les évolutions théoriques mettent au cœur de son analyse et de ses méthodes « tant les modes de négociation que de construction et d'expression de soi des petits individus » (Sirota, 2012, p. 4). Avec ce courant, tel qu'il se dessine dans les années 1980, il ne s'agit plus de faire de la recherche *sur* les enfants (en enquêtant auprès des adultes s'occupant d'eux : famille, instituteurs, soignants, etc.), mais de faire de la recherche *avec et pour* les enfants. Cette rupture paradigmatique implique entre autres « de prendre l'enfant au sérieux, de faire parler directement l'enfant [...] » (Sirota, 2012, p.13). Comme le souligne Régine Sirota, ces registres « ne sont nullement équivalents et comportent des enjeux bien différents » (Sirota, 2012, p. 14). Ces éléments seront traités tout particulièrement dans le chapitre 2.

engagée et imaginais que le salut scientifique viendrait au travers de l'écriture, processus par lequel je parviendrais à (ré)tablir « la bonne distance » entre mon objet et moi.

Puis en 2016, le silence s'est (en partie) rompu à la suite de mon terrain. S'en est suivie une longue dépression. Elle n'était pas tant liée aux caractéristiques d'un terrain qu'on qualifie souvent de « sensible » qu'à la proximité entre mon histoire de vie et celle de certains des enfants rencontrés sur le terrain. Si, d'une certaine manière, j'avais anticipé ce rapprochement éventuel – il avait d'ailleurs été la source de mon engouement pour intégrer le projet communément appelé « Paroles d'enfants » –, je ne l'avais toutefois pas complètement cerné, ses contours et son intensité s'étant révélés sur le terrain pour se poursuivre lors de l'analyse des données et de l'écriture même de ce prologue. En 2016, la question de mon rapport à mon objet de recherche est devenue centrale et mes intentions de début de thèse se sont (heureusement, je pense) effondrées. L'apaisement s'est substitué à la colère, me permettant d'aborder autrement les liens tissés avec les familles rencontrées dans le cadre de ma recherche et les matériaux collectés. À mesure que mes fantômes sortaient de l'ombre, un nouvel éclairage inondait ce travail. Les voix des uns et des autres se démêlaient pour gagner en clarté.

À une intense démarche socio-anthropologique réflexive⁴ s'est greffé un important travail d'introspection psychothérapeutique, procurant à la première un matériel façonné par la pudeur mais aussi un ancrage profondément subjectif porteur de questionnements féconds. De l'« auto-analyse » (Bourdieu, 2004) de ces entrelacements de mes parcours de vie et de recherche sont issus des interrogations et des problématiques, ainsi que des manières d'envisager leur clarification, qui traversent ce travail. Je songe tout particulièrement aux questions relatives à la reconnaissance des voix des enfants, au souci des autres, à l'interdépendance entre des enfants et des adultes et au statut ontologique d'un individu diagnostiqué avec un trouble psychiatrique, trois grandes thématiques autour desquelles se cristallise le renversement de perspective proposé dans cette thèse et qui m'ont amenée à voir et à concevoir le fait que les enfants et les adolescents peuvent prendre soin des adultes. Rendre visible la fabrique de la recherche permet de mieux comprendre les manières dont j'ai appréhendé cet objet qu'est l'expérience d'enfants et d'adolescents rencontrés dans un

⁴ Ce travail s'est notamment développé dans le cadre de réflexions partagées avec mes collègues de l'Université de Lausanne, dans le cadre d'échanges plus ou moins formels, lors desquels nous avons discuté de la place des émotions dans la recherche et de notre rapport à l'objet. Je remercie Sarah Bonnard, Margaux Bressan, Michael Cordey et Carla Vaucher pour leur contribution et soutien dans cette démarche.

service de soins psychiatriques et surtout, ce dévoilement permet de saisir le sens de l'importance (le *care*) déployé à leur égard et mon attention constamment tournée vers ce qu'ils voient et ce qu'ils entendent.

Enfin, m'appuyant largement sur les éthiques du *care* pour dérouler mon analyse, le partage de ma propre vulnérabilité me semblait inévitable. Comment soutenir que nous sommes tous vulnérables⁵ et inviter à modifier notre regard sur les relations entre pourvoyeurs et bénéficiaires de *care* si je n'ai pas l'honnêteté (intellectuelle) de reconnaître moi-même cette vulnérabilité et ses conséquences, et de les partager dans cet écrit ? Ce partage contribue, me semble-t-il, au fait de « prendre les enfants au sérieux » (Sirota, 2012, p. 13) en rendant compte de ce que qu'ils m'ont appris et de tenter ainsi (de manière vaine peut-être) « un rééquilibrage symbolique » face à « la violence symbolique que [peut] renferme[r] le protocole d'observation lui-même »⁶ (Chauvier, 2012).

« Pourquoi le Maroc ? »⁷

Dès lors que je précise que je ne suis pas d'origine marocaine, surgit la question « pourquoi le Maroc ? » Avec le temps – c'est en 2013 que j'ai choisi cet objet de recherche –, deux types de réponse se sont imposés.

La première est académique, professionnelle et prête à l'emploi, c'est-à-dire qu'en quelques mots, j'offre un argument solide. Il peut être résumé par le terme d'institutionnalisation et correspond au fait que le service de pédopsychiatrie dans lequel j'ai mené une ethnographie avait ouvert ses portes en 2013, soit trois ans avant mon arrivée en

⁵ Joan Tronto, théoricienne du *care*, écrit : « [Premièrement], même si certaines personnes sont plus vulnérables et dépendantes que d'autres, nous devons admettre que nous sommes tous vulnérables. [...] Il existe un continuum entre les degrés de *care* dont chacun a besoin, non pas une dichotomie entre ceux dont on s'occupe et ceux qui s'en occupent. Ce n'est pas une idée que la plupart des gens acceptent facilement. Elle suppose que nous nous considérons comme vulnérables » (J. Tronto, 2009, pp. 50-51). Dans le chapitre introductif, je reviens de manière approfondie sur les implications de ce principe dans le cadre de ma recherche.

⁶ Une telle démarche implique, comme l'explique Éric Chauvier, de « s'opposer à l'objectivité que recherche prétendument l'anthropologue » (Chauvier, 2012). Le partage de ma subjectivité, de mon vécu – à entendre dans son opposition à une prétendue objectivité –, s'inscrit dans la continuité du processus proposé par cet auteur.

⁷ Dans le chapitre 1, je reviens en détail sur les implications de ce choix, notamment par rapport au fait de trouver ma place sur le terrain, mais aussi en termes d'apprentissage de la langue.

son sein⁸. Il me semblait alors pertinent d'observer le processus d'institutionnalisation en train de se faire ; je souhaitais documenter le travail d'articulation entre des normes, valeurs et représentations circulant à une échelle internationale (au travers notamment du phénomène de santé globale) et de capter ses déclinaisons et appropriations locales. Ce travail présente les formes de « production de la localité » (Appadurai, 1996).

Il est également fort probable que l'identification d'un terrain ait été orientée par mes liens avec le collectif ENSPEDIA et ma volonté de me rapprocher et d'appartenir à celui-ci.

Ces arguments étaient certes vrais, mais mon intérêt était également alimenté par une autre chose : je ne souhaitais pas faire de l'« *anthropology at home* » (Fainzang, 1998), c'est-à-dire en France métropolitaine ou en Suisse.

Avant de m'inscrire en thèse de doctorat, j'avais étudié le commerce international puis poursuivi par une formation en coopération internationale. La dimension internationale de ce parcours m'avait amenée à vivre en Pologne, en Inde, et enfin en Bolivie – de longs séjours durant lesquels j'inscrivais ma vie dans ces espaces.

Cet appel de l'ailleurs n'a donc pas commencé avec le Maroc et la thèse. Il est venu du métissage (biologique) dont je suis issue par ma naissance et que j'incarne ou qui m'habite par différents traits physiques. Une mère blanche de France métropolitaine. Un père noir de l'Ile de la Réunion. Ce mélange me vaut, sans cesse, d'être associée à un ailleurs – que je sois en France métropolitaine où j'ai grandi ou dans d'autres pays dans lesquels j'ai vécu et où, aux yeux des « locaux », je ne suis pas française. Peut-être que ma curiosité pour *les ailleurs* tient au fait de n'avoir connu cet ailleurs réunionnais qu'en 2016, trouvant dans mon affiliation nouvelle à l'anthropologie une potentielle justification à mon avidité pour les voyages⁹.

Et puis, enfin, ce choix est venu de l'envie d'aller voir au-delà des façades et des discours, notamment ceux produits sur le Maghreb ; je sais à quel point ils sont trompeurs. Je reconnais

⁸ Au détour de mes recherches pour identifier un terrain (structure hospitalière, camp de réfugiés, association de soutien à l'enfance), j'avais alors trouvé un article de presse au sujet de l'ouverture de ce service. La proximité géographique avait également joué en faveur de cette option.

⁹ Si, depuis plusieurs décennies une « anthropologie chez soi » – définie par le partage « d'une culture ou d'une expérience » (Fainzang, 1999, p. 1), ou « l'ethnologie inversée » comme la nomme Marc Augé (Augé, 1987, p. 24) – s'est développée, avec en amont de celle-ci une critique de la vision fonctionnaliste à la base de cette discipline (*Ibid.*), l'anthropologie s'est construite sur l'étude de « l'ailleurs » et demeure associée, chez les anthropologues et le grand public, au voyage et à l'exotisme.

fort bien la description faite par Didier Eribon à propos des « bicots » dans le nord de la France dans les années 1980 (2009, p. 146). Est-ce parce qu'on a pensé que j'étais l'une d'« eux » que j'ai voulu mieux connaître, par la pratique du quotidien, l'un de ces pays ?

Je n'ai pas pu, faute de temps et d'espace, développer une perspective postcoloniale qui m'aurait permis, peut-être, de donner une autre tonalité à cette volonté poursuivie de favoriser le quotidien et « l'ordinaire »¹⁰ (Chauvier, 2012) plutôt que l'ethnopsychiatrie et les rituels pour aborder les questions de santé mentale au Maroc. À défaut de cette élaboration, je me suis appuyée sur ma sensibilité à l'altérité pour, je l'espère, « remettre de la complexité »¹¹ et ne pas alimenter une dichotomie (souvent simplifiée à tort) reposant sur l'existence d'un « eux » et d'un « nous », mais plutôt dévoiler ce qui nous fait en tant qu'humains – délicat exercice d'équilibrisme entre condition ontologique universelle et productions singulières locales.

¹⁰ En proposant une anthropologie de l'ordinaire, Éric Chauvier souhaite que « les voix des sans-voix », dont font partie les enfants et adolescents, « deviennent audibles par-delà les classements trop larges » (la catégorie « enfant » ou « adolescent »). Tel qu'il l'explique à partir d'une expertise qu'il a conduite dans une institution de placement familial, l'anthropologie de l'ordinaire consiste à « rendre compte de « l'étrange complexité » de la relation entre l'observateur et l'observé » et à permettre « d'adopter une réserve méthodologique susceptible de réhumaniser l'expertise de la souffrance » en rompant avec une position surplombante au travers de laquelle les propres troubles de l'enquêteur restent dissimulés.

¹¹ J'emprunte cette expression à Yannick Jaffré qui envisage que l'anthropologie peut, au travers de ce qu'elle dévoile, servir à nous faire connaître un peu mieux les réalités des enquêtés (Communication personnelle, ENSPEDIA, Dakar, juillet 2016).

Introduction

Que dit la littérature sur l'état de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie au Maroc ? Quelles sont les grandes orientations au sein du service où j'ai conduit un travail d'ethnographie hospitalière ? Quelles questions de recherche guident mon travail ? Quels sont les axes de recherche privilégiés ?

La (psycho)thérapie (ré)éducative¹² dans un service de pédopsychiatrie marocain, un objet d'étude original

J'ai réalisé ma recherche doctorale en anthropologie dans l'un des rares services publics de pédopsychiatrie situé en contexte urbain au Maroc ainsi qu'au domicile des enfants et adolescents rencontrés dans ce lieu que j'ai nommé Al-Balkhi. Afin de conserver l'anonymat des familles et des professionnelles rencontrées, et en raison de la limitation de l'offre au niveau national, je préfère ne pas détailler davantage la localité. Ouvert il y a une dizaine d'années, le service comporte une équipe pluridisciplinaire, composée de quatre psychiatres (en cours de formation), d'une psychologue, de trois orthophonistes, de trois psychomotriciennes et d'une assistante sociale. Deux hôtesse d'accueil, une secrétaire médicale et une infirmière-chef complètent le personnel de cette équipe dédiée à l'accueil d'enfants et d'adolescents.

Dans le service où j'ai conduit une ethnographie, les patients, âgés de quelques mois à 18 ans sont uniquement reçus en ambulatoire. Les pathologies traitées englobent des maladies telles que le trouble du spectre de l'autisme ou la schizophrénie – pour lesquelles des consultations de psychothérapie sont mises en œuvre -, et des problèmes tels que les troubles

¹² Nous retrouverons tout au long de ce travail cette expression de (psycho)thérapie (ré)éducative. Les termes de « psychothérapie », de « thérapie éducative » et de « thérapie rééducative » sont les catégories émiques utilisées par les professionnelles rencontrées à Al-Balkhi. Les parenthèses ajoutées permettent de condenser les trois termes tout en gardant les distinctions relevées sur le terrain. Le terme de psychothérapie peut paraître paradoxal puisqu'il est affirmé, tant par le chef de service que par les médecins, que des approches de type TCC sont mises en place à Al-Balkhi mais de la même manière que j'emploie les termes d'enfant et d'adolescent en références aux usages faits par les acteurs du terrain, je fais le choix de conserver ces termes.

de l'apprentissage ou de l'attention et de l'hyperactivité, ces derniers entraînant systématiquement des séances de psychomotricité et d'orthophonie¹³. Les diagnostics sont élaborés en référence au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*¹⁴. Tous les soins pratiqués, quelle que soit la professionnelle, sont inspirés des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), c'est-à-dire que l'objectif du travail médical et paramédical consiste à modifier les comportements des enfants et adolescents et que la psyché disparaît des références théoriques de l'équipe au profit d'une lecture s'appuyant sur le cerveau et la cognition.

Mon travail est guidé par les questions de recherche suivantes : que font les enfants et adolescents suivis à Al-Balkhi en (psycho)thérapies (ré)éducatives et que font les (psycho)thérapies (ré)éducatives aux enfants et adolescents suivis à Al-Balkhi ? En quoi l'analyse des (psycho)thérapies (ré)éducatives et de leurs effets auprès des enfants et des adolescents ainsi que de leurs parents nous apprend-elle à penser autrement le(s) soin(s) ?

En appréhendant ce que font les enfants et adolescents suivis à Al-Balkhi en (psycho)thérapies (ré)éducatives et ce que font les (psycho)thérapies (ré) éducatives à ces enfants et adolescents, il s'agira de comprendre un des lieux de soins à destination de l'enfance et de l'adolescence contemporaine car, comme le notent Dominique Béhague et Samuel Lézé, « les pratiques scientifiques et cliniques, qui sont des technologies historiquement situées, ont des effets ontologiques » (Béhague & Lézé, 2015). Ma réflexion porte plus spécifiquement sur les pratiques thérapeutiques cognitivo-comportementales et

¹³ J'ai choisi afin d'alléger l'écriture, le terme de « consultation » pour les rencontres entre les médecins et les familles, et celui de « séance » pour celles entre les orthophonistes et les psychomotriciennes. Il est important de noter que cette distinction sert de révélateur pour appréhender ce qui se joue lors de ces rencontres, notamment en lien avec les représentations des enfants et des adolescents et aux compétences qui leur sont attribuées par les professionnelles – éléments que je détaillerai au chapitre 5. En effet, étymologiquement, le terme de « consultation » fait référence à l'« action de délibérer » et à une « question posée à quelqu'un » (CNRTL). Cette dynamique, comme cela sera montré, est typique, notamment en comparaison avec le déroulement des séances, des pratiques discursives entre médecins, adolescents et parents qui se produisent pendant la consultation. Quant au mot « séance », son étymologie est plurielle et signifie « à son gré » tout autant qu'elle est un dérivé du participe présent *seoir*, « fait d'être assis » (CNRTL). Cette approche étymologique est, de nouveau, particulièrement appropriée afin de saisir ce qui se joue dans les séances. La première signification, tel que documenté, permet de révéler certaines formes de « volonté » chez les enfants observés et la seconde correspond aux positions de travail les plus adoptées dans l'espace clinique.

¹⁴ Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - classification des troubles mentaux) est publié par l'Association américaine de psychiatrie. Régulièrement mis à jour depuis sa première édition en 1952, il en est aujourd'hui à sa 5^e publication. Je reviens plus en détail dans la suite de ce travail sur les enjeux et tensions qui entourent la publication de cet ouvrage de référence américain.

les effets de la focalisation sur les corps des enfants et des adolescents dans un contexte local d'abandon de toute référence théorique à la psyché.

Étudiant la place et le rôle des enfants et adolescents ainsi que de leurs parents dans les (psycho)thérapies ((ré)éducatives à l'hôpital et à leur domicile, je m'attache alors à comprendre les implications d'une telle modification de l'objet visé par le travail thérapeutique, car il témoigne, semble-t-il, d'un changement de regard sur le patient, et donc plus largement, sur l'individu en thérapie et dans sa vie quotidienne. Ainsi ma démarche scientifique se veut plus vaste que la compréhension du « grandissement »¹⁵ quotidien des enfants et adolescents avec des troubles mentaux puisqu'elle est, comme je le dévoilerai, une façon de comprendre notre manière d'être au monde (celles des enfants, des adolescents et des adultes) dans l'entrelacement de nos formes de vie caractérisées par une dépendance réciproque ou, pour le dire autrement, par une vulnérabilité commune à tout humain (Molinier et al., 2009).

La pédopsychiatrie marocaine à l'heure actuelle

Fin 2018, le ministre de la Santé marocain a annoncé la mise en œuvre d'un plan d'action général pour la santé mentale, avec pour objectif « de rapprocher les prestations et en améliorer la qualité sur tout le territoire national ». Il s'agit, fait savoir le ministère par la voix de son représentant, « d'étendre la couverture médicale en matière de psychiatrie et de santé mentale et de garantir des services à moindre coût selon une approche égalitaire pour toutes les catégories sociales »¹⁶. Au travers de cette déclaration se dessine l'offre de soins

¹⁵ Dans le monde médical où une logique développementaliste prédomine (Béhague & Lézé, 2015), le passage d'un seuil d'âge à un autre s'effectue par le développement de compétences qui lui sont indexées et qui, *in fine*, transforment l'enfant en un adulte dit « autonome » (Favretto & Zaltron, 2014). Cette logique est omniprésente chez les professionnelles rencontrées à Al-Balkhi. Toutefois, je montrerai que le concept d'autonomie varie selon les acteurs et la définition et l'usage qu'ils en font (professionnelles, parents et enfants ou adolescents). Dans le domaine de la médecine, ce « bon développement » est associé à certains apprentissages et acquisitions de compétences par les enfants (Favretto & Zaltron, 2014, p.224). Ces compétences sont des « capacités qui marquent les étapes du développement et s'améliorent au fil de la croissance de la personne » (*Ibid.*, p.222). Afin de « dénaturiser » l'âge, cette perspective développementaliste et d'« envisager ce que les Anglo-saxons appellent le "growing up" » (Turmel, 2006, p.72), les socio-anthropologues francophones de l'enfance et de la santé ont conceptualisé ce processus de « développement » en termes de *grandissement*, critiquant et élargissant le concept d'autonomie par la même occasion (Julie Pluies et al., 2019)

¹⁶ <https://maroc-diplomatique.net/le-ministere-de-la-sante-oeuvre-a-promouvoir-la-sante-mentale-dans-tous-ses-plans-strategiques/>, consulté le 8 mars 2019

en santé mentale actuelle qui est, d'une part, très réduite – puisque pour 30 millions d'habitants, « il y a actuellement 300 psychiatres dont 14 sont militaires et 83 exercent dans le secteur privé »¹⁷ – et, d'autre part, inégalement répartie sur le territoire avec 64 centres de consultations ambulatoires en zone urbaine, délaissant une population rurale importante.

Dans l'article dont sont extraits ces éléments du futur plan de santé mentale national, nous apprenons également que la promotion envisagée sera conduite à travers l'adoption des directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des recommandations du Conseil national des droits de l'homme marocain (CNDH). Le fait que ces deux organisations soient mentionnées par le ministre révèle le travail qu'elles ont réalisé depuis plusieurs années, chacune à leur manière et à des échelles différentes, pour la mise en œuvre de programmes de santé mentale au Maroc. De plus, effets possibles de ce double travail de plaidoirie national et international – accompagné par celui des associations de familles, d'utilisateurs et de professionnels –, le ministre, dans sa déclaration, porte aussi une attention particulière aux enfants et adolescents, en précisant que « deux départements de psychiatrie pour enfants et adolescents dans les centres universitaires de Marrakech et Fès » seront créés. Puis, il ajoute que « la formation de dix médecins en pédopsychiatrie par an » sera assurée.

Cette annonce, faite en 2018, vient répondre à des critiques relativement sévères formulées depuis plus de dix ans par ces deux organisations ainsi que par des observateurs nationaux de la santé mentale au sujet de la pédopsychiatrie (Paes et al., 2005; Sekkat & Belbachir, 2009).

En effet, en 2005, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié l'*Atlas. Child and adolescent mental health resources* (2005). Comme l'indiquent le sous-titre (« *Global concerns : implications for the future* ») et l'avant-propos, le rapport est un « cri du cœur » visant à révéler « the enormous unmet needs in child and adolescent mental health » (*Ibid.*, p.4). Dans cet atlas, aucune donnée n'est disponible pour le Maroc, et pour cause : en 2005, le système de santé mentale marocain pour enfants et adolescents existait à peine, à

¹⁷ Par comparaison, en France (environ 67 millions d'habitants), on recense 15 560 psychiatres en exercice en 2019 dont 29 % sont en libéral (soit un taux similaire à ce qui est observé au Maroc où le taux est de 27 %) : <https://www.santementale.fr/2021/07/infirmiers-psychologues-psychiatres-donnees-demographiques-au-1er-janvier-2021/#:~:text=A%20propos%20des%20psychiatres%2C%20ils,parmi%20eux%2012%20547%20femmes>

l'exception de quelques initiatives isolées et fragmentées¹⁸. Au même moment, cette absence de préoccupation pour la santé mentale des enfants et adolescents transparaît en filigrane dans le Plan d'Action National pour l'enfance (PANE). Également publié en 2005, ce plan qui vise à ce « que les enfances du Maroc soient en bonne santé, jouissent d'un enseignement de qualité, soient protégées et en sécurité contre toutes les formes de maltraitance » (UNICEF, 2006) ne mentionne qu'une seule fois la santé mentale des adolescents et des jeunes, signalant sobrement « la nécessité de son amélioration » (*Ibid.*, p.23). Néanmoins, aucun programme n'est proposé pour aller concrètement dans ce sens. S'agissant du « droit à une vie plus saine »¹⁹ (tel qu'il est pensé et défendu par les auteurs du PANE), l'attention est portée sur la prise en charge et le soutien médico-psychologique des enfants victimes de violence ou de sévices sexuels, mais la santé mentale, telle qu'elle est envisagée et définie dans la déclaration des droits de l'enfant²⁰, est alors absente de cette conception de la vie saine.

Par ailleurs, comme je l'ai mentionné, certains acteurs nationaux issus du monde de la psychiatrie commentaient également en 2005 que « les soins pour les enfants sont peu développés » et appelaient à « développer et renforcer les activités spécifiques comme la pédopsychiatrie » (Paes et al., 2005, p. 476) . Toutefois, chiffres à l'appui, ils soulignaient que « les dépenses de santé représentent 4,4 % du produit intérieur brut (PIB) dont 30 % sont supportés par des institutions publiques et 70 % à la charge directe des usagers », ce qui constituait un défi pour la mise en place de services répondant « de manière adéquate aux besoins de santé mentale de plus en plus croissants » (*Ibid.*, p.472). En effet, comme l'expliquaient ces observateurs, les personnes avec des moyens financiers suffisants ont, dès qu'elles le peuvent, recours aux services privés, laissant les services publics avec un déficit budgétaire conséquent en raison de leur accueil d'une population majoritairement démunie économiquement.

Quelques années plus tard, en 2012, le Conseil national des droits de l'homme publie un rapport sur l'état des services marocains de santé mentale intitulé « Santé mentale et droit de l'homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique » (Conseil National des Droits de

¹⁸ Lors de mon premier séjour au Maroc en 2013, j'ai consacré une partie de mon temps à identifier quelques psychiatres – non officiellement répertoriés comme offrant des soins pour enfants et adolescents mais qui, face à l'inexistence de l'offre, recevaient des enfants dans le service adulte où ils exerçaient.

²⁰ Signée par le Maroc en 1990 et ratifiée en 1993 (Denieuil & Laroussi, 2012).

l'Homme, 2012). Il est le résultat d'une mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux. La partie consacrée aux enfants y est succincte et concise – un peu moins d'une page – révélant la quasi-impossibilité de faire un état des lieux de ce domaine, tant l'absence de service est réelle. Comme le notent les auteurs, « les établissements spécialisés en pédopsychiatrie sont encore très rares » (*Ibid.*, p.63), puis ils pointent le fait suivant, comme pour renforcer leur position appelant à une « indispensable » attention pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : « Pour un pays dont les moins de 18 ans représentent près de la moitié de la population, il s'agit d'une insuffisance et d'une défaillance graves. » Ils soulignent que les services existants sont « un exemple à suivre », notant les « efforts déployés par les équipes ». Leur argument en faveur du développement de la psychiatrie pour enfant et adolescent s'appuie, par ailleurs, sur le fait que « l'absence de soins à cet âge de la vie peut avoir de lourdes conséquences pathologiques, sociales et économiques », et ils précisent que « de nombreux troubles qui se signalent chez l'adulte existent à l'état latent ou manifeste durant l'enfance », inscrivant le travail pédopsychiatrique dans une perspective du devenir adulte de l'enfant.

Malgré ces appels à l'action de longue date, en début d'année 2018 – avant que le plan national de promotion de la santé mentale n'ait été annoncé –, l'OMS rapportait l'existence d'environ 50 psychiatres pour enfants et adolescents dans tout le Royaume, incluant l'ensemble des professionnels exerçant au sein de structures gouvernementales et non gouvernementales (World Health Organization, 2018) – cinquante étant aussi le nombre d'établissements (incluant les structures caritatives) et de services ambulatoires qui leur étaient dédiés, dont 2 établissements d'hospitalisation (*Ibid.*).

Parmi les stratégies visant à « améliorer la santé mentale des individus et de la société en général », l'OMS a développé, en 2008, un programme intitulé Mental Health Gap Action Program (mhGAP) (World Health Organization, 2008). Le programme « vise à étendre les services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les pays, en particulier à revenu faible et intermédiaire ». Compte tenu de la situation économique et sanitaire actuelle au Maroc, les « recommandations fondées sur des données probantes » détaillées dans ce programme semblent être en adéquation avec la tâche gouvernementale (mentionnée ci-dessus) consistant à ajuster de manière appropriée le système de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Parmi les recommandations, la

formation aux compétences des proches aidants (c'est-à-dire les parents) est fortement conseillée. La justification de cette pratique est basée sur l'idée qu'« une parentalité positive est liée à moins de problèmes de comportement pendant l'enfance et l'adolescence, ainsi qu'à une amélioration des émotions et des compétences sociales » (Irwin et al., 2007 in *Ibid.*, p.1). Il est également considéré que « les aidants sont capables d'acquérir les compétences nécessaires pour délivrer des thérapies psychosociales à leurs enfants [...], que les enfants bénéficient de ces interventions » (Oono et al. 2013 ; Matson et al. 2009 ; McConachie et Dingle, 2007, in *Ibid.* p.1), et que de tels programmes améliorent le bien-être familial (Reichow et al., 2013, in *Ibid.*, p.1). Ce point sur les proches aidants est important à signaler, car il participe d'une approche résolument contemporaine de la santé mentale, champ dans lequel les parents (et notamment les mères) ont donc désormais un rôle à jouer après avoir été tenus à l'écart puis culpabilisés de ce qui arrivait à leur enfant (Carpentier, 2001; Mougel, 2009) : le chapitre 6 traitera spécifiquement de cet enjeu de la place des parents dans le parcours de soin de leur enfant. Dans un système caractérisé par un manque de moyens humains et financiers et porteur de valeurs comme le « désenfermement », les familles offrent un soutien essentiel pour proposer aux personnes malades une possibilité de vie meilleure.

La pédopsychiatrie à Al-Balkhi

Avant de présenter les principaux ancrages théoriques de cette thèse, à savoir la socioanthropologie de l'enfance et les éthiques du *care*, j'aimerais donner quelques éléments de contexte afin que les lecteurs puissent d'ores et déjà avoir une idée plus précise du type de pédopsychiatrie en vigueur dans le service de l'hôpital public universitaire où j'ai conduit une ethnographie hospitalière. Pour ce faire, je m'appuie sur trois citations pour décrire les grandes lignes des savoirs pédopsychiatriques qui circulent dans cette institution.

La « boîte noire », une inconnue évacuée du raisonnement médical

En ce mercredi de juillet 2014²¹, je me trouve face au chef de service qui a accepté de réaliser quelques entretiens avec moi afin de m'expliquer l'approche sur laquelle repose le travail des professionnelles²² dans ce service. À ce stade de la recherche, j'ai participé à quelques consultations avec les médecins mais je ne suis pas encore très au fait de ce qui se fait à Al-Balkhi. Le Prof. Alaoui m'explique « le courant comportemental » :

« Et donc le courant comportemental, ils [psychiatres, psychologues et chercheurs de ces disciplines] se sont dit que ce qui se passe à l'intérieur de la tête d'une personne, on ne peut pas y accéder, on ne peut pas observer d'une manière objective, on ne peut pas le mesurer donc on va considérer, c'est important mais c'est comme une boîte noire à laquelle on n'a pas d'accès. Nous, ce qu'on va faire pour être scientifique, on va voir ce qui est mesurable et observable. Donc, on va s'intéresser au comportement externe.

De cette première explication, je comprends que le corps a une place centrale dans le travail des professionnelles. Le comportement externe se matérialisant par le corps, il semble que nous avons un point de convergence et qu'a priori, mon travail sera facilité car, dans mon travail d'ethnologue, il est aussi ce sur quoi je porte mon attention. Mais à cet instant, je ne prends pas encore la pleine mesure de ce que la mise de côté de « cette boîte noire » implique en termes de conception du sujet dans le travail clinique. J'imagine que l'inconscient n'est pas pris en compte dans l'élaboration des raisonnements cliniques mais cela reste très flou. Je peine à réaliser l'envergure des conséquences d'une telle conception, d'autant que dans la littérature francophone, il ressort que les pratiques professionnelles sont finalement moins stéréotypées que ce que la théorie pose comme fondement, donnant lieu à des pratiques bricolées inspirées d'une histoire disciplinaire riche d'une diversité de courants épistémologiques. À l'heure de la découverte du service pédopsychiatrique d'Al-Balkhi, je prends note de ce qui m'est expliqué, l'assimilant à un point de vue très théorique, et je me dis que j'aurai le temps de voir ce qu'il en est en pratique. Le Prof. Alaoui continue sa leçon inaugurale.

²¹ Deuxième séjour au Maroc mais premier mois de travail ethnographique au sein de cet hôpital. Je détaille l'entrée sur le terrain au chapitre 1.

²² Aux vues de la proportion de salariés masculins et féminins, et pour garantir l'anonymat du seul membre masculin de l'équipe (en dehors du chef de service), je fais le choix de féminiser l'équipe d'Al-Balkhi me référant à elle par le terme de « professionnelles ».

- « [...] ce qui se passe dans la boîte noire, c'est important. Il y a le courant cognitiviste qui s'est développé qui s'intéresse un petit peu au processus qui se passe à l'intérieur mais ce courant, il a essayé ou bien, il a choisi d'être aussi expérimental, c'est-à-dire scientifique avec les recherches et ce qui fait que les thérapies comportementales qui ont été développées au début ont été complétées par des thérapies comportementales et cognitives. Donc c'est une évolution. Ce sont des courants très proches, c'est une évolution un tout petit peu naturelle des choses. Parce que l'approche comportementale, seule, n'est pas suffisante.

En lien avec la précision du Prof. Alaoui sur la place de la cognition dans les thérapies, je songe que finalement, le comportement est certes central, mais qu'il y a quelque chose de plus à saisir. Je pense qu'il existe un risque que cette autre partie du traitement m'échappe, car comment cerner « cet intérieur » en tant qu'anthropologue ? J'espère que le travail des professionnelles donnera éventuellement des pistes pour comprendre comment le cognitif est pris en charge. Je suis curieuse de comprendre cette articulation entre le corps et le cognitif pour soigner et accompagner des enfants et des adolescences en souffrance psychique. Je m'interroge sur le traitement du « psychique » qui semble être absent des propos du chef de service mais qu'il *me* paraît impossible d'évacuer dans un service de pédopsychiatrie.

Être scientifique, un principe fondateur²³

Poursuivant le survol des mouvements du paysage théorique de la psychiatrie et ses conséquences en termes de pratiques cliniques, le Prof. Alaoui pointe un autre élément fondateur de l'approche appliquée à Al-Balkhi, insistant sur la nécessité de suivre une méthodologie scientifique :

²³ Le Maroc, que ce soit dans la culture populaire et médicale locale ou dans les écrits scientifiques anthropologiques, est connu pour les soins complémentaires que les guérisseurs (« fquih », « marabout ») proposent aux familles lorsqu'un des leurs est malade (Bennani, 1996; Hajbi, 2006). Les médecins rencontrés à l'hôpital connaissent ces pratiques, elles sont pour eux « évidentes ». Mais dans la circulaire datée du 23 avril 1974, un des objectifs fondamentaux de l'action du ministère de la Santé est d'assurer « la promotion d'une psychiatrie qui tienne compte de nos données socio-culturelles mais qui devait éviter toute action pouvant susciter, encourager ou perpétuer la mystification dont était entachée la maladie mentale » (Paes et al., 2005, p. 475). Le souci de scientificité commenté par le Prof. Alaoui semble s'inscrire dans la lignée de cette volonté initiée plusieurs décennies auparavant mais qui continue d'être la ligne directrice des politiques de « développement » du Maroc.

- « Dans la thérapie, en fait, il y avait une dominance de la psychanalyse et les comportementalistes, ils se sont dit qu'on va étudier la psychologie mais d'une manière scientifique c'est-à-dire comme les autres disciplines et, méthode scientifique, il faut faire des expériences, il faut observer, noter ce qu'on a observé et les laboratoires ont commencé les recherches en utilisant des animaux et après des expériences humaines généralement ils prenaient des étudiants comme cobaye. Et donc, c'est un courant de la psychologie scientifique parce que c'est basé sur une méthodologie scientifique.

Se confirme alors, au travers de ses propos, le fait que l'inconscient n'a pas de place dans le travail accompli à Al-Balkhi. À cette période, je me questionne sur l'inconscient dont j'ai une connaissance sommaire issue de la vulgarisation qui en a été faite en France, mais je n'ai jamais lu Sigmund Freud ou Jacques Lacan ; je suis surprise d'entendre qu'il est ignoré, je pensais qu'il s'agissait d'un acquis/fondement de la psychothérapie. Quand je lui demande de préciser le déroulement des thérapies mises en œuvre à Al-Balkhi, le Prof. Alaoui clarifie ce que soigner veut dire pour les professionnelles de son service.

Les comportements, une porte d'entrée de prédilection pour soigner

- « Il s'agit de changer le comportement des enfants, de leur apprendre des compétences, des nouvelles manières de faire, de réfléchir. [...] Ça fonctionne avec des récompenses pour encourager les changements. Il faut fixer les règles, avoir un cadre et définir les conduites à tenir. On aide les parents à définir ce qu'il faut faire, en fonction de ce qui est possible avec les capacités de l'enfant à cause de la maladie. [...] Quand l'enfant change, fait bien, on explique aux parents, selon leurs moyens, de donner quelque chose, des petites choses ou faire quelque chose avec eux, faire une promenade par exemple. [...] Dans certains cas, comme la schizophrénie, ou la grande hyperactivité, on peut aussi prescrire des médicaments. »

Cet extrait résume parfaitement ce que je vais observer pendant des mois, des années sur mon terrain de recherche à Al-Balkhi. Cependant, à cet instant, je considère ces propos comme un discours sur des pratiques et je m'attends, dès lors que les observations du travail des professionnelles auront commencé, à trouver une activité clinique peut-être divergente par rapport à ces mots.

Les thérapies cognitivo-comportemental (TCC)

Les remarques du Prof. Alaoui, que je suppose volontairement simplifiées de sa part car s'adressant à une anthropologue sans cursus en psychiatrie ou psychologie, font en effet écho à l'histoire du développement des courants de ces deux disciplines qu'analysent Françoise Parot et ses co-auteurs²⁴ dans un ouvrage intitulé *Les psychothérapies. Fondements et pratiques* (2011). On y apprend que la thérapie comportementale²⁵, née en 1958, est issue des recherches conduites en laboratoire (*behaviorisme*) dont les premières applications pratiques (dites « thérapeutiques ») seront conduites par Joseph Wolpe à qui l'on doit les premières démonstrations des applications pratiques du *behaviorisme* (Parot et al., 2011, p. 103). À ce courant vont effectivement être fusionnées les thérapies cognitives, notamment via le travail d'Aaron Beck (psychanalyste américain), leur rapprochement donnant lieu à ce qui est aujourd'hui connu sous le nom des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (*Ibid.*, p.131). Comme l'expliquent Françoise Parot et ses coauteurs :

« Dans les années 1970-1980, une division interne à la psychologie de laboratoire entre psychologie *behavioriste* (centrée sur l'observation des comportements) et psychologie cognitive (cherchant à inférer à partir des comportements des mécanismes et processus cognitifs) a commencé à s'effacer. Les deux parties ont mis l'accent sur une conviction commune : les causes qui déterminent les cognitions sont du même ordre, à savoir environnemental et historique (elles relèvent de l'histoire des rapports avec l'environnement), que celles qui déterminent les comportements. » (*Ibid.*, p.129)

Cette fusion, commentée par le Prof. Alaoui et retrouvée dans la littérature, a donc pour particularité d'attribuer les mêmes causes aux origines de la cognition et des comportements,

²⁴ Françoise Parot est professeur d'épistémologie et d'histoire de la psychologie à l'Université de Paris Descartes ; Lionel Fouré, psychologue clinicien, exerce en addictologie à Paris et est l'auteur d'une thèse sur le traitement moral ; Steeve Demazeux est agrégé de philosophie et auteur d'une thèse *Le lit de Procuste du DSM III ; classification psychiatrique, standardisation clinique et ontologie médicale*. Je fais le choix de me référer à cet ouvrage car il présente l'avantage d'avoir été écrit, entre autres, par une historienne et philosophe et permet de cerner d'un point de vue épistémologique l'un des débats les plus animé, controversé et rarement abordé avec la neutralité que le font ces auteurs dans cet ouvrage, à savoir la thèse de l'existence du psychisme et l'éventuelle disparition de la psychothérapie en lien avec celui-ci. Toutefois, les propos défendus par les auteurs résonnent avec les travaux francophones de nombreux chercheurs en sciences sociales réfléchissant à la psychiatrie et à la santé mentale dont (pour n'en citer que quelques-uns à partir desquels je travaille) Pierre-Henry Castel (Castel, 2010), Didier Fassin (Fassin, 1999), Anne Lovell (Lovell et al., 2013), Alain Ehrenberg (Ehrenberg, 2005) (2004, 2001), Livia Velpy (Velpy, 2008), François Sicot (Sicot, 2006), Isabelle Coutant (Coutant, 2018).

²⁵ Ces thérapies, du fait de leur brutalité – par exemple les chocs électriques (aversion) ou la confrontation à l'élément phobique (immersion) –, n'ont, en tant que telles, que très peu été pratiquées. Elles avaient d'ailleurs connu un certain essor dans la « remise sur le droit chemin » des opposants politiques, et étaient associées par certains à une technique de « dressage ». Leur rapprochement des thérapies cognitives permet une nouvelle orientation et une utilisation différente de ce que les « névroses par conditionnement » en laboratoire ont permis d'apprendre sur le comportement humain (Parot et al., 2011, pp. 133-134).

à savoir l'histoire personnelle du patient et son environnement. Cette réunion a un impact considérable, comme l'indique le Prof. Alaoui, sur la manière de traiter les pathologies. Françoise Parot et ses co-auteurs fournissent davantage de clarté aux implications de cette nouvelle approche psychologique :

« Les thérapies qui en sont nées [de cette fusion] sont destinées à corriger une conduite ou une cognition et à les remplacer par d'autres ; elles ne supposent pas une hypothétique *maladie* sous-jacente, qui s'exprimerait par des symptômes tout en les engendrant, en les *causant*. [...] les troubles ne recèlent pas une *signification*, mais résultent du *dysfonctionnement* des mécanismes qui mettent en relation l'individu avec l'environnement et qui ont sélectionné une conduite inadaptée. [...] L'individu a été mal conditionné, et ce qui est appris est réversible ; c'est le ressort même de la thérapie. Toujours, ce qui est manipulé pour rectifier la conduite ou les cognitions, ce sont les *émotions* qui les accompagnent : la peur, l'anxiété, le dégoût, etc. » (*Ibid.*, p.129).

Ainsi, l'approche cognitivo-comportementale à laquelle cette unification a donné lieu constitue dorénavant l'une des pierres angulaires du système de prise en charge des maladies mentales dans de nombreux pays, y compris donc au Maroc, à Al-Balkhi, où j'ai pu l'observer. Initialement pratiquée dans le traitement des phobies ou troubles obsessionnels compulsifs (TOC), elle a rapidement été identifiée comme une solution viable étant données sa rapidité et son efficacité²⁶ (*Ibid.*, p.131). Néanmoins, comme je l'ai constaté sur mon terrain, son application s'est désormais étendue à plusieurs troubles dont notamment, concernant les enfants, les troubles du spectre autistique (Chamak, 2008) et les troubles de l'apprentissage (Stanislas Morel, 2014), avec cette spécificité locale qui la positionne comme l'unique référence épistémologique des professionnelles rencontrées alors que dans d'autres contextes (en France ou en Suisse par exemple), elle complète ou concurrence, selon la vision et « le respect »²⁷ de chaque thérapeute à l'égard de ses confrères (Chamak, 2008, p.37), les autres types de psychothérapies existantes.

²⁶ Par opposition aux faits reprochés à la psychanalyse, dite coûteuse, mais surtout longue. Je fais l'hypothèse, qu'il faudrait pouvoir étayer par un travail plus spécifique sur cette question, que les manières de pratiquer ces thérapies brèves sont effectivement une solution en adéquation avec les moyens dont disposent les familles rencontrées à Al-Balkhi mais aussi les ressources (notamment humaines) attribuées à l'hôpital public. Le temps court (étant donné la liste d'attentes des patients attendant une prise en charge) et la quasi-gratuité (alors que les traitements en cabinet libéral sont inabornables pour une grande partie de la population) offrent une solution thérapeutique courte que l'hôpital public peut se permettre. Mais à ces conditions matérielles s'ajoute l'ancrage épistémologique des professionnelles rencontrées (chef de service et directeur de l'hôpital inclus) pour qui ce nouveau courant permet une démarche scientifique à laquelle ils aspirent.

²⁷ Dans un entretien réalisé par Claire Granier et Pierre-Henri Castel auprès de Christophe André, le praticien dresse un état des lieux des relations entre psychanalyse et TCC en France et rapporte comment, dans la pratique avec les patients mais aussi entre professionnels, les relations et les collaborations se construisent (Granier & Castel, 2001).

Les commentaires du Prof. Alaoui sont par ailleurs centraux car en m'expliquant le travail réalisé à Al-Balkhi, il prend position dans une bataille épistémologique vieille de plusieurs décennies, voire plusieurs siècles. Afin d'en comprendre les tenants et aboutissants, je citerai Alain Ehrenberg et Anne Lovell, un sociologue et une anthropologue qui ont tous deux dédié leur carrière académique à la maladie mentale. Dans l'introduction d'un ouvrage collectif dédié à ce sujet, les deux auteurs expliquent que « [l]es pathologies mentales et la psychiatrie occupent une place particulière dans le monde de la maladie et de la médecine. Cela tient à la complexité de la matière même : la subjectivité » (Ehrenberg & Lovell, 2001, p. 9).

Comme ils le soulignent, c'est effectivement en termes de subjectivité que la maladie mentale a été pensée (et continue de l'être) par une large partie des chercheurs et praticiens sur et dans ce domaine (Ehrenberg & Lovell, 2001). Mais à l'instar des propos du Prof. Alaoui, un important changement de paradigme a eu lieu ces dernières années, entraînant le passage d'une conception de la maladie mentale comme signe « d'une désorganisation de l'intentionnalité²⁸ (de l'homme) » (*Ibid.*, p.10) à un dysfonctionnement du cerveau. Comme l'indique le Prof. Alaoui lors de notre premier entretien, et comme le soulignent d'autres auteurs (Parot et al., 2008), le courant des TCC révolutionne le champ des psychothérapies puisque son modèle explicatif, s'inspirant des thérapies de laboratoire et « des expériences de psychopathologies animales », révolutionne la conception de l'humain malade – même si, comme le fait remarquer Stanislas Morel :

« l'approche multifactorielle intégrant l'étude des relations entre des facteurs bio-psycho-sociaux s'est largement imposée comme la plus légitime [dans les neurosciences]. Dans la mesure où les facteurs biologiques/génétiques et environnementaux sont en continuelle interaction, il ne serait ni possible ni souhaitable de chercher à isoler leurs poids respectifs et de les hiérarchiser » (Stanislas Morel, 2016, § 7).

En d'autres termes, « la critique indissociablement scientifique et politique du réductionnisme biologique » adressée aux neurosciences ne tient pas compte de la valorisation des facteurs multiples pourtant reconnus par les neurosciences (*Ibid.*).

Néanmoins, à l'instar des propos tenus par le chef de service d'Al-Balkhi, l'entrée de ces deux modes de considération (cognitif et comportemental) est un bouleversement dans le panorama thérapeutique puisque « cette boîte noire » évoquée par le Prof. Alaoui (cette

²⁸ Par intentionnalité, les auteurs entendent « désirs, volonté, croyances, raison et raisons, etc. (Ehrenberg & Lovell, 2001, p.10).

énigme que sciences sociales et psychiatrie ont tenté de percer) est mise de côté. L'entité interne, désormais identifiée comme le lieu de production des problèmes (et de leurs résolutions), n'est plus le psychisme, mais le cerveau : les neurosciences constituent la science de ce nouvel organe qui éclaire sous un jour nouveau les comportements et pensées des patients. L'imagerie cérébrale à laquelle recourent les neurosciences²⁹ est l'un des outils d'administration de la preuve de l'existence et de la compréhension de la maladie mentale et de l'efficacité des thérapies visant à la traiter.

Ce changement de paradigme a deux conséquences majeures : d'une part, comme le mentionnent le Prof. Alaoui et la littérature, cette approche donne la possibilité de produire une démarche « scientifique ». En se passant du psychisme, « cela [...] permet [...] d'afficher la scientificité de leur démarche fondée sur la recherche en laboratoire » (Parot et al., 2011, p. 130). Cette objectivité, gagnée à la lumière des expériences répétées et contrôlées, offrirait ainsi une démarche thérapeutique dont la validité serait prouvée et non pas hypothétique (Stanislas Morel, 2016, § 9). D'autre part, cette nouvelle « science du cerveau », en contribuant à faire de la maladie mentale une « espèce naturelle » semblable aux pathologies somatiques, favorise une perspective universaliste de cet organe, principe permettant la diffusion d'une psychiatrie au sein de laquelle les éléments subjectifs sont écartés (par opposition à l'objectivité acquise via la validation par les preuves) (Parot et al., 2011, p. 139)³⁰.

En outre, il est important de pointer que ce changement de paradigme a une influence importante pour les chercheurs en sciences sociales puisque « [s]i la médecine a tendance à considérer la maladie comme une entité naturelle, la sociologie et l'anthropologie montrent comment les maladies, mentales ou non, subissent un travail de négociation et d'objectivation sociales pour être labellisées de maladie » (Ehrenberg et Lovell, 2009, p.14).

²⁹ Par neurosciences, j'entends « l'ensemble des disciplines qui ont pour objet d'établir la nature des relations entre la cognition et le cerveau » (Tiberghien, 2002).

³⁰ Face aux problèmes d'exportations de modèles – persistants mais surtout intensifiés du fait d'un contexte migratoire dense –, certains praticiens ont pourtant tenté de trouver des alternatives. C'est le cas par exemple de l'ethnopsychiatrie : cette approche singulière explorant la (non-)universalité du psychisme humain et de la prise en charge de la douleur du patient, s'est constituée, de manière un peu schématique, en deux écoles : d'un côté, celle inspirée par son créateur, Georges Devereux, et de l'autre, ceux ayant emprunté la voie ouverte par l'un de ses élèves, Tobie Nathan. La démarche de Devereux, comme le résume Parot et al., consistait à comprendre « les nosologies et thérapies d'autres peuples [...] elle a invité à prendre conscience de la nécessité de se méfier des généralités hâtives de nos croyances à l'ensemble du globe. » À l'inverse, Nathan, reproduisant le schéma de l'existence d'un psychisme – quel que soit l'homme – imagine une activité thérapeutique inspirée par les cultures d'origines de ses patients, et il en résulte une thérapie pensée et conçue pour les migrants vivant hors de leur contexte de vie avant migration (Parot et al., 2011, pp. 142-146).

Penser les maladies mentales en lien avec l'existence de « l'organe cerveau » modifie le regard porté sur ces dernières. Bien que cette thèse n'ait pas pour objet la définition de la maladie mentale et ne vise pas à prendre parti sur ce que sont les maladies mentales (je m'intéresse davantage à ce qu'elles produisent socialement en tant qu'entité présentée aux familles comme troubles psychiatriques ou psychologiques), les conclusions issues de ce travail participent, d'une manière indirecte, à ce débat que chercheurs en médecine et chercheurs en sciences sociales .

« Où sont ses pieds ? » ou l'importance d'adapter le modèle (hégémonique) importé

Psychiatrie et pédopsychiatrie³¹ se sont bâties au cours de leur histoire sur les recherches faites en Europe et aux États-Unis et avec les habitants de ces régions (Parot et al., 2011, p. 137). Sur la base de ce constat, force est de reconnaître que si la psychologie s'est construite autour de la psychologie de « l'homme blanc, adulte et civilisé », la psychologie infantile est aussi celle de l'enfant blanc. Joseph Henrich et ses coauteurs se sont intéressés aux publications de psychologie cognitive en portant un regard sur ce problème (Henrich et al., 2010b). Les auteurs soulignent que la plupart des échantillons élaborés par les chercheurs sont constitués de « *Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic (WEIRD) society* » (*Ibid.*). Étrange... *weird*... surtout lorsque l'on sait que ces mêmes recherches sont ensuite utilisées comme support de justifications de pratiques cognitives ou de recherche fondamentale en psychologie dont l'ampleur et les conséquences sont visibles au niveau mondial. Le paradigme sous-jacent à cette approche (détaillé ci-dessus) facilite cette diffusion.

³¹ La première consultation neuropsychiatrique interdisciplinaire a été initiée par George Heuyer, neuropédiatre exerçant à Paris dans les années 1920. Considéré comme le fondateur de la neuropsychiatrie, sa vision étiologique, ou constitutionnelle, à laquelle vient se greffer un point de vue prophylactique, ou psychosocial, permet la création de ce qu'il nommera « un service complet ». Celui-ci, sous la tutelle du médecin neurologue, offre une panoplie de soins tels que l'assistance sociale, la psychologie, la psychomotricité, l'orthophonie ainsi que la psychanalyse. Avec Heuyer naît ainsi la première prise en charge de type bio-psycho-sociale de l'enfant où les conditions de vie et d'éducation sont prises en compte (Bienne, 2004). Du côté des États-Unis, c'est en 1909 que le premier centre Community-based Child Guidance Clinics a ouvert ses portes, et moins de vingt ans plus tard, ils sont environ une centaine sur l'ensemble du territoire américain. Les équipes s'occupant des jeunes sont multidisciplinaires et incluent travailleurs sociaux, psychiatres et psychologues (Parot et al., 2011, pp. 100-103).

Toutefois, même si le cerveau est universel (dans la perspective des TCC), les dysfonctionnements traités sont aussi présentés comme le fruit de l'environnement dans lequel la personne grandit et évolue, la période de l'enfance constituant un moment clé de ces conditionnements jugés par la suite inadéquats. L'extrait de carnet de terrain ci-dessous illustre le fait que des ajustements sont nécessaires de la part des professionnelles amenées à utiliser ces références et à travailler avec ce modèle.

Extrait de mon carnet de terrain

Je suis avec une psychomotricienne et un enfant en séance et la professionnelle a pour objectif de travailler sur le schéma corporel. Ce travail s'effectue sur plusieurs séances à la fin desquelles l'enfant doit être en mesure de dessiner un bonhomme. Selon son âge, différentes formes, divers détails doivent figurer sur le dessin. Un garçon de huit ans dessine sa famille, avec son frère, son père et sa mère. Lors de l'examen de la feuille, la psychomotricienne m'explique comment elle évalue d'une part les progrès mais aussi les décalages persistants par rapport aux acquis attendus. Puis, elle porte mon attention sur un fait : « Tu vois, sa mère, elle n'a pas de pieds ». Effectivement, je constate que les autres personnages ont des pieds, sauf sa mère. Elle me dit qu'au début de leur travail ensemble, elle a insisté pour qu'il dessine des pieds à sa mère, justifiant que tout le monde a des pieds – et me glissant que cela est aussi le signe de l'intégration du schéma corporel. Mais elle me dit qu'à la suite de sa remarque, le garçon lui avait répondu qu'avec la djellaba que porte sa mère, il ne voit pas ses pieds.

S'il s'agit d'un fait qui est, disons-le, d'ordre anecdotique (à savoir qu'une tenue vestimentaire dissimule une partie du corps et implique que le garçon ne la représente pas comme l'attend la professionnelle), il vient mettre à jour l'un des possibles – mais multiples – éléments divergents qui doivent être pris en compte lorsque l'exportation d'un modèle psychologique se produit d'un contexte de vie à un autre. La représentation figurée complète du corps comme preuve d'une bonne représentation mentale de soi entraîne avec elle un lot d'attentes qui ne correspondent pas nécessairement au contexte d'application de cette théorie. Elle est relativement facile à repérer et le « bon sens » semble être une réponse

acceptable pour la professionnelle et l'enfant dans le cas du dessin des pieds, mais ces tensions liées à l'implémentation de certains modèles peuvent être beaucoup plus complexes et difficiles à déceler selon la nature des attentes professionnelles et de leur résonance plus ou moins lointaine avec le contexte de vie local des enfants et adolescents. À titre d'exemple des ambiguïtés et biais qui peuvent surgir lors d'études menées avec les enfants, les auteurs de l'article « The weirdest people in the world ? » résument ce problème en estimant que « *studying the cognitive development of folkbiology in urban children would seem the equivalent of studying « normal » physical growth in malnourished children* » (Henrich et al., 2010b, p. 67). Le décalage entre étude et population constitue un problème réel du fait des divergences d'une personne à une autre et de son environnement de vie qui influence, par exemple ses vêtements mais aussi, comme je le mets à jour dans cette thèse, le lieu de vie ou de scolarité, la religion, ou encore les pratiques d'hygiène corporelle. De la matérialité d'un dessin surgit une problématique centrale à l'importation de modèle théorique d'un contexte à un autre.

L'existence d'une culture médicale internationale portée par le DSM³² autorise les allers-retours entre littérature francophone et anglophone. L'usage croisé de théories socio-anthropologiques initialement pensées dans d'autres contextes, notamment français, constitue une grille d'analyse à même de livrer des éléments pertinents pour comprendre ce qui se produit à Al-Balkhi.

Après avoir présenté le contexte médical et plus particulièrement pédopsychiatrique local et international (du fait des déplacements de personnes et de référentiels entre les frontières), j'introduis désormais les ancrages théoriques socio-anthropologiques m'ayant accompagnée depuis le début de cette recherche.

³² Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - classification des troubles mentaux) est publié par l'Association américaine de psychiatrie. Régulièrement mis à jour depuis sa première édition en 1952, il en est aujourd'hui à sa 5^e publication. Je reviens plus en détail dans la suite de ce travail sur les enjeux et tensions qui entourent la publication de cet ouvrage de référence américain.

Mes accompagnants théoriques

Entre « développement » et « grandissement » : comment aborder les enfants patients psychiatriques ?

Le nouveau paradigme des années 1980

Dans l'histoire de la socialisation, les enfants ont souvent été étudiés soit pour leur devenir adulte (déterminisme³³), soit pour leur être présent (constructivisme³⁴), avant que n'advienne une troisième voie, celle du « nouveau paradigme » de la sociologie de l'enfance qui leur associe un nouveau statut (Corsaro, 2005 [1997]). Le déterminisme est le résultat d'une approche structuro-fonctionnaliste de la reproduction et de la socialisation, alors que le constructivisme a été influencé par la psychologie du développement. Selon le modèle « déterministe », dont les penseurs sont les pères de la sociologie, « l'enfant joue un rôle essentiellement passif » dans *la* socialisation. Dans ce modèle, il est à la fois un novice avec le potentiel de contribuer au maintien de la société et une menace indomptable qui doit être maîtrisée par une formation soignée. Les sociologues de l'enfance ont tenté de se décaler de cette vision de l'enfant afin de rendre compte de la participation active de l'enfant aux processus de socialisation. En revanche, pour le modèle « constructiviste » qui, pour certains auteurs, fonde les prémisses de la sociologie de l'enfance, l'enfant est un agent actif et un apprenant avide de *sa* socialisation. Dans ce second modèle, l'enfant construit activement son monde social et la place qu'il y tient (Corsaro, 2005 [1997]). Cette position a constitué un point de départ novateur et nourricier pour le « nouveau paradigme » de l'enfance qui reconnaît l'enfant comme un acteur social.

³³ Cette perspective « décrit l'appropriation de l'enfant par la société. L'appropriation signifie que l'enfant est pris en charge par la société ; il est formé pour devenir, à terme, un membre compétent et pouvant y contribuer ». Toutefois, ce modèle inclut deux approches distinctes : l'une dite fonctionnaliste et l'autre dite reproductive. La différence, de manière très succincte, entre ceux deux approches, réside dans le fait que le fonctionnalisme conçoit la société comme un lieu d'ordre et d'équilibre pour lequel l'enfant doit être préparé. Au contraire, l'approche dite « reproductive » envisage davantage la société en termes de conflits et d'inégalités générant chez les enfants des « accès différentiels à certains types de formation et autres ressources sociétales » (Corsaro, 2006, p.10).

³⁴ Ce modèle est intimement lié avec les théories de deux psychologues, Jean Piaget et Lev Vygotsky. Le premier a travaillé sur une théorie du développement intellectuel et de l'équilibre dans laquelle l'enfant est capable d'entreprendre des activités pour faire face aux intrusions extérieures fautiveuses de déséquilibre ; le second s'est attaché à montrer comment les individus, et particulièrement les enfants, mettent en place des stratégies afin de répondre aux demandes sociétales changeantes. Si, pour Jean Piaget, l'enfant possède un sens individuel inné de cet équilibre qui le fait devenir être social, pour Lev Vygotsky, c'est collectivement et dans la vie ordinaire que l'enfant apprend à créer les stratégies nécessaires à sa vie sociale (Corsaro, p.13-15).

De nombreux auteurs de la sociologie de l'enfance, anglophones ou francophones, s'accordent à dater le « nouveau paradigme de l'enfance » au début des années 1990 – bien qu'une dizaine d'années sépare les travaux anglais des français (Sirota, 2006a). Les principales caractéristiques du nouveau paradigme ont été identifiées et résumées, comme suit, par Allison James et Alan Prout :

« l'enfance doit être abordée comme une construction sociale [...] ; l'enfance est une composante sociale qui ne peut être entièrement séparée d'autres variables telles que la classe, le genre ou l'ethnicité [...] ; les relations sociales et cultures enfantines nécessitent d'être étudiées pour elles-mêmes [...] ; les enfants sont et doivent être considérés comme actifs dans la construction et la détermination de leur propre vie sociale [...] ; l'ethnographie représente une méthode particulière utile pour l'étude de l'enfance [...] ; l'enfance est un phénomène pour lequel la double herméneutique des sciences sociales³⁵ est extrêmement présente (voir Giddens 1976). En proclamant un nouveau paradigme de l'enfance, la sociologie doit également s'engager dans le processus de reconstruire l'enfance dans la société. » (James & Prout, 1990, pp. 8-9)

Ce paradigme s'appuie donc sur les acquis, mais surtout sur les manques des modèles déterministe et constructiviste et à la suite de ces principes cités ci-dessus, une nouvelle manière de penser la socialisation de l'enfant a émergé³⁶ (Alanen et al., 2015; Moran-Ellis, 2010). De plus, comme le note Régine Sirota, l'apparition de ces idées se produit à un moment particulier :

« ce petit objet insolite apparaît en même temps que la mise en rediscussion des théories de la socialisation. Celle-ci [la socialisation] surgit à la lumière d'un retour général vers l'acteur, de la redécouverte des théories de l'interactionnisme symbolique et des théories interprétatives [...] puis rebondit avec la mise en évidence d'une forte désinstitutionnalisation et la montée des théories de l'individualisme » (Sirota, 2006a, p. 14).

En effet, les premiers auteurs de la sociologie de l'enfance³⁷ revendiquent une analyse critique de la notion de socialisation. Pour Corsaro, par exemple, auteur clé de ce nouveau paradigme, ce terme est problématique puisqu'il « a une connotation individualiste et tournée vers l'avenir qui est inévitable. On entend le terme, et l'idée de former et de préparer l'enfant

³⁵ Le concept de « double herméneutique » renvoie à l'idée que les connaissances produites par les sciences sociales sur l'humain peuvent être utilisées pour changer les pratiques, à l'inverse des sciences naturelles qui travaillent sur le monde naturel (sans usage possible par la matière étudiée des connaissances qui sont produites).

³⁶ En parallèle, l'ouvrage de l'historien Philippe Ariès est systématiquement cité par les chercheurs de l'enfance, car il est le premier à avoir étudié la construction sociale de l'enfance, bien que sa perspective historique, notamment inspirée de l'iconographie, ait pu susciter de nombreux débats (Gros, 2010).

³⁷ Sont notamment cités Allison James et Alan Prout (James & Prout, 1990), Jens Qvortrup (Qvortrup, 2007) et William Corsaro (Corsaro, 2005 [1997]).

individuel pour l'avenir vient à l'esprit »³⁸ (Corsaro, 2005 [1997], p. 20). Pour contrer cette connotation, l'auteur propose le concept de « reproduction interprétative » dans lequel :

« *interprétative* capture les aspects novateurs et créatifs de la participation des enfants dans la société[...] [et] *reproduction* capture l'idée que les enfants n'intériorisent pas simplement la société et la culture mais qu'ils contribuent activement à la production et au changement culturels. Le terme implique également que les enfants, par leur intense participation à la société, sont contraints par les structures sociales existantes et la reproduction sociétale » (Sirota, 2006b, p. 21).

Initialement, mon travail s'était inscrit dans la continuité de ce paradigme : je considérais – et considère toujours – que les enfants jouent un rôle actif et déterminant dans leur socialisation.

Une littérature éparse

Afin de construire mon cadre d'analyse, je me suis également inspirée des recherches existantes sur l'expérience des enfants suivis en pédopsychiatrie. Mais ces études, dans une perspective socio-anthropologique et conformément au nouveau paradigme de l'enfance – c'est-à-dire travaillant avec les enfants comme acteurs de leurs trajectoires de soins –, sont quasiment inexistantes³⁹. Bien que l'entrée de la psychologie du développement comme science de laboratoire ait laissé le champ libre aux sciences sociales pour une nouvelle approche de la vie psychique de cette période nommée enfance (Sirota, 2012), celle-ci est néanmoins restée amplement ignorée par les chercheurs de ces sciences (Brady et al., 2015). De plus, même si l'émergence de la sociologie et de l'anthropologie de l'enfance a mis à disposition un cadre et des outils méthodologiques favorables à l'étude de ce champ et de ces « petites personnes », les recherches situées à la jonction de l'anthropologie de l'enfance et de l'anthropologie médicale sont encore relativement lacunaires (*Ibid.*). Actuellement, on

³⁸ Toutefois, les travaux sur la socialisation dans le milieu professionnel viennent élargir les terrains de réflexion et gommer ces connotations.

³⁹ Si les recherches dans le domaine de la pédopsychiatrie sont rares, ceux sur la pédiatrie ont émergé dans les années 1970 aux USA et 2000 en France. Je suis, à ce titre, redevable des travaux de Myra Bluebond-Langner ((Bluebond-Langner, 1980), Cindy Dell Clark (Dell Clark, 2003), Fabienne Héjoaka (Hejoaka, 2012), Sarra Mougel (Mougel, 2009), Hélène Kane (Kane, 2015) et Marie Bonnet (M. Bonnet, 2008b), ainsi qu'au groupe de recherche enfance et pédiatrie ENSPEDIA dirigé par Yannick Jaffré.

en sait dont très peu sur l'expérience de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents⁴⁰.

La socio-anthropologie francophone

À ma connaissance, dans la socio-anthropologie francophone, seule une dizaine de recherches considérant les enfants (au côté de leurs parents ou des professionnels) comme les enquêtés a été menée. Dans une perspective compréhensive, les travaux abordent l'expérience des adolescents souffrants d'anorexie mentale (Tinat, 2008), les conditions sociales de l'automutilation (Brossard, 2014), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Béliard et al., 2018), l'accès aux soins et aux conditions de traitement psychiques et psychiatriques dans le cas de parcours migratoires (Wang, 2016), le retrait social (Fansten & Figueiredo, 2015), les « troubles du comportement » à l'adolescence en milieu populaire pris en charge dans une unité psychiatrique (Coutant, 2018). En lien avec l'école, la phobie scolaire (Figueiredo, 2019), la médicalisation de l'échec scolaire (Stanislas Morel, 2014) ou les enfants à hauts potentiels (Lignier, 2010) font également l'objet de recherche.

Hors contexte français ou européen, Olivier Douville s'intéresse aux conséquences psychiques de la vie à la rue des enfants au Mali ou de la guerre dans les deux Congo (Douville, 2003, 2009) ; Dago-Akribi dévoile quant à elle la nécessité de penser les conséquences psychologiques des enfants porteurs du VIH (Dago-Akribi, 2007). Dans cet ensemble, je remarque que Simeng Wang, parce qu'elle favorise une analyse des processus migratoires, et Olivier Douville, parce qu'il examine un pays en guerre, portent tous deux leur attention sur *les conséquences* de ces événements sur la santé mentale des adolescents, faisant ainsi le choix de ne pas se focaliser sur un seul type de pathologie ou de problème.

⁴⁰ En anthropologie de la santé, l'expérience des patients suivis en psychiatrie est un domaine de recherche initié dans les années 1960 avec Erving Goffman (Erving Goffman, 1968), mais la prise en compte du point de vue des sujets malades est relativement récente, et a été portée, comme le rappelle Livia Velpry dans son ouvrage (2008), par les travaux de Sue Estroff. A ce propos, l'ouvrage de Livia Velpry (Velpry, 2008) est intéressant pour comprendre comment l'émergence du point de vue du patient est advenue puis a été entendue en lien avec l'idée de qualité de vie en médecine. Dans cette perspective, mon projet de thèse qui portait initialement sur « l'expérience des enfants avec des troubles mentaux » s'est précisé pour devenir ce qui se passe pour les enfants en thérapie – une manière pour moi de comprendre une partie de leur expérience.

Pour le reste, les travaux sont pensés en lien avec la nosographie psychiatrique internationale (DSM ou CIM).

L'objectif de l'ensemble de ces études est de comprendre la manière dont les enfants et adolescents définissent et perçoivent la pathologie avec laquelle ils ont été diagnostiqués (si diagnostic il y a), comment ils s'identifient ou rejettent cette pathologie, ou encore la façon dont elle influence leurs relations sociales. Ainsi, Karine Tinat (Tinat, 2008) montre comment les normes en vigueur dans certains espaces (le rôle de la femme dans la sphère domestique et l'affirmation de soi dans l'espace public) peuvent être manipulées, par les jeunes, pour servir leurs intérêts, faisant dire à l'auteure qu'elles sont des tyrans domestiques inversant les hiérarchies parent/enfant, masculin/féminin (2008, p.23); Baptiste Brossard (Brossard, 2014) constate la création de nouveaux réseaux de sociabilité par le partage de pratiques communes d'automutilation; enfin, plusieurs auteurs (Brossard, 2014; Wang, 2016; Béliard, 2018) observent les nouvelles configurations sociales résultant des trajectoires de la maladie et des trajectoires de soins tels que définies par l'interactionnisme de Strauss et Corbin (A. Strauss & Corbin, 1997). Dans une perspective critique, souvent foucauldienne ou inspirée par celle-ci, Karine Tinat et Simeng Wang s'attachent à replacer l'analyse de la souffrance dans le contexte culturel et sociohistorique de l'individu dit malade ou souffrant; Baptiste Brossard (2014) questionne le passage de l'adolescence à l'adulte, notamment en proposant de penser les pratiques d'automutilation comme des rituels; et Karine Tinat (2008) interroge le rapport au genre dans les traitements de l'anorexie. De fait, de manière plus ou moins explicite, les auteurs prennent du recul par rapport à la logique médicale afin d'offrir une lecture sociologique de certains troubles que sont l'automutilation, l'anorexie ou encore le TDA/H. Ainsi, ils pointent les « étroites interactions entre qualifications médicales et sociales » et mettent en lumière la fragile frontière qui peut exister entre troubles psychiques et sociaux (Béliard et al., 2018; Coutant, 2012). Dans l'ensemble, ces travaux montrent donc comment la symptomatologie psychiatrique est intriquée avec les problèmes de fonctionnement social, soulignant les enjeux de la psychiatrisation et du gouvernement des corps à l'œuvre dans les programmes de santé mentale.

La socio-anthropologie anglophone

Dans la littérature anglophone, le constat est à peu près similaire : le domaine de la santé mentale des enfants ne suscite que peu d'intérêt chez les chercheurs en sciences sociales.

Nous retrouvons néanmoins des thématiques semblables à celles abordées dans le milieu de la recherche francophone. C'est notamment le cas à propos de l'anorexie mentale (Gremillion, 2002), des troubles de l'attention et de l'hyperactivité (Christine El Ouardani, 2017; Witeska-Młynarczyk, 2020)⁴¹, de la migration (Ensor & Goździak, 2010), de l'obésité (Backstrom, 2016; Kaufman & Karpati, 2007) et du trouble autistique (Ha & Whittaker, 2016). Dans ces études, comme dans le contexte francophone, il est question de l'expérience de la maladie, du travail sur les corps et de la contextualisation historique et socioculturelle des pathologies. Sur ce dernier point et de manière spécifique, Brandon Kohrt et Emily Mendenhall, par une vision globale de la santé mentale, pointent les influences des aspects culturels sur l'expérience et l'expression de la maladie mentale (Kohrt et al., 2016); Rania Kassab Sweis relate comment le genre façonne l'aide internationale psychiatrique au Caire⁴² (Sweis, 2017); et Vicki Coppock et Brenda LeFrancois questionnent la psychiatisation des adolescents, cette dernière se penchant tout particulièrement sur le cas des minorités ethniques au Canada (Coppock & LeFrancois, 2014; LeFrancois, 2013).

De plus, deux thématiques classiques de l'anthropologie de la santé, à savoir le rapport aux médicaments (Desclaux & Egrot, 2015; Fainzang, 2003) et les traitements par contraintes (Velpry et al., 2018a), trouvent, respectivement, un écho avec les travaux de Supama Choudhury (Choudhury, 2010), de Dominique Béhague sur la biologisation de l'adolescence (Béhague, 2015), et avec ceux de Yannis Gansel et Samuel Lézé conduits avec des adolescents hospitalisés (Gansel & Lézé, 2015). Enfin, les liens entre conditions de vie et santé mentale sont abordés par Janis Jenkins et ses coauteurs ainsi que par Rosalba Company-Cordoba et ses coauteurs également (Company-Córdoba et al., 2020; Jenkins et al., 2020).

Je constate que si une partie de la littérature anglophone concerne les États-Unis et le Canada, elle a aussi pour caractéristique d'ouvrir notre champ de connaissance à des pays tels que le Mexique (Jenkins et al., 2020), le Brésil (Béhague, 2015), le Vietnam (Ha & Whittaker, 2016) ou encore l'Égypte (Sweis, 2017). En cela, elle se distingue de la littérature francophone qui concerne principalement la France, à l'exception du travail de Maïa Fansten réalisé dans le cadre d'une recherche comparative entre le Japon et la France, celui de Karine

⁴¹ Pour d'autres références sur le diagnostic de TDAH, se référer à l'article d'Anna Witeska-Młynarczyk (2020).

⁴² Aspect que je traiterai dans le chapitre 5 et qui a fait l'objet d'une publication en 2019 avec Margaux Bressan et Sarah Bonnard.

Tinat mené au Mexique ainsi que les études d'Olivier Douville (2009) et d'Hortense Aka Dago-Akribi (2007) conduites en Afrique de l'Ouest.

La santé publique

Par ailleurs, il existe une série importante de recherches conduites dans le cadre d'évaluations de projets de santé publique où des enfants et leurs parents sont interviewés et engagés dans des enquêtes de type qualitatif et quantitatif en lien avec leur santé mentale. Les domaines examinés portent sur la dépression par rapport à des conditions somatiques telles que le VIH, les corrélations entre conditions de vie (migration, pauvreté, contexte de guerre) et traumatismes ou bien être psychiques, ou encore sur l'évaluation, la faisabilité et la répliquabilité de programmes ou de certaines échelles pour la prise en charge des enfants et adolescents. Le *Journal of Mental Health* est l'hôte de l'ensemble de ces publications qui concerne strictement les pays dits « à bas revenus » – résultat de la ligne éditoriale du journal qui est lié au Centre de Santé Globale⁴³ dont la mission est de combler le manque de traitements pour les personnes vivant avec des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances dans des environnements à bas revenus. Bien que certainement utile dans une certaine perspective de santé publique, je remarque cependant que ce type de recherche ne privilégie pas une dynamique réflexive, laissant de côté le volet expérientiel (au sens socio-anthropologique) de la maladie mentale et faisant fi d'une perspective historique à même de révéler les conceptions véhiculées à propos de l'enfance ou de l'adolescence⁴⁴ dans les programmes implémentés. Pour reprendre la distinction entre point de vue et expérience telle qu'opérée par Livia Velpry, je constate qu'avec ce type d'étude, « si les personnes souffrant de troubles mentaux graves (*dans ce travail il s'agit les enfants*) sont effectivement aujourd'hui dotées d'un point de vue, on ne peut pas dire pour autant qu'elles disposent d'un espace d'expression dans la littérature en sciences sociales » (Velpry, 2003, p. 44). Par mon travail, je tente de créer un « **espace d'expression** » dans la littérature en sciences sociales pour les enfants et les adolescents avec des troubles mentaux au Maroc.

⁴³ Hébergé par la London School of Hygiene and Medicine.

⁴⁴ De la même manière, l'absence de mise en perspective critique des programmes conduit à une non-interrogation de l'exportation de programmes WEIRD : cet aspect sera étudié au chapitre 2.

Les parents d'enfants et adolescents avec des troubles psychiques et psychiatriques

Comme je l'ai mentionné précédemment, dans un système aux ressources humaines et financières limitées, les parents ont, selon les professionnelles, un rôle à jouer. À défaut d'une littérature très abondante sur les démarches de soins entreprises par les parents au Maroc et plus largement dans la zone géographique du Maghreb, j'ai fait le choix dans ce travail, pour éclaircir certains aspects des pratiques parentales, de m'appuyer sur la littérature portant sur l'éducation des enfants au Maroc, en particulier les travaux de Christine El Ouardani (2014; 2018), ceux de Jalil Bennani (Bennani, 2014; Bennani & El-Amraoui, 2013), ou plus largement au Maghreb (Warnock Fernea, 1995a) ainsi que, dans une certaine mesure, sur les recherches menées par Aouattah au sein de familles maghrébines en France et en Belgique (Aouattah, 1993, 2003, 2010). Ces références m'ont permis de mieux comprendre le contexte social et familial dans lequel s'exerce la guidance parentale qui, aux yeux des professionnelles, tient une part importante dans l'aller mieux de leur enfant.

En effet, selon ces recherches, le modèle parental marocain repose sur la soumission et l'obéissance des enfants à la figure parentale autoritaire (Aouattah, 2010) et le respect de la hiérarchie parent-enfant, avec un accent particulier sur la figure paternelle (El Ouardani, 2018). Les enfants doivent obéir à l'autorité des adultes et, si nécessaire, des châtiments corporels peuvent être utilisés pour encourager leur obéissance, ce qui signifie que la violence peut être une forme de soins (*Ibid.*). Alors que pour tout enfant marocain, cette soumission peut être associée à l'idée de « *developing strong, moral, and well-behaved children* » (*Ibid.*, p.133), dans le contexte des troubles de santé mentale, elle peut également être considérée comme la manière correcte d'élever un enfant en bonne santé et constituer un signe que les enfants empruntent le chemin de la guérison.

Le besoin d'un second souffle

Au vu de la mince littérature existante sur l'expérience de la maladie mentale chez les enfants, j'estime essentiel d'ancrer mon travail tant dans le champ de la santé mentale que dans celui de l'enfance. Cette forme de largesse épistémologique doit me permettre de nourrir mes réflexions dans un domaine encore peu exploré. Définissant mon projet au croisement de ces deux champs d'études, j'ai conscience que ma recherche est en continuité

du travail entrepris, dans les décennies précédentes, par mes pairs du « nouveau paradigme », et qu'elle s'inscrit aussi dans la lignée de la critique des institutions psychiatriques. S'agissant des premiers, je leur dois d'avoir créé une sociologie qui a rendu visibles les enfants et adolescents dans les processus sociaux, qui leur a « donné une voix » et qui a documenté la manière dont ils sont plus ou moins « pris au sérieux » dans la mise en œuvre et le déploiement des programmes de santé qui leur sont destinés. Quant aux seconds, comme le soulignent Maia Fansten et Nadia Garnoussi, ils ont montré comment « les processus de contrôle sont à comprendre en lien avec la sophistication des dispositifs contemporains, les mutations des institutions et des économies psychiques étant indissociables », pointant par là les relations entre pouvoir et individu au sein des institutions (hospitalières ou ambulatoires) psychiatriques (Fansten & Garnoussi, 2014, § 6).

Inspirée par cette socio-anthropologie de l'enfance et la critique des institutions en termes de pouvoir, je suis cependant tentée de prendre une certaine distance vis-à-vis de ces deux approches... peut-être pour mieux y retourner... ou y contribuer.

En effet, il est peut-être temps, comme le suggérait déjà Régine Sirota dans *Éléments pour une sociologie de l'enfance* (2006), de faire face à quatre problèmes et quatre nécessités du champ de l'enfance – éléments qui restent néanmoins d'actualité pour mon travail, puisque très peu de chercheurs ont mis en pratique les remarques de l'auteur dans mon domaine de recherche. Premièrement, Régine Sirota appelle au décloisonnement territorial :

« De la nécessité de construire des convergences, et de rompre avec les étanchéités de territoires cloisonnés à l'intérieur de la sociologie pour construire un champ solide, qui permette de comprendre les logiques de ce “*go-between*” qu'est l'enfant, et les évolutions de son statut. [...] Mais cette question pose l'articulation d'une sociologie de l'enfance à une sociologie générale » (*Ibid.*, p.31).

Poursuivant l'appel de l'auteure, mon cadre d'analyse repose certes sur les acquis de la socio-anthropologie de l'enfance, mais en ouvrant mon travail à la sociologie des transformations individuelles notamment, je m'attache à construire un pont entre les deux sociologies mentionnées par Sirota.

Deuxièmement, l'auteure encourage une perspective structurelle :

« Enfant acteur, certes, mais de quelle approche sociologique [...]. L'interpellation actuelle, particulièrement productive des théories de l'individualisme pour comprendre ce petit individu qu'est l'enfant ne dispense pas de le penser aussi dans

les rapports sociaux structureaux, rapports de classes, de genres et de générations se trouvent ici aussi conjugués » (*Ibid.*, p.31).

L'enfance serait la dernière catégorie colonisée devant être décolonisée, nous disent Dominique Béhague et Samuel Lézé, et plus spécifiquement les théories du développement la concernant (Béhague & Lézé, 2015, p. 251) ; en m'appuyant sur l'idée d'intersectionnalité⁴⁵ et suivant les encouragements de Régine Sirota, je témoigne de l'expérience des enfants et adolescents suivis à Al-Balkhi, avec une mise une perspective, les concernant eux et leurs parents, d'éléments relatifs au genre, aux rapports intergénérationnels et aux sociobiographies des uns et des autres.

Troisièmement, Régine Sirota recommande la pluridisciplinarité :

« La nécessité d'une articulation pluridisciplinaire semble claire. [...] C'est actuellement la philosophie politique qui interpelle le plus heuristiquement le statut de l'enfant dans la modernité. [...] Relativiser et situer les théories psychologiques ou anthropologiques du développement de l'enfant n'implique pas de les nier ou de les ignorer, pour comprendre l'altérité de l'enfance. Comment alors construire un dialogue conceptuel ? » (*Ibid.*, p.32).

Construisant une partie de ma réflexion avec les apports de la philosophie (politique) et des travaux sur les éthiques du *care*, je tente de recourir à d'autres concepts afin de comprendre l'altérité des enfants et des adolescents, tout en les replaçant dans le contexte socio-économique et politico-culturel dans lequel ils vivent avec les adultes.

Quatrièmement, Régine Sirota favorise « une complémentarité interne entre les approches méthodologiques » :

« [...] Car il faut bien évidemment sortir l'enfant de son invisibilité statistique, mais lui donner directement la parole ne résout pas tout. [...] Il faut, cependant, disposer de travaux empiriques pour soutenir, infirmer et faire avancer le débat théorique. Car ces deux niveaux semblent encore nettement déconnectés, ceux qui travaillent sur le statut de l'enfant ignorent tout des expériences enfantines » (*Ibid.*, p.32).

Ma thèse, en reposant sur des données ethnographiques issues d'une certaine inventivité méthodologique, notamment ma non-focalisation sur le récit pour comprendre l'expérience de la maladie mentale, relate les vies quotidiennes enfantines et adolescentes ; mais par

⁴⁵ L'intersectionnalité est formulée et définie par la juriste Kimberlé Crenshaw en 1989 comme « l'expression par laquelle on désigne l'appréhension croisée ou imbriquée et la co-construction de différents rapports de pouvoir – en particulier la classe, la race et le genre. (Lépinard & Mazouz, 2021, p. 11)

ailleurs, l'historicisation et la contextualisation de ces expériences permettent de dévoiler comment le statut de l'enfant est façonné en pédopsychiatrie.

Dans un article dressant l'état des lieux de la recherche en sociologie sur la santé des enfants et leur bien-être, Brady et ses coauteurs ont identifié, en 2015, trois thématiques de recherche nécessitant davantage d'études⁴⁶ :

« Theme 1: situating children within health policy, which sets out the significance and pervasive influence of health policy in shaping the lives of children and their families. Theme 2: practices of children's health and wellbeing, which focuses on health policy in action by looking at interactions between professionals, parents and children. Theme 3: children as health actors, with a specific focus on the lived experiences of children and young people themselves » (Brady et al., 2015, p. 176).

Ces recommandations m'ont, d'une part, confortée dans la dynamique de recherche initiée en 2013 et, d'autre part, elles m'ont guidée dans le choix des réflexions à développer dans cet écrit, tout en tentant d'aborder autrement ce sujet.

Pourquoi les éthiques du *care* ?

Si la littérature en socioanthropologie de l'enfance s'est imposée à moi en amont de mon terrain ethnographique⁴⁷, j'ai recouru aux éthiques du *care* après la réalisation de mon travail ethnographique, utilisant ainsi la force heuristique de cette démarche qui repose sur l'induction (Beaud & Weber, 2012, § 27). Elles m'ont permis de penser et d'analyser certaines des dynamiques observées sur le terrain, des manières d'être et d'agir apparaissant sous mes yeux au contact prolongé des acteurs et actrices rencontrées à Al-Balkhi et suivis dans l'intimité de leur foyer. L'éthique ou les éthiques du *care* sont fondées sur « un mode de pensée [...] contextuel et narratif » ce qui en a fait un compagnon de premier choix pour examiner le travail ethnographique que j'ai mené (Paperman & Laugier, 2011). De fait, elles m'ont donné la possibilité de qualifier ces élans, ces « attentions » que j'observais chez les enfants et les adolescents tout en dépassant la difficulté méthodologique de les décrire à

⁴⁶ Ces thématiques sont d'ailleurs reprises dans le numéro spécial dont est issu l'article cité.

⁴⁷ Notamment en raison du projet de recherche que je devais présenter auprès de la commission de la recherche de l'Université de Lausanne huit mois après mon engagement en tant qu'assistante diplômée/doctorante en février 2013. Ce contrat m'a d'ailleurs permis de financer mes voyages sur le terrain de recherche, les cours d'arabe, les interprètes (sur place pendant les rencontres avec les parents) et les traducteurs des entretiens enregistrés.

partir de l'intentionnalité ou de la subjectivité comme c'est souvent le cas en sciences sociales. Stanislas Morel écrit que les chercheurs en neurosciences privilégient « une posture pragmatique visant à privilégier la description et l'action aux explications causales et ontologiques. » Je pense que l'omniprésence, sur mon terrain de recherche, d'une lecture cognitivo-comportementale nourrie de cette perspective neuroscientifique a peut-être constitué un trait d'union avec une lecture par le *care* car, comme le rappelle Sandra Laugier « [1] » éthique du *care* appelle notre attention sur ce qui est juste sous nos yeux, mais que nous ne voyons pas, par manque d'attention tout simplement, ou mépris » ou j'ajouterai du fait d'idées préconçues (Laugier, 2009b, p. 80).

Qu'est-ce que le care ?

L'éthique du *care*, initialement formulée ainsi par Carol Gilligan dans les années 1980, se veut une critique de la théorie de la psychologie du développement moral tel que pensé par Lawrence Kohlberg. Pour la première théoricienne du *care*, l'éthique de la justice de Lawrence Kohlberg exclut les voix morales différentes à sa logique. En cherchant à restituer la perception de ces autres expressions morales, les voix de celles pour qui une action (éthique) est accomplie « personnellement grâce à la communication dans les rapports humains » et non de « façon impersonnelle par les intermédiaires de la logique et de la loi »⁴⁸ (Molinier et al., 2009, p. 9), Carol Gilligan ouvre la voie à la reconnaissance de l'expérience de certaines femmes qui, jusqu'alors, n'avait pas été mise en mot car non alignée avec la logique de la justice. Mais le *care*, tel que connu aujourd'hui et utilisé dans ce travail, a largement été influencé par Joan Tronto qui, comme l'écrivent Pascale Molinier et ses coauteurs, « a proposé une définition du *care* ne reposant plus sur une disposition psychologique qui serait inhérente au développement psychocognitif des femmes, mais sur

⁴⁸ Pour rappel, les enquêtes psychologiques servant d'énoncé pour étudier le développement moral se basent sur le problème suivant : un homme a besoin d'un médicament pour sa femme malade. La réponse de deux enfants, Jake, un garçon de onze ans, et Amy, une fille du même âge, sert de point de départ : Jake défend le vol du médicament (pour sauver la femme) et compte sur la clémence de la justice pour une sentence moins lourde ; Amy propose une solution basée sur le dialogue entre l'homme et sa femme et le pharmacien pour trouver un éventuel accord et pointe que si l'homme va en prison, sa femme sera seule, ce qui est problématique étant donné qu'elle est déjà affaiblie par la maladie. À la logique déductive du garçon, la fille propose une réponse ancrée dans « une vision du monde [...] constituée de relations humaines qui se tissent et dont la trame forme un tout cohérent, et non pas d'individus isolés et indépendants régis par des systèmes de règles » (Molinier et al., 2009, p.9).

une série d'expériences ou d'activités. Ce déplacement est considérable en ceci qu'il dénature le care et son sujet (je souligne) » (Ibid., p.11).

Le tournant initié par Joan Tronto dans les années 1990 est ce qui m'a conduite à m'appuyer sur l'éthique du *care* afin de rendre compte et d'analyser ce que j'ai observé sur mon terrain. La dénaturalisation opérée par l'auteure constitue le socle du raisonnement poursuivi dans ce travail. Le fait que le *care* ne soit plus perçu comme une disposition par nature mais comme « un savoir que chacun est susceptible de s'approprier dans l'intérêt de tous » m'offre un outil de compréhension des manières d'être et d'agir des enfants et des adolescents rencontrés à Al-Balkhi.

Dans ce travail, je m'appuie donc sur la définition du *care* donnée par Joan Tronto et Berenice Fisher :

« Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre "monde" de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie » (*Ibid.*, p.37).

Le *care* ainsi défini se décline en quatre phases : se soucier de quelqu'un ou de quelque chose (*caring about*) ; prendre soin de quelqu'un (*caring for*) ; soigner quelqu'un (*care giving*) ; être l'objet du soin (*care receiving*) (*Ibid.*). Chacune de ces phases sera abordée et servira de trame pour questionner ce qui se produit à l'hôpital et au domicile des familles rencontrées à Al-Balkhi.

Avant d'apporter quelques éléments théoriques supplémentaires sur les éthiques du *care* et de clarifier l'intérêt de ces quatre dimensions, il est nécessaire de souligner que l'un des principes fondamentaux de la perspective du *care* est qu'elle « souligne l'interdépendance et la vulnérabilité de tous : nul ne peut prétendre à l'autosuffisance » (*Ibid.*, p.25). Cette manière de penser l'interdépendance entre les humains pose un autre cadre pour envisager les actions et réactions des uns et des autres (enfants/adolescents, professionnelles, parents), des uns *par rapport* aux autres.

Deux autres notions, l'attention (*what matters*) et la compétence morale sont centrales afin d'appréhender la thèse défendue et de prendre connaissance, de (re)connaître ce qui se trame dans la vie des enfants et des adolescents rencontrés, mais aussi de leurs parents.

L'attention au particulier et à ce qui compte (what matters)

La capacité d'attention des enfants et des adolescents est en premier lieu ce qui leur permet, de l'hôpital au domicile familial, d'une part de percevoir et d'apprendre ce qui est attendu d'eux dans le contexte d'Al-Balkhi, et d'autre part d'appliquer, selon les moments et les personnes présentes dans leur vie quotidienne, ce qui a été appris. Le sens de l'importance, de « ce qui compte », également qualifié de « capacité perceptive » : c'est le résultat d'un processus d'apprentissage initié à Al-Balkhi et déployé au domicile familial (et vice-versa). Pour les auteurs du *care*, cet apprentissage concerne le langage et entend aussi, par exemple, les gestes expressifs – point sur lequel je m'appuie pour inclure le langage non verbal appris par les enfants et adolescents dont font partie les pratiques de soi qui, comme je le montrerai, constituent des outils thérapeutiques.

Concernant le langage, Sandra Laugier, s'appuyant sur Ludwig Wittgenstein afin d'explicitier ce qu'il représente pour les éthiques du *care*, écrit :

« Les éléments du vocabulaire éthique n'ont de sens que dans le contexte de nos usages et d'une forme de vie, ou plutôt prennent vie sur l'arrière-plan (celui de la praxis) qui “donne aux mots leur sens”. Un sens qui n'est jamais fixe, et toujours particulier : “Ce n'est que dans la pratique du langage qu'un mot peut avoir une signification.” (Wittgenstein, 1983, p. 344) » (Laugier, 2014, § 7).

L'apprentissage, selon la perspective valorisée, ne peut donc se faire sans la lecture de l'arrière-plan. Le langage n'a d'ailleurs de sens que dans le contexte de son usage et c'est précisément cette capacité de lecture que les enfants et les adolescents développent et renforcent, mais qui souvent passe inaperçue (avec des degrés de variation selon l'autonomie attribuée aux enfants et aux adolescents) en raison des positions et des compétences sociales jugées défaillantes qui leur sont attribuées, *a fortiori* quand ils sont pensés comme ayant une pathologie psychiatrique, par les professionnelles et leurs parents. Mon travail a ainsi favorisé la mise en lumière de ces capacités de lecture, le vocabulaire, les gestes expressifs des enfants et des adolescents – capacités qui leur permettent d'une part de suivre la (psycho)thérapie (ré)éducative, et d'autre part de déployer au sein du foyer familial les apprentissages (les pratiques de soi) faits à l'hôpital.

La compétence morale

Conséquemment, l'argument que je déroule tout au long de ce travail consiste à expliquer qu'au travers des apprentissages faits par les enfants et les adolescents (des « pratiques de soi » visant l'autonomie et le contrôle de soi ou la maîtrise des fondamentaux comme écrire, lire, compter et se déplacer), une compétence morale est également transmise. Au sujet de cette dernière, Sandra Laugier signale :

« La compétence morale n'est pas seulement, en effet, affaire de connaissance ou de raisonnement, elle est affaire d'apprentissage de l'expression adéquate et d'éducation de la sensibilité : éducation, par exemple, de la sensibilité du lecteur par l'auteur, qui lui rend perceptible telle ou telle situation, tel caractère, en le plaçant (le décrivant) dans le cadre adéquat. [...] L'éducation produit les significations » (Laugier, 2014, § 22).

Cette manière d'envisager la compétence morale en tant qu'apprentissage de l'expression adéquate dans un cadre spécifique est la raison pour laquelle un rapprochement m'est apparu possible et pertinent entre travail thérapeutique (tel qu'il est conduit à Al-Balkhi) et compétence morale. L'éthique du *care* est une approche permettant de penser les pratiques des enfants et des adolescents et d'en déduire qu'il s'agit d'un travail de *care*, d'activités de *care* qui, je le montrerai, se déclinent selon les quatre phases définies comme partie prenante du *care*.

Des propositions à suivre

Partant du travail de *care* accompli par les femmes, les théoriciennes du *care* font deux constats : « [...] la dyade se concentre toujours sur celui qui soigne. Nous nous considérons difficilement comme des bénéficiaires de soins. [...] toute l'attention est concentrée sur celui qui soigne, le plus puissant » (J. Tronto, 2009, p. 48).

Le renversement initié avec ce travail résulte ainsi tant de mon vécu personnel que de ce constat et des propositions inhérentes à la perspective du *care*. Plutôt que de ne voir les enfants et les adolescents que comme des bénéficiaires du soin, il semble pertinent d'envisager qu'ils sont aussi des pourvoyeurs de soins (sans pour autant nier leur dépendance, et donc l'asymétrie en termes de possibles vis-à-vis des adultes).

Dans la continuité de cette pensée, Sandra Laugier écrit :

« Tronto insistait à juste titre sur la nécessité de penser la pluralité du *care* (au sens où le *care* serait assuré par un ensemble de personnes et pas par une seule dans le face-à-face mère enfant). On pourrait reprendre son idée en suggérant que le *care* (*care for, take care of*) pourrait aussi être étendu à un large public, et également vécu et investi (*care about, for*) par un tel public » (Laugier, 2009a, p. 188).

Suivant cette proposition et me référant aux phases du *care* et à leurs dimensions morales, je m'intéresse donc aux enfants et aux adolescents dans le travail de *care* qui s'organise pour eux mais aussi, comme je le montrerai, *avec et par eux*.

Enfin, à propos des enjeux moraux tels qu'élaborés par l'éthique de la justice, Patricia Paperman écrit : « Mais les préjugés enracinés dans les stéréotypes sexués empêchent d'y voir autre chose que l'expression d'un intérêt étroit (entendre "partial") et d'un attachement affectif à des relations particulières et personnelles » (Paperman, 2010, § 5). À la lecture de cette dernière citation, il est difficile de ne pas songer aux enfants et adolescents et aux préjugés d'âge (souvent cumulés aux préjugés de genre) qu'ils connaissent. Ce travail s'attache à montrer l'implication de ceux-ci sur les trajectoires de soins des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi.

Pour se situer

Quelles sont les pathologies étudiées ?

Contrairement à la plupart des travaux en anthropologie de la santé et médicale, j'ai choisi de ne pas me concentrer sur une ou deux pathologies particulières. J'ai souhaité procéder ainsi afin de favoriser un regard autre que celui issue de la nosographie. Cette posture m'a permis de construire un regard relativement éloigné de la perspective médicale pour appréhender autrement les manières d'habiter le monde des enfants et des adolescents. Mon souci est de décrire, dévoiler des manières d'être et d'agir en lien avec les conditions de vie, pour mettre en lumière la dimension sociale et interpersonnelle des difficultés vécues par les enfants, les adolescents et leurs familles, plutôt que le lien avec une pathologie (uniquement). Pour autant, les diagnostics ont des usages sociaux, d'où la nécessité de les employer et de les nommer, de la même manière que le font les enfants, les parents ou les professionnels.

A posteriori, je constate que conséquemment à ce choix, mon travail permet de dégager des conclusions transversales aux problématiques qui, d'ordinaire, sont pensées comme la spécificité d'une pathologie.

Qui sont les enfants et les adolescents présentés dans les études de cas ?

Le récit

J'ai fait le choix d'organiser les données collectées, pour chaque enfant ou adolescent rencontré, en une étude de cas. Au fil des chapitres, je fais ainsi le récit de 6 études de cas. On découvre : Rezik (10 ans, agénésie partielle du corps calleux), Amar (7 ans, déficience intellectuelle, trouble de l'attention, trouble oppositionnel), Adil (8 ans, autisme), Mufida (11 ans, dépression infantile), Faraj (13 ans, suspicion de schizophrénie infantile ou de trouble oppositionnel) et Assia (17 ans, trouble obsessionnel compulsif) ainsi que leurs parents, et d'une manière plus sommaire leur(s) frère(s) et/ou sœur(s) et les professionnelles qui les accueillent à Al-Balkhi⁴⁹. Le récit constitué, « qui permet de rassembler les pièces d'une histoire qui n'existe pas en dehors de lui (du récit) et de donner à celle-ci un ordre et une forme » (Passeron et Revel, 2005, 26), s'ancre dans les traits singuliers observés chez chaque personne rencontrée à Al-Balkhi et retenue pour cet écrit. Cette forme de narration, et la cohérence qui la caractérise, ont facilité l'organisation des données collectées afin de construire l'argumentation de cette thèse. De plus, la présentation par cas vise à favoriser, chez les lecteurs, l'imprégnation des nombreux détails amenés pour chaque enfant ou adolescent et sa famille (Ibid., 27).

(Des plis) du singulier ...

Dans un premier temps, étant donné l'importance épistémologique attribuée au quotidien dans cette thèse, le raisonnement par cas a permis de « déplier » chacun des plis observés au fil des aller-retours entre les lieux de l'ethnographie. Il a été le support de l'exploration et de l'approfondissement des spécificités qui tissent le quotidien de chaque enfant ou adolescent et de ses parents. De plus, dans la mesure où j'ai étudié ce qui se joue dans des moments de

⁴⁹ Les troubles sont énoncés selon les formulations choisies par les professionnelles. L'annexe 1 contient un tableau récapitulatif des enfants, leur âge, diagnostic médical, et membres de la famille, et signification de leur prénom.

vie des enfants et des adolescents suivis à Al-Balkhi, le choix méthodologique de constituer des études de cas, c'est-à-dire de fournir une description détaillée de faits singuliers dans des contextes spécifiés (Ibid.), s'accorde ainsi avec le choix ethnographique de placer les enfants et les adolescents au cœur de ma démarche et de rendre compte de leur vécu quotidien à l'hôpital ou au sein de leur famille.

Par ailleurs, les traits singuliers sont entre autres exprimés (et condensés) au travers des prénoms donnés pour respecter l'anonymat. Les choix ont été opérés avec l'intention de mettre en avant une des caractéristiques (morales) des enfants et adolescents rencontrés. Ainsi Rezik (10 ans) signifie généreux, Amar (7 ans), persévérant, Adil (8 ans), juste, Mufida (11 ans), bienfaitante, Faraj (13 ans), soulagé et Assia (17 ans), qui soigne. Ces traits singuliers seront étoffés, expliqués, contextualisés au cours de ce travail.

...Au général

Dans un deuxième temps, l'approche par étude de cas a facilité la mise en lumière de certaines des logiques socio-économico-politiques dans lesquelles sont pris les acteurs et les actrices du terrain. En effet, si j'ai souhaité partir du singulier, du « cas », j'ai cependant toujours visé à « en extraire une argumentation de portée plus générale, dont les conclusions pourront être réutilisées pour fonder d'autres intelligibilités. » (Ibid., 1). Ainsi, « un cas n'est pas seulement un fait exceptionnel et dont on se contenterait qu'il le reste : il fait problème ; il appelle une solution, c'est-à-dire l'instauration d'un cadre nouveau du raisonnement, où le sens de l'exception puisse être, sinon défini par rapport aux règles établies auxquelles il déroge, du moins mis en relation avec d'autres cas [...]. » (Ibid., 3)

Penser par cas

Par conséquent, les six cas présentés ont été sélectionnés pour être mis en relation les uns par rapport aux autres. Sans chercher à formuler un raisonnement, par les preuves, fondé sur la répétition des observations ou à réduire des exemples qui seraient interchangeables (Ibid., 9, 28), j'ai spécifiquement exposé ces cas dès lors qu'ils donnaient à voir différentes configurations des parcours de soins observés, décrits puis examinés et qu'ils permettaient des problématisations en adéquation avec les questions de recherche. Tel que rappelé par Jean-Claude Passeron et Jacques Revel « [c]'est, à dire vrai, l'ensemble des questions dont

on l'investit – et dont il est susceptible d'être investi – qui fait le cas. » (2005, 4). Les variations de singularités que j'ai souhaité souligner pour construire et étayer mon argumentation concernent : l'âge, le type de diagnostic, l'engagement de l'enfant ou de l'adolescent dans la thérapie (volonté ou refus de participer), l'appropriation des outils thérapeutiques et leur usage à domicile, les (dés)accords au sein du couple au regard du diagnostic et de la thérapie, les dynamiques familiales autour de l'enfant et l'existence d'un sentiment de culpabilité, le type de collaboration (idéal, impossible, stérile) entre les professionnelles et la mère et le père de chaque enfant ou adolescent, la présence ou non du père à l'hôpital, la clarté ou, au contraire, la confusion diagnostique, l'influence du genre sur les solutions thérapeutiques proposées. En outre, d'autres éléments tels que le niveau d'éducation des parents ainsi que le type et le lieu d'habitation ont également fait l'objet d'une intention particulière dans la mesure où ils ont pu apporter des explications à certains problèmes formulés et analysés.

La sélection de ces enfants et adolescents s'est effectuée par l'exclusion d'autres. Je songe en particulier à deux enfants et à une adolescente avec lesquels j'avais partagé autant de moments de vie (à l'hôpital et en famille) qu'avec les autres – l'existence de données, et la possibilité de produire une structuration théorique de la description (Ibid., 53) –, n'implique pas nécessairement leur présence dans ce travail. Plus précisément, leur non-inclusion s'explique par le fait que les problématiques formulées à partir des études de cas de Rezik, Amar, Adil, Faraj, Mufida et Assia, se recoupaient avec celles identifiées chez Ahmed (8 ans, trouble oppositionnel, appliqué en séance, les parents d'Ahmed sont considérés investis malgré l'absence de son père à Al-Balkhi, l'enfant est au centre de la dynamique familiale), chez Badia (11 ans, trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité, appliquée en thérapie, les parents de Badia sont considérés investis malgré l'absence du père à Al-Balkhi, l'enfant est au centre de la dynamique familiale), ou encore chez Nadia (14 ans, TOC, refus de prendre part au travail thérapeutique, rapports conflictuels avec les parents). La présence de ces cas dans cette thèse n'aurait pas permis d'aborder d'autres problématiques ou de les traiter sous un autre angle.

La (psycho)thérapie (ré)éducative comme lieu de fabrique de la compétence morale

Le souci de soi, l'autre versant de l'autonomie

Dans la logique médicale, les tests psychiatriques et paramédicaux évaluent les compétences et habiletés des enfants et adolescents en termes d'autonomie (dont la définition varie selon les acteurs qui l'énoncent). Pour la plupart des enfants et adolescents suivis, des défaillances dans ce domaine sont rapportées par les professionnelles : enfants et adolescents doivent alors travailler pour devenir autonomes ou tendre vers cette caractéristique. Cette « injonction à l'autonomie » est l'un des fondements des dispositifs de soins et s'avère être, dans le même temps, sujet de vifs débats et multiples critiques dans les sciences sociales (Ehrenberg, 2014a). Si je suis encline à questionner et à critiquer cette injonction, notamment dans la lignée foucauldienne des effets des politiques de santé sur le gouvernement des corps, les derniers travaux de l'auteur m'interpellent néanmoins, en particulier vis-à-vis d'autres répercussions possibles des pratiques de soi mises en place pour être autonomes. Je me demande alors ce que les enfants et adolescents apprennent par l'utilisation de ces techniques ou pratiques de soi que constituent les dispositifs des (psycho)thérapies (ré)éducatives proposées à Al-Balkhi. En ce sens, je conclus que l'autonomie et les dispositifs cliniques la mettant en œuvre leur enseignent le souci de soi et le souci de la (psycho)thérapie (ré)éducative, mais aussi de l'autre et du contexte. Je suggère que les « savoirs assujettis » (Foucault, 2012) acquis par les enfants sur eux-mêmes leur donnent le pouvoir d'agir, entre autres, sur eux.

Du souci de soi au souci des autres, l'impensé des thérapies comportementales

Par un phénomène de déploiement et d'actualisation des pratiques de soi dans le quotidien, les enfants, les adolescents et les parents initient de nouvelles dynamiques familiales. Si des modifications sont attendues, leurs manières de se produire sont toutefois différentes des attentes formulées par les professionnelles. En découvrant l'usage des techniques de soi par les enfants et les adolescents au sein du domicile familial, je constate

qu'ils sont des contrebandiers⁵⁰ ou des passeurs de dispositifs permettant, à l'initiative ou pas de leurs parents, de les (re)produire tout en les ajustant au contexte quotidien. Déployant et actualisant les dispositifs de l'hôpital à la maison, ils font preuve de création et d'adaptation en lien avec une capacité à lire le contexte (l'arrière-plan) donnant au souci de soi et de la (psycho)thérapie (ré)éducative de nouvelles formes.

En effet, j'ai pu observer que les enfants et les adolescents développent une attention à l'autre, un souci de l'autre lors du déploiement, de l'actualisation ou de la création des techniques de soin d'un espace (hôpital) à l'autre (maison). La circulation entre les espaces, que ce soit celle des enfants, des adolescents ou de la chercheuse comme témoin analysant, met en lumière un travail insoupçonné relatif à la continuité thérapeutique assurée par les enfants, les adolescents et les parents, à savoir le travail de *care*. Ce travail de *care*, le souci des autres, apparaît être le prolongement du souci de soi et de la (psycho)thérapie ((ré)éducative) appris, pratiqués par les dispositifs thérapeutiques et les arrangements au sein de la clinique. Leur usage à domicile, avec d'autres arrangements, change leur nature ainsi que leurs effets, engendrant de nouvelles configurations familiales.

L'âge et le genre : variables d'ajustement de l'autonomie

Comme je le montrerai, qu'il s'agisse de l'âge comme point de repère pour veiller à « la croissance » ou au « développement » de leurs enfants et adolescents chez les parents, de l'âge comme critère pour évaluer les compétences des enfants et des adolescents chez les professionnelles, de l'âge comme balise du travail à accomplir et des progrès à réaliser pour les enfants et adolescents chez les professionnels, ou encore de l'âge clamé par les enfants et adolescents eux-mêmes pour obtenir certains droits ou, au contraire, refuser certaines obligations, l'âge est une référence constamment employée par les personnes rencontrées. Néanmoins, dans ces situations, l'âge est considéré comme une donnée naturelle faisant fi

⁵⁰ Alors que Régine Sirota utilise le terme de « braconnier des pratiques culturelles » pour qualifier le rôle de médiateurs culturels joué par l'enfant et son groupe de pairs dans le cadre d'une étude sur la scolarisation en réseau public ou privé (1998) – idée elle-même empruntée à Michel de Certeau (1990, p.239-255) –, je lui préfère celui de « contrebandier » qui, par son étymologie relative au commerce, rend compte d'une part d'un mouvement d'un lieu à un autre (au lieu du braconnage dans un lieu, sur un espace défini), et d'autre part, met en avant son aspect caché, ici invisible aux yeux des professionnelles et souvent des parents.

de la construction sociale dont elle est pourtant issue. Face à la naturalisation de cette caractéristique, les impensés sont multiples et leurs effets insoupçonnés.

Il en est de même au sujet du genre. Que ce soit dans l'identification des problèmes chez les enfants et adolescents par les parents (à savoir qu'une mère *ou* un père n'a pas les mêmes attentes envers son garçon *ou* sa fille), que ce soit dans la lecture des troubles chez une fille ou un garçon par les professionnelles, ou encore dans la mise en place de thérapies dans la clinique, le genre est pareillement naturalisé et produit des répercussions diverses que j'aborderai en lien avec les parcours de soins des enfants et des adolescents.

Le plan de thèse

La thèse est construite en quatre parties, subdivisées en sept chapitres auxquels s'ajoute la présente introduction et une conclusion générale. Dans la partie I, *Se mettre au rythme*, condition *sine qua non* de la réalisation de la recherche, je retrace comment j'ai trouvé ma place d'apprentie anthropologue sur le terrain (chapitre 1) et je détaille les considérations méthodologiques inhérentes à la mise en œuvre d'une recherche avec des enfants et adolescents dans un univers tel que la pédopsychiatrie (chapitre 2). Dans la partie II, *Prendre soin de l'enfance et de l'adolescence marocaine*, je décris l'organisation des soins et les figures (ou représentations) médicales de l'enfance et de l'adolescence chez les professionnelles rencontrées (chapitre 3) et j'explique les motifs de recours présentés par les parents lors des entretiens menés avec eux (chapitre 4). Dans la partie III, *Soigner les enfants et les adolescents marocains suivis à Al-Balkhi*, je dépeins les manières dont les soins sont pratiqués avec les enfants et adolescents (chapitre 5) ainsi que le rôle joué par leurs parents dans ce parcours de soins au travers de la mise en œuvre de la guidance parentale (chapitre 6). Dans la dernière partie *Faire famille*, je m'attache à décrire le déploiement des outils thérapeutiques transmis et acquis à l'hôpital par les enfants et les adolescents et j'analyse son influence sur les dynamiques relationnelles parents/enfant ou adolescent. Je montre comment le *care* de soi, de la (psycho)thérapie (ré)éducative, se mue en un *care* des autres en changeant d'espace. Les relations expérimentées et pratiquées à l'hôpital sont l'occasion de déployer d'autres manières d'être et d'agir qui se retrouvent au domicile des familles (chapitre 7).

La longueur de ce travail s'explique d'une part par l'inclusion de nombreux matériaux issus du terrain (dessins, extraits d'entretien et extraits de consultations médicales ou de séances paramédicales) ; d'autre part, elle est à mettre en lien avec la volonté de, certes, restituer en priorité la perspective des enfants et des adolescents, mais avec ce souci permanent de l'articuler au contexte de vie (forcément complexe) dans lequel ils évoluent. Par ailleurs, l'apparente connaissance et proximité (du fait des références médicales notamment qui circulent à Al-Balkhi, mais aussi des effets du protectorat français dans une institution telle qu'un hôpital universitaire) donne un air familier à ce contexte qui peut pourtant prêter à confusion. Les détails amenés ont donc pour objectif de réintroduire de la complexité (face à des simplifications hâtives que nos esprits peuvent produire) et de valoriser la singularité locale de ce lieu.

Le chapitre 1 donne à lire les rencontres à la lumière de ce que je suis (mes caractéristiques sociales et ma personnalité), les variations de cette identité fluctuante selon les contextes et les implications sur les résultats de recherche. Je rends compte des enjeux, pour une apprentie anthropologue, d'effectuer une recherche dans un hôpital psychiatrique, rappelant que les enjeux de domination disciplinaire (entre sciences médicales et sociales) affectent le façonnement de l'accès au terrain et donc l'objet de recherche. Pour conclure, je reviens sur les équivoques relatives au fait d'être une femme non blanche réalisant un terrain au Maroc avec des enfants et des adolescents. Consciente que ce statut a pu m'être bénéfique sur certains points, j'en souligne néanmoins les difficultés ayant surgi de manière inattendue et l'inconfort expérimenté.

Le chapitre 2 est spécifiquement dédié aux politiques de la recherche avec les enfants et adolescents. Je m'interroge sur la nécessité, propre à la socioanthropologie de l'enfance, de développer des outils de recherche pour les jeunes enquêtés et j'examine les enjeux épistémologiques d'une telle posture. J'aborde également les questions de consentement et rends compte de ce que j'ai nommé le « pré-consentement » mis en place avec les enfants et adolescents afin d'explorer leur volonté de participer à une recherche. Je commente ensuite les manières dont je me suis habituée à travailler sans boîte à outils (dessin, jeu, journal, appareil photographique) afin de remettre au cœur de la relation d'enquête les liens (charnels) interpersonnels qui se tissent avec les enfants et les adolescents. Enfin, je conclus sur la nécessité de se connaître soi-même, de « chasser ses fantômes » afin de clarifier ce qui nous unit à nos objets de recherche et en conditionne le processus autant que ses résultats.

La géographie des lieux et le portrait du service (chapitre 3) inclut tant les éléments spatiaux d'Al-Balkhi que l'accueil et le suivi administratif des patients et de leur famille qui s'y déroulent. Ce portrait de service est aussi l'occasion d'expliquer comment l'équipe pluridisciplinaire, constituée de spécialistes de la prise en charge pédopsychiatrique (psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien et assistante sociale, infirmières psychiatriques, agents d'accueils), met en place un travail qui, *in fine*, ne parvient pas à concrétiser la collaboration entre professionnelles et influence les parcours de soins des enfants et des adolescents. Je présente également les outils de la pratique clinique avant d'analyser les effets pour les professionnelles rencontrées de faire partie d'une même génération du point de vue de la formation reçue.

Dans le chapitre 4, (*Quand quelque chose ne va pas*), je retrace les problèmes rencontrés par les parents, et parfois par les adolescents, et les demandes qu'ils adressent aux professionnelles consultées. J'analyse ces demandes d'aide à l'aune du genre des parents ainsi que de leurs ressources socio-économiques et je témoigne de son influence sur la qualification des problèmes et le rôle de sentinelle qu'ils accomplissent en amont de leur visite à l'hôpital et face aux professionnelles. Cette partie permet d'introduire de manière plus détaillée les enfants, les adolescents et leurs parents qui seront au centre de ce travail, et de dévoiler leurs trajectoires de soins.

Le chapitre 5 est dédié à la description détaillée des séances conduites avec les enfants par les psychomotriciens et les orthophonistes ainsi que les consultations assurées par les médecins pour les adolescents. Je montre l'importance de la discipline comme pratique de soi afin de rendre les enfants et les adolescents autonomes, selon les logiques à l'œuvre localement et conformément aux moyens disponibles et objectifs visés.

Le chapitre 6 se concentre sur les parents et la guidance parentale. Je dévoile en quoi consiste le rôle des mères, interlocutrices de prédilection mais aussi par défaut (face à l'absence des pères à l'hôpital) dans le parcours de soins de leur enfant. Je montre que selon leurs compétences et leurs ressources socio-économiques, des traitements différenciés sont mis en place, influençant les issues possibles des thérapies offertes aux enfants. Cet examen donne lieu à la mise en exergue de deux sortes de collaborations, idéale ou impossible. En outre, mes déplacements aux domiciles des familles permettent de faire émerger l'investissement des pères des enfants et adolescents pour lesquels la collaboration avec les

professionnelles est neutre ou impossible, corollaire de processus d'auto-exclusion rappelant la naturalisation du rôle de soignante que les mères occupent vis-à-vis de leur enfant malade.

Le chapitre 7, *Faire famille*, met en lumière les effets du déploiement des pratiques de soi dans l'espace familial. Il est l'occasion, au travers du quotidien des familles, de comprendre comment les valeurs, normes et affects de la pédopsychiatrie transmis par les acteurs de l'hôpital circulent au domicile, donnant à voir leur influence sur les enfants, adolescents et parents, notamment en termes de dynamiques intergénérationnelles. De fait, si les enfants et les adolescents continuent d'être l'objet de soin, *care receiving*, se profile également l'idée qu'ils répondent aux besoins de leurs familles en leur prodiguant des soins. Cette autre manière d'aborder les situations nous oblige, comme nous y invite les éthiques du *care*, à voir ce qui est visible sous nos yeux, au-delà des *a priori*, et à envisager d'autres dyades récepteur/dispensateur, en ne portant pas notre attention systématiquement sur le plus puissant.

La conclusion générale revient sur les principaux résultats de cette thèse et pose quelques réflexions plus générales sur ce que la redistribution du travail de *care* entre les enfants, adolescents et parents implique en termes de responsabilité et de place sociale.

Partie I

Se mettre au rythme local

Condition *sine qua non* de la réalisation d'une recherche dans un service marocain de pédopsychiatrie publique

Chapitre 1.

Trouver sa place d'apprentie anthropologue

Comment l'accès au terrain s'est-il fait ? Quelles sont les sources de savoir anthropologique sur le terrain ? Quels sont les implications et effets de mener une recherche anthropologique dans le domaine médical ? Dans quelles mesures mes caractéristiques personnelles produisent-elles la recherche et ses résultats ?

« Je n'observe jamais que des situations. Observer une situation (à la différence d'observer des planètes), c'est s'y trouver. Si je l'observe, j'en fais partie, mais au titre d'étranger. Par intérêt savant, je fais donc en sorte de me trouver (quitte même à les provoquer) dans des situations qui présentent un degré d'étrangeté relatif, mais suffisant pour que, ne sachant pas ce qu'ils font, j'entreprenne de l'apprendre. Dans la mesure où leur monde n'est pas le mien, il est pour moi objet de savoir. Mais c'est un objet qui est dans une situation qu'eux et moi partageons. Cette tension entre coprésence et distance définit ce qu'on appelle (par opposition au laboratoire ou au cabinet de travail) le terrain. » (Bazin in Müller, 2017, p.88)

C'est ainsi que j'ai abordé « le terrain », prise dans cette « tension entre coprésence et distance » avec les personnes (enfants, adolescents, parents, professionnelles) rencontrées pendant mes séjours au Maroc⁵¹. Sur ce terrain, j'ai réalisé un travail ethnographique qui m'a amenée à faire des observations dans lesquelles je considère que j'étais toujours participante, même s'il est important d'apprécier la variation des degrés d'implications. À ce propos, je ne pense pas que ces formes de participation puissent avoir un effet polluant qu'il faudrait éviter ou annuler (Bonnot, 2017) – si l'on garde à l'esprit, comme le suggère Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995), que sans participation le travail d'anthropologue devient impossible. En revanche – et là est l'enjeu de ce chapitre –, il s'agit de reconnaître quels sont

⁵¹ J'ai effectué plusieurs séjours (de durées différentes) qui constituent ce que j'appelle *le terrain*. Un premier en août 2013 de 3 semaines : puis il y eut un séjour linguistique de 15 jours en février 2014 ; puis à l'été 2014, je suis partie 9 semaines ; puis en 2015, je suis restée de début janvier à fin juin.

les effets de cette participation, de cette coprésence. Ce travail de terrain m'a également permis de conduire des entretiens, plus ou moins formels, plus ou moins directifs, et de m'imprégner des manières d'être et de faire de ce qui – par-delà mon travail – constituait une nouvelle expérience de vie sur le plan personnel.

Au moment de l'écriture, je conçois le terrain comme « un objet de savoir » vis-à-vis duquel je prends une certaine distance afin de questionner les résonances de l'expérience que j'ai vécue au Maroc. De plus, dans ce processus d'écriture, je m'accorde avec les propos de Morad Montazami⁵² sur le fait que le texte est une mise en scène, qu'il suit une écriture menant à la réalisation de l'exercice académique qu'est la thèse, mais aussi qu'il ne rend pas seulement compte d'observations, d'entretiens, mais aussi de rencontres, de temps de vie (Montazami, 2017). Je cherche une écriture qui puisse donner à voir la complexité des « sacs de nœuds d'existence » (Müller, 2017, p.76) dans lesquels les acteurs et actrices du terrain et moi sommes emmêlés, ensemble, dans un tourbillon d'émotions. En ce sens, le texte, comme le conçoit Montazami, devient alors un assemblage. Il précise :

« Si le réassemblage n'est pas la reconstitution, il remplit des fonctions [...] qui nous permettent à présent de l'aborder : réintégrer l'observateur dans les « cercles de regards », réintégrer l'autre dans la co-temporalité de l'expérience ethnographique, agencer les discours au lieu de les classer, ouvrir le sens au lieu de le fixer ». (Montazami, 2017, p.117)

Ce chapitre a pour trame de fond le principe que ce que je suis (mes caractéristiques sociales) et qui je suis (ma personnalité) ont contribué à produire les résultats trouvés. Dans les pages à venir, j'explique donc ce « je » et ce qu'il permet d'apprendre du terrain, sachant qu'« aucune description n'est neutre » (*Ibid.*). Ce « je » – qui n'est pas une identité fixe, comme je m'attacherai à le montrer – résulte en des modes de présence qui, pour reprendre les termes de Jean-Pierre Olivier de Sardan, sont « comme une méthode d'investigation (qui) devient alors une des dimensions du savoir-faire anthropologique. » Je narre l(es) entrée(s) d'une apprentie anthropologue sur le terrain, en détaillant les enjeux relatifs au mode d'entrée, choisi et imposé, et les effets de la perception que les interlocuteurs rencontrés ont de moi. Sur ce dernier point, premièrement, je m'arrête tout particulièrement sur l'assignation raciale, à l'hôpital et en dehors, dans un pays dont je ne suis pas originaire. Deuxièmement, je commente plus spécifiquement les rapports de pouvoir nés de la rencontre

⁵² Historien de l'art, Morad Montazami a publié plusieurs articles dans des revues et ouvrages d'anthropologie ; ses intérêts de recherche sont les modernismes cosmopolites et les histoires de l'avant-garde en Méditerranée du Sud et de l'Est et en Afrique du Nord.

entre l'anthropologie médicale et de la santé, et la psychiatrie, notamment en lien avec la négociation de l'accès au terrain hospitalier. Je prête également une attention spécifique à mon genre et aux manières dont il module mes relations interpersonnelles. Enfin, je traite de mon rapport singulier aux corps dans l'espace et des répercussions de la place de la danse dans ma vie et dans cette recherche. Ainsi, tel que souligné par Didier Fassin :

« [...] la réflexivité mise à l'œuvre ne cherche donc pas à poser un regard sur l'expérience intime de l'ethnographe pour en décrire les états d'âme, mais vise avant tout à mieux comprendre celles et ceux dont nous parlons. L'analyse critique de la situation ethnographique – en tant que scène historique où se joue la rencontre entre l'anthropologue et ses interlocuteurs – et de la relation ethnographique – en tant que rapport inégal qui se noue entre l'enquêteur et les enquêtés – est pour nous la condition de possibilité d'un savoir anthropologique ou sociologique. » (Fassin, 2008a, p.9)

1.1. Une entrée sur le terrain en trois temps : péripéties d'une apprentie anthropologue

1.1.1 Premier temps : partir de zéro... ou presque

1.1.1.1 Frapper aux (bonnes) portes

En amont de mon arrivée au Maroc en août 2013 pour effectuer une recherche exploratoire dans plusieurs villes, j'avais contacté par courriel – puis fait les relances d'usage – une vingtaine de psychiatres ou psychologues pour enfants et adolescents installés en libéral et/ou membres de la Société marocaine de pédopsychiatrie et professions associées (SMPPA). Dans un pays où je n'avais ni connexion professionnelle ni connexion personnelle, ma première stratégie consista à me faire connaître dans ce réseau. Il paraissait nécessaire d'établir un contact auprès des professionnels puisqu'ils avaient, de toute évidence, des liens avec des familles et des enfants et des adolescents susceptibles de m'accorder un entretien. De plus, j'étais également soucieuse de me rapprocher de ces professionnels marocains de la santé mentale auprès de qui je pourrais échanger et discuter de leurs pratiques et connaissances, et peut-être plus amplement des enjeux de ma recherche. Ayant à cœur de mener un travail pertinent pour les cliniciens, je souhaitais créer des contacts propices à la collaboration.

N'ayant reçu en tout et pour tout qu'une réponse avant le début de mon séjour, une fois sur place, je dus élaborer un nouveau stratagème de prise de contact. Je m'adonnai alors à la

démarche du porte-à-porte – tactique qui ne semblait pas vraiment « scientifique » ou du moins peu professionnelle au sens où je me le figurais pour le milieu académique. Pour certains professionnels contactés (ceux exerçant en libéral), les portes restèrent closes. Pour d'autres, je pus m'entretenir brièvement avec les secrétaires, expliquer ma démarche, déposer une version papier de mon projet de recherche et donner mes coordonnées pour pouvoir être rappelée. J'avais l'impression d'être une VRP de l'anthropologie, position que je trouvais désagréable notamment en raison du forçage que je devais effectuer pour entrer en contact avec les professionnels⁵³. Quelles conditions de travail cela laissait-il présager ? Quel type de relations étais-je en train d'instaurer avec mes potentiels futurs interlocuteurs en quémendant ainsi une rencontre ? Comment réagiraient-ils face à une jeune anthropologue désespérée d'accomplir son travail ? Était-ce donc cela, faire de la recherche en anthropologie ? Mais lancée dans cette étude et désireuse de commencer au plus vite, je devais me creuser une entrée, ouvrir une porte qui puisse me mener auprès de l'un de ces médecins ou soignants. Quelque chose devait se passer, une rencontre se concrétiser, un entretien se confirmer... sinon je vivrais un échec, « un refus de terrain ». Ayant en tête l'analyse réalisée par Muriel Darmon sur son propre terrain, je m'interrogeais d'ores et déjà sur les contours du mien, sur ce qui « déborde [...] de la situation d'entretien et d'enquête » (2005, p.98), sur ce que ces difficultés me (pré)disaient de mon terrain. Quasi aucune de mes tentatives de prise de contact ne fonctionna. Presque aucune réponse à mes appels, aucun retour à la suite de mes passages aux cabinets et aux messages laissés aux secrétaires. Des dizaines de pages incluant projet de recherche, lettres de soutien de mon directeur de recherche et d'affiliation à l'université de Lausanne, numéro de téléphone local... Ce démarchage de longue haleine avait été fait en vain.

Une ouverture, une seule, se concrétisa : elle fut édifée avec Leila Gharbi. Psychologue et thérapeute familiale systémique dont j'avais lu certains travaux, Leila s'était montrée très réactive et enthousiaste avant même mon arrivée au Maroc. Elle avait répondu positivement à mon premier mail, peut-être en raison de ses articles qui constituaient un terrain commun de discussion et d'échanges. Nous nous étions entretenues sur Skype en juillet 2013, avant de nous rencontrer en tête-à-tête dans son cabinet situé au centre d'une des villes explorées pour ma recherche. Lors de notre rencontre, elle me mit en contact avec une étudiante en

⁵³ L'expérience au sein d'Enspedia m'avait montré que les anthropologues pouvaient produire des savoirs jugés utiles par les professionnels de santé. Face aux portes restées closes, je comprenais qu'une telle collaboration ne pouvait pas s'amorcer avec la (simple) présentation de mon projet de recherche.

psychologie qui réalisait un stage dans un des rares hôpitaux marocains hébergeant un service de pédopsychiatrie. Ce fut la fin de notre brève collaboration : nos intérêts de recherche divergeaient peut-être un peu et d'autres possibilités, que je considérais plus faciles, s'étaient mises en place, notamment la possibilité d'entrer directement dans un service consacré entièrement à la pédopsychiatrie.

1.1.1.2 Trouver un guide

L'étudiante présentée par Leila, que je nommerai Dounia, m'apporta une aide précieuse : elle était non seulement en mesure de m'introduire auprès des personnes susceptibles de m'ouvrir les portes d'un service de pédopsychiatrie, mais nous partagions en outre un bagage socioculturel facilitant nos échanges. Dounia parlait parfaitement français et avait, à plusieurs reprises, rendu visite à une partie de sa famille vivant en France. À l'époque, je ne parlais pas un mot d'arabe marocain et je séjournais pour la première fois dans ce pays : nos quelques rencontres furent littéralement des bouffées d'oxygène. À ses côtés, je me sentais en sûreté, sachant que, dans les autres moments de mon nouveau quotidien marocain, chaque instant me semblait contenir le risque d'une fausse manœuvre *politique*, d'un faux-mouvement *social* ou d'une erreur *culturelle*. Je commençais tout juste mes études en anthropologie et tous ces grands mots – politique, social, culture – résonnaient en moi avec un nouvel écho et constituaient une sorte de pression, voire d'entrave à mes cheminements intellectuels, mais aussi émotionnels. J'étais encore très empruntée, déstabilisée entre, d'une part, ma spontanéité naturelle qui, quels que soient les pays dans lesquels j'avais travaillé ou vécu, m'avait toujours permis de m'insérer dans des réseaux locaux de sociabilité et, d'autre part, cette étiquette d'anthropologue que j'avais maintenant l'impression de devoir porter, défendre ou encore justifier. Sur ce qu'il me semblait désormais « normal » dans le jargon anthropologique d'appeler « le terrain », ma présence paraissait prendre une tout autre teinte, devenant une « implication dans le tissu des relations interpersonnelles » avec pour objectif de produire « une entreprise de connaissance » (Sélim & Douville, 2008). Embarquée dans cette entreprise de construction un peu particulière, la rencontre avec Dounia me reposait un peu, me donnant le sentiment de pouvoir mettre en veille mon détecteur à *objet culturel* ou de ranger ma boussole à *fait anthropologique*. Dans l'imaginaire que j'avais d'elle, le fait

qu'elle me savait française et qu'elle connaissait la France *et* le Maroc me tranquillisait : elle pourrait, en temps voulu, se montrer indulgente si je faisais quelque chose d'inapproprié ou de maladroit. De plus, je trouvais apaisant et confortable qu'elle me mâche une partie de ce que j'apparentais à mon travail, en me pointant les différences et les particularités de chaque localité géographique entre lesquelles je commençais à naviguer. Mes maladresses pouvaient être comprises et le risque de manquer une spécificité sociale ou culturelle locale semblait minimisé. Il me semblait alors que j'avais identifié une compagne de voyage, voire une alliée à même de me rendre visible ce qui, pour l'instant, m'était invisible.

Ce travail de visibilisation se révéla profitable, notamment vis-à-vis du ramadan. Ce jeûne annuel que les musulmans ont l'obligation juridique de suivre sous peine d'amende ou d'emprisonnement est un événement majeur sur les plans religieux, mais aussi social, économique, culturel et politique⁵⁴. Dounia fut la première à m'introduire aux formes de bricolage local vis-à-vis de cet événement. Cette attitude me parut attester d'une certaine dynamique relationnelle basée sur la confiance – ce qui, d'après moi, était le gage d'un apprentissage adéquat des manières d'être et de faire locales tout en me donnant le sentiment d'être incluse dans un groupe, atténuant la solitude alors vécue. Recluse dans ma petite chambre d'hôtel situé à l'entrée de la Medina (le centre-ville historique de la cité), au fond d'une petite ruelle sombre au bout de laquelle mes quelques fragiles repères prenaient fin, je tentais de cerner ce que je pouvais faire ou ne pas faire, ce qui était sûr ou ne l'était pas. L'absence totale de référence, couplée à l'obligation de produire quelque chose de pertinent pour ma recherche, entravait mes capacités d'actions et de réflexions. Je ne savais plus ce qui était adéquat. Mais ce sentiment n'était pas anodin : cette confusion était, entre autres, le fruit de ma rencontre avec Dounia et d'un événement vécu un peu avant notre premier rendez-vous.

1.1.1.3 « *Made native* »

Deux ou trois jours après mon arrivée, Dounia me donne rendez-vous en ville en début d'après-midi. Nous nous retrouvons à l'une des pompes à essence localisée dans le nouveau

⁵⁴ Chaque année toutefois ces arrestations et amendes suscitent débats dans les milieux, leur validité juridique étant questionnée.

centre-ville, car elle doit faire le plein de sa voiture avant que nous nous rendions chez elle. Au moment où je monte à bord du véhicule, j'ai la confirmation qu'elle n'a pas la climatisation. Il fait extrêmement chaud à l'intérieur. L'air venteux qui, à l'extérieur, peut donner l'impression d'un léger courant d'air est totalement absent de la carcasse métallique où nous dégoulinons de sueur. Elle s'excuse de ne pouvoir m'offrir plus de fraîcheur, mais me rassure en me disant que bientôt nous serons chez elle et que l'appartement est climatisé. Dounia attend un instant la venue du pompiste puis sort finalement le chercher pour qu'il vienne faire le plein. Assise du côté passager, la pompe à essence sur ma droite, aucune voiture devant, ni derrière, je me sens relativement à l'abri et profite du moment pour attraper furtivement ma bouteille d'eau et boire quelques gorgées d'eau. Elle remonte dans la voiture au moment où je range ma bouteille dans mon sac. Voyant cela, elle me dit gentiment qu'il vaut mieux éviter de boire dans les lieux publics car il est facile de croire que je suis marocaine, et donc musulmane. Elle me précise que cela pourrait nous valoir une discussion pas très agréable avec un agent de police, assortie d'une amende, voire d'une visite au commissariat. Elle ne semble pas être paniquée, mais elle est suffisamment claire et explicite pour que je prenne au sérieux ses avertissements. Dans la foulée, elle ajoute que nous allons passer dans une boulangerie acheter quelques petites choses à grignoter chez elle. Je m'excuse de mon comportement, bredouillant quelque chose du genre que je pensais être cachée, que je n'avais pas percuté que c'était aussi sérieux pour moi, et que j'éviterais donc à l'avenir ce type de conduite. À ce moment-là, je prends note de l'ampleur qu'une telle action peut avoir, pour moi comme pour elle, et je me dis que décidément, mon air marocain semble faire l'unanimité. Je décide alors de lui raconter ce qui m'est arrivé le matin même – épisode qui m'a également mise dans une situation peu confortable.

J'avais erré une grande partie du début de journée dans les rues de la ville pour déposer les dossiers auprès des psychiatres et psychologues repérés. D'ordinaire, ne pas manger est une chose avec laquelle je peux m'arranger si nécessaire, mais ne pas boire est beaucoup plus difficile et contre indiqué en raison de quelques problèmes de santé. Après quelques heures à marcher sous le soleil, je décidai de m'asseoir à une terrasse de café pour boire un jus de fruits frais : dans la ville, j'avais croisé plusieurs touristes étrangers faisant la même chose. Je savais qu'il s'agissait de touristes car ils ne parlaient pas un mot d'arabe, avaient les chaussures de trek aux marques européennes ou américaines classiques, un chapeau ou une casquette vissée sur la tête, et une peau bien blanche et badigeonnée de crème solaire

dont l'odeur me rappelait la plage, ou au contraire bien rouge faute de protection. Tout cela peut paraître caricatural, mais le contraste était réellement saisissant entre la mode marocaine locale – qu'il s'agisse des djellabas du moment ou des jeans à paillettes et babouches en cuir achetées dans une des rues du souk – et la mode vestimentaire « voyageur » faite de pantalons aux poches multiples, de tuniques et de chemisettes aux couleurs claires ou la tendance balnéaire laissant apparaître des corps rarement visibles dans la médina ou sur certaines plages populaires. Pour ma part, j'avais opté pour des jupes longues, des tuniques ou chemisiers colorés, mais aux manches longues ou trois quarts. Je n'avais pas de chapeau et je n'ai pas vraiment eu l'occasion de prendre un quelconque coup de soleil, ma peau mate aidant. Comparée à certains touristes, j'avais effectivement plutôt l'impression de me fondre dans le paysage, mais je me disais que ma mine tantôt surprise, tantôt amusée ou perdue devait signaler au quidam marocain que je n'étais pas habituée à déambuler dans cet espace. Fatiguée de mon porte-à-porte et mise à mal par la chaleur, je décidai de m'octroyer un plaisir « de touriste, vacancière étrangère » et de m'asseoir à une terrasse d'un café situé en dehors de la Medina où les locaux s'affairent à leurs achats en vue de la coupure du jeûne qui aurait lieu dans quelques heures. L'emplacement choisi me semblait stratégique : il était près de la gare – de nombreux voyageurs circulaient donc aux alentours – et non loin d'un des plus grands musées de la ville – lieu drainant également une importante population de touristes étrangers. Galvanisée par mon observation des autres étrangers et rassurée par mes lectures sur un site de conseils aux voyageurs, je m'installai à une table campée un peu en retrait du trottoir. D'autres personnes que je devinais marocaines étaient aussi assises, mais ne consommaient rien. J'avais repéré quelqu'un à l'intérieur du café qui avait fait quelques aller-retour entre le fond de sa boutique et l'entrée de celle-ci, mais pour l'instant il ne paraissait pas décidé à me servir. N'étant pas pressée, j'attendis un moment me disant qu'il devait être occupé à autre chose, mais après un quart d'heure d'attente environ, je me résolus à entrer pour commander à boire. Il me fit signe d'aller dehors et m'informa qu'il allait venir prendre ma commande. Au moment où il sortit, il me demanda à nouveau, pour confirmer qu'il avait bien compris, si je souhaitais boire quelque chose et il me proposa de changer de table « parce que celle-là là-bas est mieux ». De ma place assise, je ne comprenais pas bien quelle table il me conseillait et surtout je ne compris pas tout de suite pourquoi je devais changer de table. Puis face à son insistance, je me levai et allai m'asseoir à la place qu'il pointait du doigt. Quand je fus assise, il s'enquit de ma nationalité en me disant que si j'étais marocaine et musulmane, il n'aurait pas le droit de me servir. Rassuré sur ce point, il partit

me préparer un jus d'orange. La table à laquelle il m'avait fait asseoir était positionnée derrière l'un des imposants piliers en pierre de la terrasse ; j'imagine que selon l'angle de vue, je devais être plus ou moins cachée des passants. Au moment de déguster mon jus, je me demandai qui avait rendu service à l'autre : était-ce moi en acceptant de bouger et lui éviter la venue de la police pour avoir servi à boire alors qu'il n'en avait éventuellement pas le droit ? Ou bien est-ce lui en m'évitant d'être exposée au regard des passants qui auraient certainement, tout comme lui, pensé que j'étais marocaine ?

Alors que je faisais part de mon étonnement et de mes questionnements à Dounia, elle fit remarquer que ce n'était pas aussi surprenant que je le pensais. Certes, elle comprenait la facilité de certains touristes étrangers de faire ce qu'ils voulaient dans l'espace public pendant le ramadan, mais elle stipula que je devais m'y faire : pour moi, c'était différent. Ce fut la confirmation d'un fait que j'allais constamment vivre sur mon terrain : les Marocains pensent que je suis marocaine. Pour eux, aucun doute possible. Avec le temps, j'ai appris à mieux parler le darija (l'arabe marocain) mais mon accent – de qualité moyenne - est toujours source de confusion, amenant les nationaux à me classer du côté des Marocains qui, ayant grandi à l'étranger ou dans des familles où le français était dominant, n'ont pas eu l'opportunité, ou la volonté, d'apprendre proprement *leur* langue nationale. Néanmoins, face à ces remarques, j'ai progressivement acquis le vocabulaire pour expliquer mon histoire et donner le change à mes interlocuteurs : tel qu'expliqué dans le prologue, je suis française, mon père vient de l'île de la Réunion – un territoire français situé dans l'océan indien – et je suis au Maroc pour travailler avec des enfants suivis à l'hôpital psychiatrique. Ces précisions étaient nécessaires, car dans un contexte où la population immigrée marocaine en France était de 1 036 909⁵⁵ en 2005, dire que j'étais française faisait gentiment sourire mes interlocuteurs – certains répondant : « moi aussi, j'ai les papiers » ou « moi aussi je suis français ».

En anthropologie, le processus réflexif signifie que la chercheuse porte un regard critique sur les conditions de production de la recherche, et notamment sur les caractéristiques sociales des chercheurs (Fassin, 2008a; Sakoyan, 2009). Être une femme, éduquée, avec des

⁵⁵ Haut-commissariat au plan marocain. https://www.hcp.ma/Effectif-des-Marocains-residant-a-l-etranger-MRE_a705.html. Pour davantage de détails sur les Marocains en France, voir la thèse de Thomas Lacroix, *Les Marocains en France : maturation d'une communauté transnationale*. Et plus particulièrement la section pp383-414 (Lacroix, 2018).

moyens financiers, non mariée, sans enfant, athée... : je pouvais compter sur mes prédécesseurs pour cerner certains des enjeux avec lesquels je devrais m'arranger sur le terrain ainsi qu'au moment de l'écriture. Mais comment aborder la couleur de ma peau, qui ne dénotait pas et paraissait même locale ? Quelles étaient les implications relationnelles d'une telle perception de moi par mes interlocuteurs ? En quoi cela modifiait-il mon travail d'observateur ? Je ne savais pas comment le penser ni l'analyser. Au début de mon séjour, cet aspect physique me paraissait plus pénible qu'autre chose, puisqu'il amplifiait mes craintes de commettre un impair. Toutefois, il s'avéra être un atout relationnel non négligeable sur le long terme puisqu'il me permettait en fait de me fondre dans la masse, par exemple dans la salle d'attente, pour m'approcher de certains parents et me joindre aux cercles de conversations – modifiant légèrement les comportements observés. Julie Boukobza, d'origine tunisienne du côté paternel, a expérimenté une situation similaire qui, comme elle le souligne, a provoqué un sentiment paradoxal : d'une part, du fait d'une « manipulation symbolique de ses origines », elle reçut un accueil chaleureux, mais d'autre part, elle ressentit une sorte de « révolte devant ce qui [lui] apparaissait comme la confiscation du pouvoir de définir [s]a propre personne. » (Boukobza, 2008, p.5)⁵⁶. Cette attribution me mit dans une position qui façonna mon « mode d'entrée dans la compréhension du terrain » (Mougel, 2007). Ainsi, je constatai qu'un sentiment d'appartenance m'était souvent renvoyé, un rapport quasi fraternel et/ou complice, amenant parfois mes interlocuteurs à envisager que je « comprenais » ce dont il était question (charge à moi, par ailleurs, de demander plus de clarifications lorsque, justement, je ne comprenais pas). De cette position, je reçus, comme rappelé par Florence Weber, une assignation sur l'échiquier social local (Weber, 2012, § 26)⁵⁷, une chercheuse (quasi) indigène, une anthropologue qui appartenait (presque) à son terrain. Une partie du travail impliquait d'apprendre à faire avec cette assignation.

D'un point de vue théorique, je dirais que cette expérience me ramène à « l'éternel débat (...) sur la mesure dans laquelle l'observation modifie les phénomènes observés »

⁵⁶ Julie Boukobza est anthropologue et elle a enquêté au Caire. Sa thèse intitulée Être danseuse « orientale » au Caire : construction, usages et enjeux d'une figure du féminin aux diverses conceptions de la féminité au travers du personnage de la danseuse orientale. (Boukobza, 2006)

⁵⁷ Partant de sa discipline d'origine, l'anthropologie sociale, pour arriver à sa discipline d'adoption, la sociologie, Florence Weber décrit (dans l'article mentionné) le passage de l'ethnologie française à l'ethnographie réflexive, rappelant que la démarche d'autoanalyse consiste à considérer l'ethnographe comme l'enquêté et à objectiver ses émotions et les relier à ses positions sociales. C'est à partir de ce sens que je considère ma position sur l'échiquier social local.

(Olivier de Sardan, 1995, p.4). Jean-Pierre Olivier de Sardan apporte deux remarques sur cette question. Premièrement, se référant à Howard Becker, il explique que la présence du chercheur est une « contrainte ou un enjeu négligeable par rapport aux propres contraintes ou enjeux qui pèsent quotidiennement sur ce groupe ». Ce qui, à mon sens, est toutefois à nuancer, notamment dans les cas où le chercheur, par ses caractéristiques, peut tangiblement contribuer à une modification des contraintes et enjeux du groupe en question. Deuxièmement, l'auteur poursuit l'analyse du débat et stipule :

« Quant au problème que pose la part des comportements qui est modifiée de façon significative par la présence du chercheur, il y a deux solutions radicales [...] la première est de tenter d'annuler cette modification par des procédures diverses [...] on aura ainsi [...] la « conversion », le « déguisement » ou l'« indigénisation ». La seconde solution est à l'inverse d'en tirer parti : c'est alors le processus même de cette modification qui devient un objet de recherche. » (Olivier de Sardan, 1995, p.5)

Si l'auteur précise que la position adoptée est souvent à mi-chemin, je constate que mon expérience en début de terrain était radicale. Je fais ici référence au processus dit « d'indigénisation », mais que je qualifierais « d'inversée » : je ne cherchais pas à devenir locale « going native », mais j'étais vue *comme une locale*, ce que je nomme « made native ». Comme mentionné par Jean-Pierre Olivier de Sardan, l'indigénisation fait partie « des processus divers qui ont pour but d'éliminer ce que le statut d'observateur a d'extérieur, et d'assimiler le chercheur à un indigène indiscernable des autres dans le jeu local » (Olivier de Sardan, 1995, p.4). Or, ces processus étaient conduits et imposés sur moi par mes interlocuteurs qui annulaient mon caractère extérieur. Cette anecdote signe le rappel d'une évidence, à savoir que les interlocuteurs nous assignent une position en fonction de ce qu'ils perçoivent et/ou imaginent de nous : nous ne partons jamais de zéro en arrivant sur un terrain, quelque chose qui nous appartient et nous constitue aux yeux de l'autre fait qu'il nous attribue une place sur l'échiquier social, politique, culturel, etc. dans lequel nous mettons les pieds. J'ai choisi le terme d'indigénisation (Olivier de Sardan, 1995), avec pour objectif de renforcer l'aspect superficiel, voire caricatural du processus que j'ai vécu, dans la mesure où il dépendait majoritairement de ma couleur de peau et non d'attributs volontaires et plus élaborés tels que l'apprentissage d'une langue ou d'autres habitus. En effet, je ne pense pas que l'on puisse devenir et être locale, ce statut n'étant pas, selon moi, accessible aux anthropologues, ni d'ailleurs nécessairement utile pour la construction du savoir, c'est-à-dire la réalisation de leur travail. Comme l'a constaté Didier Fassin, l'« irréductible extranéité »

rattrape toujours le chercheur (Fassin, 2008b, p.300). Ainsi, je suis plus proche de l'idée d'adopter un nouvel habitus afin de prendre place dans un groupe, à l'instar par exemple de Loïc Wacquant qui via l'apprentissage de la boxe se forge un nouvel habitus (2010). Dans la lignée de son approche, la dynamique de « going native », résultant d'un long processus passant par l'immersion prolongée dans un groupe social (qu'il soit ou non dans son pays d'origine ou de résidence) permet d'apprendre la langue locale et/ou les expressions émiques par exemple ainsi que les manières de marcher, de parler, de manger, de saluer, cet ensemble de gestes du quotidien traduisant une certaine familiarité avec les personnes et la géographie des lieux où nous travaillons et vivons pour un temps⁵⁸.

1.1.1.4 Trouver le rythme et les espaces

Dounia effectuait un stage dans le service adulte, mais elle connaissait assez bien un professeur de psychiatrie de la faculté de médecine et de pharmacie – le Prof. Harrouni -, qui pourrait, selon ses dires, sans doute m'aider et me conseiller sur les démarches à accomplir pour commencer ma recherche. Tout en picorant dans l'assiette de mignardises salées placée devant nous, Dounia me racontait son stage. Ici, à l'abri des regards, nous pouvions manger et nous désaltérer, mais cela devait rester entre nous : quelques heures plus tard, nous serions attablées au restaurant avec des amis à elle pour le *ftour* – la coupure du jeûne – et ils ne devaient pas être au courant de son non-respect du jeûne. Elle paraissait tout à fait à l'aise avec ce jonglage du dire et du ne pas dire, me confiant qu'elle était persuadée que plusieurs personnes de son entourage faisaient certainement la même chose, mais que pour diverses raisons, cela ne se discutait pas en public. Je me sentais privilégiée de pouvoir passer ce moment avec elle, en découvrant les coulisses d'une scène de vie d'un appartement alors que je n'avais pour l'instant vécu que ce qui se déroulait dans la rue, dans les couloirs de l'hôtel ou des immeubles des cabinets des professionnels, ou dans les restaurants. C'était la première fois que je visitais un intérieur marocain et je m'apercevais par la suite que le niveau de vie de cette famille était vraiment très élevé. Elle faisait partie de la classe des

⁵⁸ Tel que détaillé à la fin de ce chapitre, je pense que la pratique de la danse m'a permis de développer des compétences spécifiques en lien avec l'apprentissage de ces « techniques du corps » (Mauss, 1936) à-mêmes de faciliter cette immersion.

privilegiés, et à ses côtés en cette fin d'après-midi, j'avais confiance en ses possibilités de me conduire vers les bonnes personnes.

Quelques jours plus tard, je retrouve Dounia qui a convenu d'un rendez-vous avec le Professeur Harrouni. Elle avait d'abord envisagé que je puisse le rencontrer au centre hospitalier universitaire, mais il préfère finalement que la rencontre ait lieu à son cabinet. Dounia est stupéfaite de ce choix, précisant que généralement, les professeurs sont plus enclins à recevoir des étudiants à l'hôpital : cet arrangement convenu permet de passer sous silence leur activité en libéral qui n'est guère appréciée par le ministère de la Santé publique. Faire partie du service public, et qui plus est, enseigner à l'université est en soi une fonction prestigieuse qui, d'après les explications de Dounia, ne devrait pas être rattrapée par les impératifs financiers. Pour autant, les conditions d'exercice dans le secteur public incitent de nombreux professeurs à exercer en complément en libéral. Dans ce contexte, j'avais l'impression de bénéficier d'une forme de confiance de la part de ce professeur qui avait accepté de me rencontrer dans cet espace. À moins que ce ne soit une manière de ne pas faire voir, de garder discrète – comme son activité en libéral – notre discussion. La rencontre fut très rapide. Il écouta trois ou quatre minutes mon projet et puis dit que cela pouvait certainement intéresser l'hôpital. Cela étant, au stade où j'en étais, il me conseilla de le recontacter lorsque « mon projet de thèse serait validé ». C'était tout. Rien de plus ne pouvait être fait pour le moment. Je sortis du bureau dans un état d'esprit confus, entre frustration et réjouissance. Dounia et moi avons tenté de caler ce rendez-vous pendant plusieurs jours, il y avait eu deux annulations et puis finalement l'arrangement de la rencontre au cabinet entre deux patients – dont le second était à l'hôpital, expliquant la précipitation avec laquelle il m'avait reçue. Toutefois, à ce stade, je m'accrochais à ce que je concevais telle une note positive : il me connaissait, il m'avait vue et il avait entendu le contenu de mon projet. Même si ma volonté de le rencontrer lui semblait définitivement prématurée – son léger agacement cumulé à un certain manque d'attention m'en avait donné le sentiment – j'avais néanmoins l'impression d'avoir avancé un pion dans ce jeu stratégique et complexe de prise de contact. Avant de quitter le Maroc, je lui envoyai un email de remerciement dont la réponse, dans laquelle il précisait être disponible selon mes besoins dans le futur, sembla finalement chaleureuse. Ma démarche de prise de contact avec quelqu'un du réseau de la psychiatrie marocaine ayant abouti, je rentrais en Suisse confiante afin de finaliser mon projet de thèse qui pourrait donc se réaliser au Maroc.

1.1.2 Deuxième temps : l'immersion/imprégnation et la consolidation du réseau

1.1.2.1 *Les à-côtés et les coulisses du terrain*

À propos de l'apprentissage d'une langue sur le terrain, Alban Bensa écrit les mots suivants :

« La pratique, aussi imparfaite soit-elle, d'une langue étrangère transforme le locuteur intellectuellement et même physiquement, à force d'articuler les sons nouveaux et d'adopter le style et le ton des échanges propres aux interactions verbales locales. Cette épreuve, comme aucune autre, rapproche de l'univers social que l'on cherche à comprendre. » (Bensa, 2008, p.21)

Je me retrouve dans ces mots à plusieurs niveaux. D'une part, je considère que ma maîtrise de l'arabe est loin d'être parfaite, m'obligeant - par souci d'intelligibilité réciproque, c'est-à-dire pour moi et pour les personnes interviewées -, à recourir à la présence d'une interprète pour les interviews formelles. D'autre part, je rejoins Alban Bensa quant aux changements sur soi et dans les relations aux autres que l'apprentissage d'une langue sur un terrain produit, de surcroît en situation postcoloniale. Au-delà d'une sorte de transformation personnelle, il favorise le rapprochement entre enquêteur et enquêtés. En outre, cette modification des relations peut aussi être lue à la lumière de la redéfinition des rapports de domination permise par un usage maladroit d'une nouvelle langue. En tentant de parler la langue locale, je souhaite prendre de la distance avec les valeurs de prestige et d'ascension sociale auxquelles la langue française est associée (Ouasmi, 2011).

Le Maroc compte deux langues officielles : l'arabe et l'amazighe – l'arabe pouvant prendre plusieurs formes telles que l'arabe littéral (notamment dans les administrations) et l'arabe dialectal appelé darija. Ce dialecte (qui est celui le plus usité sur mon terrain) n'a pas de version orthographique standardisée – ce qui, pour moi qui me considère comme une personne de l'écrit plus que de l'oral, a compliqué son apprentissage. Après plusieurs mois de cours privés d'arabe littéral à Lausanne, je me suis rendu compte lors de mon deuxième séjour au Maroc que cet arabe littéral ne serait quasi d'aucune utilité puisque les gens rencontrés dans mon quotidien ne le comprenaient pas et parlaient tous darija. J'ai donc arrêté les cours d'arabe littéral et je me suis concentrée sur l'apprentissage du darija lors de mes séjours, après avoir trouvé une école proposant des cours aux étrangers (ce qui est rare).

Dans un article traitant entre autres des risques de sur-interprétation, Jean-Pierre Olivier de Sardan associe les biais possibles à l'absence de maîtrise de la langue (1996). Dans un passage de ce texte, il regrette que les anthropologues ne maîtrisent pas toujours une langue locale, même s'il invite à ne pas « tomber dans un intégrisme de la compétence linguistique » (*Ibid.*). Je l'ai dit, j'aurais moi-même apprécié de développer et travailler davantage mes compétences linguistiques, mais je sais d'expérience – pour avoir appris d'autres langues (dont l'espagnol et le polonais⁵⁹) – que cet apprentissage n'est pas évident lorsque les séjours sont trop courts : la conciliation de ma recherche avec mon poste d'assistantat et des modifications (allant dans le sens de la restriction) des politiques de financement des terrains des doctorants ne m'ont finalement jamais permis de passer plus de 6 mois d'affilée sur le terrain⁶⁰. Ces considérations administratives et logistiques posées, il reste à appréhender la manière dont ces restrictions ont influencé mon travail, notamment parce que j'ai dû recourir à des interprètes pour certains entretiens⁶¹. En effet, ne me sentant pas suffisamment à l'aise, les entretiens semi-directifs avec les parents et certains avec les enfants ou adolescents ont eu lieu en présence de Lamia qui, pour des raisons d'empêchement professionnel, a été remplacée à 3 occasions par Imane (une personne de sa famille qui avait les mêmes compétences linguistiques mais sans formation en psychologie). Mon choix de travailler avec Lamia était dû au fait qu'elle étudiait la psychologie : la commission d'éthique avait été rassurée de savoir que la personne introduite avait des connaissances dans le domaine des soins psychiques. Marocaine, ayant grandi au Maroc et vécu de nombreuses années en France, Lamia présente une connaissance du darija et du français, mais elle possédait aussi le registre « émique, celui des représentations populaires, les conceptions et discours des acteurs » (Vidal, 1995). À ce titre, suivant la proposition de Laurent Vidal (*Ibid.*), je la qualifie d'enquêteur-interprète, car elle apporte par sa compréhension, dont nous discutons après les entretiens, du sens à la production de la recherche. Pour de nombreux

⁵⁹ Tel que stipulé dans le prologue, j'ai eu l'occasion de vivre dans plusieurs pays durant mes études, dont la Pologne. J'y ai appris la langue nationale, expérience qui m'a, d'une part, potentiellement aidée dans l'apprentissage d'autres langues (en développant des mécanismes d'acquisition et de travail), et d'autre part, qui m'a permis d'éprouver les atouts (notamment en termes d'intégration à un groupe de vie) d'un tel apprentissage. À l'époque, j'étais étudiante en École Supérieure de Commerce mais, d'une certaine manière, j'expérimentais d'ores-et-déjà les principes du terrain tel que pensé en anthropologie.

⁶⁰ Je dois préciser que mon ancien directeur de thèse avait insisté pour que je réalise une ethnographie dans un pays dont je parlais déjà la langue (notamment le Mexique). Cependant, comme relaté en préambule, je souhaitais choisir mon terrain pour des raisons d'inclinaisons personnelles (interroger les stéréotypes véhiculés au sujet des habitants du Maghreb) plus que par contrainte (à savoir parler la langue).

⁶¹ Le financement des interprètes est issu de mon salaire en tant qu'assistante diplômée.

anthropologues – avec qui je suis partiellement d'accord –, lors du travail avec interprète « le nombre de malentendus, en fait de sur-interprétations, produits par cette mauvaise connaissance des langues est plus important qu'on ne le croit » (Olivier de Sardan, 2001, p.75). Afin d'éviter, dans une certaine mesure, ces malentendus – qui ont toutefois eu lieu lors du déroulement des entretiens – les transcriptions des entretiens ont été réalisées par une autre personne, une fois de retour en Suisse. Cette méthode m'a permis d'avoir une double lecture des discours, des représentations et des conceptions locales et de limiter ainsi les biais et les malentendus. Ce fut notamment le cas pour un entretien à domicile durant lequel les mots d'un enfant, parce que compliqués à comprendre, avaient pris un autre sens, et plus précisément un non-sens⁶². Nous n'avions alors pas réagi en lien avec ce qu'il disait. Mais avec l'écoute de l'enregistrement, les mots se sont présentés sous un autre jour, donnant l'occasion d'une relecture et d'autres interprétations du moment. Lors de cet exercice, j'ai pu vérifier que le non-sens avec lequel le discours de l'enfant avait été ignoré était en fait révélateur d'une modalité d'interactions des adultes avec les enfants, et dans une certaine mesure avec les adolescents. Dans ce cas, j'ai pu admettre que le travail avec une interprète était effectivement complexe et pouvait conduire à des malentendus, mais la question reste en suspens : aurais-je moi-même compris ce petit garçon si j'avais maîtrisé le darija ? Rien n'est moins sûr. La vigilance à l'incompréhension et à la sur-interprétation est nécessaire dans tous les cas d'interactions et de recueil de discours. Par ailleurs, si j'ai constaté, non sans frustrations parfois, que la relation anthropologue-interprète-enquêté modifiait la dynamique et la fluidité des échanges, elle est aussi une configuration qui donne du temps, par exemple pour observer plus en détail l'environnement et/ou les réactions affectives des enquêtés aux propos et questions. Le temps de reformulation (apportant des détails vis-à-vis de mes questions en darija) et de traduction (de français à darija et vice-versa) est un temps offert par cette modalité interactionnelle pendant laquelle l'enquêté et l'enquêteur peuvent investir autrement leurs relations.

Je pense que ces biais sur-interprétatifs dont parle Jean-Pierre Olivier de Sardan ne sont d'une part pas uniquement le fruit d'écarts linguistiques, et qu'une démarche réflexive permet d'autre part de réduire ce type de biais. En effet, si dans le contexte d'entretiens avec interprète, les erreurs de compréhension sont plus évidentes, il n'en demeure pas moins que tout en parlant la même langue, des erreurs de sens (faites de projections par exemple)

⁶² Les mots ayant prêté à confusion sont : le nez et Allah. Le défaut de la prononciation de la lettre H nous avait fait penser qu'Amar (7 ans) parlait de son nez alors qu'il parlait de Dieu.

peuvent avoir lieu. Ce n'est donc pas le seul effet de la traduction, mais également l'effet d'une rencontre intersubjective dans laquelle chacun a construit des signifiants selon son parcours de vie. Par ailleurs, le travail de réflexivité, sur ces enjeux linguistiques, mais aussi sur la compréhension plus large du contexte, permet de s'assurer d'une forme d'harmonie – y compris dans les désaccords – entre ce qui a été entendu et ce qui a été observé. Ce travail permet, comme le nomme Jean-Pierre Olivier de Sardan, de rencontrer des groupes sociaux (dans mon cas parmi les parents, les professionnelles et les enfants) « où les savoirs étaient en miettes, éclatés, pleins de « trous » et de contradictions » – l'une des plus grandes critiques de l'auteur portant sur la sur-interprétation des données afin de les faire coïncider avec « des systèmes théoriques ou des préconceptions idéologiques » (Olivier de Sardan, 2001, p.75). S'agissant des biais de type malentendus, j'ajouterai que s'ils peuvent être problématiques et créer des contresens, ils sont aussi, une fois mis à jour, y compris pendant l'entretien, source d'échanges et de discussions approfondies pour comprendre les mises en suspens et les angles morts de l'interprétation.

En février 2014, je m'inscrivis pour un séjour linguistique au Maroc afin de poursuivre mon apprentissage du darija. Connaissant personnellement l'un des responsables de l'école avec laquelle je partais (ESL), je l'informai de quelques-uns de mes souhaits vis-à-vis de mes conditions d'hébergement. Cela est certes d'usage, mais je fus assez spécifique : je souhaitais habiter dans un quartier populaire, notamment parce que je pensais que le français y serait moins parlé, et surtout je voulais pouvoir vivre avec une famille – comprenez avec des enfants. Mes attentes furent satisfaites et je passai quinze jours avec la famille Mimouni qui allait devenir, au fil de mes années de recherche, ma famille marocaine⁶³. De ce qui au départ semblait faire partie d'une hospitalité et d'une générosité peut-être commune – en surface – à de nombreuses personnes rencontrées, j'appris à distinguer les témoignages et les nuances de mon inclusion dans le cercle familial, au travers d'actions quotidiennes telles que manger systématiquement avec la famille, débarrasser la table, entrer dans la cuisine, ouvrir la porte de la maison, être invitée à rester pour prendre le thé en présence d'un visiteur,

⁶³ La maison appartenait à Mima, matriarche divorcée puis remariée et désormais veuve. Elle avait terminé l'école obligatoire (6-13 ans) et savait lire et écrire en arabe et en français. Sous son toit, vivait l'une de ses filles, qui avait également fini l'école obligatoire mais dont les compétences linguistiques ne concernaient que l'arabe, marié à un homme, militaire de carrière, qui avait effectué des missions à l'étranger une dizaine d'années en arrière. Fort de cette expérience, il parlait français et anglais. Les revenus du gendre étaient complétés par l'accueil d'étudiants étrangers ainsi que les rentes perçues d'une épicerie dont la grand-mère était propriétaire.

ou encore sortir seule avec les enfants. Au fur et à mesure des séjours, je pris place dans cette famille, voyant grandir les enfants – Dora, âgée de huit ans, et Ibrahim de douze ans lors de mon premier séjour⁶⁴ en 2014–, rentrant dans certains secrets de famille, partageant de manière de plus en plus prononcée leur intimité. Chaque séjour lié au travail de terrain fut passé en leur compagnie et dans mon apprentissage aussi bien que dans la construction de mon quotidien marocain, ils furent des guides précieux, m’offrant la possibilité de percevoir autrement ce que je pouvais vivre avec certaines familles connues à l’hôpital. Je pense par exemple à la réticence commune de Dora et Tahfa (rencontrée à l’hôpital) d’aller au hammam avec leurs mères respectives, préférant faire leur toilette dans la salle de bain familiale : mais l’une en avait une (et pouvait donc choisir de ne pas aller au hammam avec sa mère), l’autre se plaignait de son absence (n’ayant d’autre choix que de se rendre dans ce lieu public). Dora m’avait expliqué qu’elle n’aimait pas se retrouver au milieu de toutes ces femmes nues (ou presque) ; elle m’avait raconté les corps « gros » qu’elle n’aimait pas voir ; puis elle avait partagé sa réserve à être elle-même dévêtue en présence d’autres femmes et enfants. Je songe aussi à l’implication de la mère de Dora et Ibrahim pour les accompagner dans la réalisation de leurs devoirs et qui, chaque jour, demandait aux enfants rentrés de l’école de sortir leurs affaires ; au contraire, la mère de Tahfa ne s’enquêrait jamais du travail scolaire de sa fille. Je pense encore à cette fausse distance des pères – fausse, car certes peu présents et fuyant presque par moment l’intérieur domestique, mais qui semblaient à d’autres moments errer dans le salon, ne sachant finalement que faire de cet espace si les enfants n’y étaient pas. En apprenant à voir dans quelles circonstances Aziz, le père de Dora et Ibrahim, restait à la maison, j’appris à anticiper les moments où je pouvais aborder les autres pères des enfants rencontrés à Al-Balkhi, notamment juste avant les repas ou quand ils jouaient avec les enfants. Je pus questionner et mieux cerner les différences de genre et d’âge entre Dora et Ibrahim, retrouvées également chez Jawed et Faraj ; à partir de l’exceptionnel des familles rencontrées à Al-Balkhi, je tissais des liens et percevais des parallèles, ou au contraire, des oppositions d’une famille à l’autre. Ma vie en médina⁶⁵ et en famille me donnait la possibilité de mises en relief et de nuances – une occasion de plus d’apprendre et de comprendre l’environnement de travail – avec un stress atténué puisque dans cette famille, ma recherche n’était pas en jeu. Ma vie dans une famille marocaine en médina fut

⁶⁴ Lors de mon dernier séjour au Maroc, en 2017 (dans le cadre d’un voyage touristique), j’ai revu Dora et Ibrahim (alors respectivement âgés de 11 et 15 ans) ; j’ai aussi revu Mufida, Rezik et leurs familles.

⁶⁵ « La médina désigne la partie ancienne d’une ville par opposition à la ville nouvelle dont les quartiers et le tracé correspondent à une organisation de type européenne. » (M. Joly, 2020)

ainsi la source d'une familiarisation avec les manières d'être et de faire locales (le hammam, faire les courses, l'organisation des tâches ménagères, le recours au châtement corporel, les repas en famille, les sorties en famille, les sorties entre enfants, les achats à l'épicerie, etc.), mais aussi des aspects plus personnels comme mes manières de me vêtir. Je me rappelle Mima, la matriarche de la maison, grand-mère maternelle de Dora et Ibrahim, qui me commenta l'habillement d'autres étudiantes hébergées pour quelques jours dans la famille (elle critiquait entre autres son décolleté qui était jugé trop ouvert) – occasion pour moi de ne pas répéter ces erreurs dans les familles où j'allais être accueillie ensuite. J'avais notamment fait le choix de porter uniquement des jupes longues ou des pantalons larges (afin de ne pas montrer mes jambes) et mes épaules étaient toujours couvertes, ne laissant apparaître que mes avant-bras. Intégrant la remarque de Mima, je fus vigilante vis-à-vis des encolures de mes tee-shirts et chemisiers. Ces apprentissages du quotidien me permirent d'apprendre comment me comporter dans les familles rencontrées à Al-Balkhi et à qui je rendais visite, par exemple comment manger dans un plat collectif, demander la permission pour rentrer dans la cuisine ou encore s'asseoir près des enfants (et non juste à côté des hommes) dans le salon ou lors des repas. Mais au-delà de ces apprentissages dans divers contextes sociaux (toutes les familles ne vivant pas dans les mêmes conditions), chaque moment partagé dans ma famille d'accueil m'offrait la possibilité de penser le vécu du « terrain » en référence à ma place dans une famille au sein de laquelle je n'étais pas anthropologue. Je pus ainsi percevoir que des relations teintées de confiance et de confidences se développaient également dans les familles rencontrées à Al-Balkhi. Je pense par exemple aux secrets de famille partagés (l'abus sexuel d'une enfant, la violence subie d'un mari, les trahisons d'une amie). Tradition anthropologique par excellence, cette immersion et les apprentissages qui y sont liés signalent que le terrain, entendu comme source d'un savoir anthropologique, ne se restreint pas au lieu de l'enquête et au contact des « enquêtés ». Si une partie des données est le résultat de ces rencontres orchestrées consciemment, il existe toute une autre sorte de connaissances « informelles et latentes » qui « n'en jouent pas moins un rôle, qui est de l'ordre de l'imprégnation » (Olivier de Sardan, 2001). Le terrain est donc partout – dans la rue, dans les espaces publics, dans tout ce qui nous entoure – et il ne peut se réduire, dans la mesure où j'ai fait le choix de m'intéresser aux relations familiales dans les espaces en dehors de l'hôpital, à un cadre de type laboratoire.

1.1.2.2 Les aller-retour sur le terrain

Le mois de février 2014, avec mon premier séjour linguistique, fut autrement décisif pour mon travail doctoral. Mon projet de thèse ayant été validé par la commission de la recherche de l'université, je profitai de ce séjour pour reprendre contact avec le Professeur Harrouni. Contrairement à notre première rencontre durant laquelle j'avais senti que ma demande était fondée sur un projet qu'il ne considérait pas vraiment solide car pas totalement abouti, je pensais désormais avoir les cartes en main pour le convaincre de m'aider à organiser « mon entrée sur le terrain ». Mon intuition fut la bonne. Bien que je fusse une fois encore reçue à son cabinet, laissant en suspens le jugement qu'il pouvait porter sur mon travail, il m'indiqua le type de projet à déposer – à savoir le fond et la forme – et il me donna le nom de la personne à contacter, assorti de l'adresse postale où la trouver. Le planning, cette fois, était bon : il était temps de commencer les démarches en vue de mon retour prévu fin juin pour mener mes premières observations et premiers entretiens à l'hôpital. Commença alors une série d'échanges par mail et de visites au service administratif à même de statuer sur ma demande. Si la procédure paraissait simple initialement, la réalisation fut toute autre car il faut mentionner un fait d'importance : le Professeur Harrouni m'avait expressément demandé de ne pas mentionner son aide ou notre rencontre. Ce que je voyais comme un levier d'action pour justifier ma présence auprès des personnes du service administratif traitant mon dossier ne devait pas être révélé. J'étais donc seule de nouveau face à cette administration qui ne semblait pas bien comprendre comment j'étais arrivée à eux et il se confirmait surtout, comme partout ailleurs, l'existence de chaînes de pouvoir dans lesquelles j'allais apprendre à naviguer au fur et à mesure de mes mois de terrain. En attendant, le Professeur Harrouni me donna des recommandations pour que ma recherche soit validée pour le mois de juillet de cette même année. Des mails furent échangés avec la direction de l'hôpital : dossier, document, CV, attestation d'immatriculation, assurance... Chaque mois arrivait un mail avec une demande ou une confirmation que le processus suivait son cours.

Juillet 2014 (28 juin, 28 juillet) : j'apprenais à nager entre les diverses propositions et suggestions faites par mes nouveaux proches, ceux qui peuplaient mon quotidien du petit-déjeuner au coucher, et je me sentais obligée de leur faire confiance. La famille qui m'hébergeait suivait mes pérégrinations, me demandant chaque soir comment s'était

déroulée la journée, comment se passait le travail. Ces quinze jours furent faits d'aller-retour et de dépôts, comme si ce que j'avais fait auparavant n'avait finalement pas compté. Je m'exécutai, rencontrai les personnes indiquées, avec ou sans rendez-vous... De nouveau, comme en août 2013, je tentai toutes les options, toutes les combinaisons possibles en faisant du porte-à-porte, mais cette fois dans l'enceinte de l'hôpital et téléguidée par les personnes de l'administration rencontrées. Les distances entre la direction où je déposais certains papiers, l'hôpital où je devais en soumettre d'autres, et mon lieu de vie étaient conséquentes, chaque trajet me donnait l'impression de perdre mon temps – sentiment d'autant plus frustrant que j'avais l'impression d'avoir organisé et respecté des délais suffisamment longs pour éviter ce type d'attente. Avec le recul, je perçois que cette perte de temps fut nécessaire afin de saisir le décalage entre le discours des personnes au regard des démarches à accomplir et les immanquables péripéties menant vers des situations toujours plus complexes – parcours à l'image de celui de certains parents et enfants pour accéder aux soins. J'avais prévu en février 2014 de débiter mes observations en juin de la même année, initiant les démarches dès ma présence lors de mon séjour linguistique. De fait, chaque étape ajoutée m'épuisait et me décourageait un peu. Je me consolais en me disant que j'étais présente pour plusieurs semaines. Je tentais aussi de considérer chaque déplacement dans l'espace public comme une opportunité d'apprendre quelque chose sur le fonctionnement de ce pays qui m'était encore très étranger. Je traquais tout particulièrement les enfants, leurs manières de marcher, de jouer, de parler, de rester calmes, de crier, de me regarder... Et puis j'ouvrais mes oreilles pour tâcher de saisir des mots, et peut-être même des phrases échangées entre mes voisins de tramway. Pourtant, en dépit de ce que j'essayais d'ores et déjà d'appréhender comme du terrain, j'avais cette fois l'impression que le champ des possibles et des ressources s'amenuisait, compliquant, voire flirtant dangereusement avec une potentielle annulation de ma recherche. Les interlocuteurs rencontrés en 2013 étaient absents et j'étais seule face à cette machine administrative qu'il ne semble pas exagéré de qualifier de kafkaïenne, tant les demandes de précisions ne semblaient absolument pas liées les unes aux autres. Avec le recul, j'apprécie encore davantage ces premiers contacts faciles et fructueux que j'avais eus avec le Professeur Harrouni mais dans ce dédale où parfois il m'aurait semblé utile de mentionner que je le connaissais, cela n'était pas possible⁶⁶. Je ne pouvais pas dire qu'il

⁶⁶ Je n'ai jamais pu comprendre ou identifier les raisons d'une telle position consistant à vouloir taire l'aide qu'il m'avait apportée.

m'avait aidée. Dounia avait disparu, elle ne répondit plus à un seul de mes appels ou courriels. La psychologue ne fut pas recontactée, son travail restant assez loin de ce qui m'intéressait, à savoir un travail avec les enfants (alors qu'elle recevait davantage des familles ou des adultes).

Début juillet 2014, j'avais donc obtenu toutes les autorisations nécessaires pour mener mon travail de recherche à Al-Balkhi. Une convention de stage avait été signée afin que je puisse avoir un statut officiel au sein du service. Après un passage par la direction administrative du centre hospitalier universitaire à laquelle j'avais dû soumettre à nouveau en version papier le protocole de recherche et la preuve de mon affiliation à une université, ma recherche avait été autorisée sans grande difficulté.

Entre l'excitation relative à mon entrée dans le vif de mon terrain et la nervosité, certainement apparente, de conduire mes premiers entretiens, je bénéficiais d'une assez grande indépendance, caractérisée par l'autorisation qui m'avait été donnée par le chef de service d'approcher toutes les professionnelles rencontrées et de convenir directement avec elles de ma participation à leur consultation. À ce stade, je travaillais seule, c'est-à-dire sans interprète. Je préférais me focaliser sur les observations, ce qui me donnait l'occasion de me concentrer davantage sur les corps plutôt que les mots. Les médecins – toutes parlaient français - en fin de consultations me donnaient un compte rendu de ce qui s'était dit avec les familles. À ce stade, je favorisais l'observation des professionnelles et le fonctionnement du service plutôt que des enfants et des familles. Je passais ma journée à l'hôpital, arrivant vers 8 h 30 et repartant vers 15 h 00 lorsque le service fermait ses portes. S'agissant de mon intégration, c'est en tant que stagiaire que j'étais entrée. Comme l'a remarqué Sarra Mougel (2007) à propos de sa présence sur le terrain, je m'étais « moulée » dans le statut disponible – même si je constaterai que ce statut était en fait une coquille vide dont j'allais devoir inventer au fur et à mesure des mois de présence le contenu. Un statut de stagiaire avait certes été contractualisé, mais rien dans mon apparence ne le signifiait : je n'avais ni blouse ni badge. Si le badge est absent de la vie de ce service, la blouse, elle, se portait au bon vouloir de chacun. Puisqu'aucune politique ne régula le port de ce vêtement, j'avais pu suivre ma propre politique et ne pas en porter, me permettant de me distinguer, malgré tout, de la symbolique associée à cet objet. Certaines professionnelles la portaient un jour et l'autre non – j'avais d'ailleurs pu constater que chez l'une des orthophonistes, la blouse lui

servait à couvrir sa tenue civile (bras ou épaules découverts, décolleté assez bas) qui dénotait par rapport aux normes vestimentaires respectées au sein de l'hôpital⁶⁷. Je n'associais donc pas la blouse à un « outil de travail » qui m'aurait permis de circuler dans les espaces fermés aux-non-professionnelles mais plutôt comme un outil soit pratique (comme l'orthophoniste) soit de distinction, pour confirmer qu'elles sont les travailleuses dotées des compétences attendues par les familles. Qu'elle que soit la raison, il s'agissait, comme décrit par Erving Goffman, d'un « élément de façade » pour fabriquer les illusions et impressions du monde médical (Erving Goffman & Kihm, 1973). Pour ma part, je fabriquais mes illusions et impressions avec mon carnet de terrain, très souvent tenu en main, tout particulièrement au moment d'entrer dans les bureaux dont je négociais l'accès avec chaque professionnelle – tout du moins au début puisqu'au fur et à mesure, je n'avais plus besoin de demander, chacune savait qu'avec tel ou tel patient, j'étais présente⁶⁸, je tenais un carnet de terrain dans lequel je prenais des notes, et je discutais avec les médecins et autres soignantes. Le service n'étant pas très grand (moins d'une vingtaine de personnes, des variations étant observées selon les résidents présents), j'étais la seule étrangère et il n'y avait pas de stagiaire, tout le monde sut très vite que j'étais présente.

Il me fallait garder les liens et soigner mes relations d'une part pour progresser dans la teneur des échanges, et d'autre part pour être certaine que les démarches administratives accomplies pourraient « suffire » pour mon retour l'année suivante. La demande de rapport de stage (en annexe) – exercice de restitution formelle inhérent à ma position de stagiaire – semblait constituer un signe dans ce sens et permit de montrer mon engagement. Comme convenu avec le chef de service en début de séjour, je lui avais envoyé en décembre de la même année (2014) – ainsi qu'au directeur de l'hôpital que je ne connaissais alors que de nom – un rapport de stage d'une dizaine de pages dans lequel je résumais les activités menées. Je n'ai jamais eu de retour sur ce document mais j'estimais qu'en répondant à *leur* requête, d'une part, je témoignais de mon respect des règles et procédures imposées par l'administration de l'hôpital, et d'autre part, je rendais "les négociations moins

⁶⁷ Au travers de mes propres ajustements vestimentaires lors de mes séjours au Maroc, je reviens plus en détails sur cette question de la tenue selon les normes locales dans la suite de ce chapitre.

⁶⁸ Je ne reçus qu'un seul refus, une seule fois, de la part d'un médecin. Elle était présente de manière exceptionnelle, elle ne me connaissait pas et n'était pas informée de ma recherche. Cela aurait été une situation nouvelle, pour elle et pour le patient qu'elle s'apprêtait à recevoir pour la première fois ; elle avait donc opté pour rester en tête-à-tête avec son patient.

unilatérales », offrant une sorte de restitution en « contrepartie de leur accueil ». (Derbez, 2010)

1.1.3 Troisième temps : ce qui est resté méconnu et en suspens

1.1.3.1 Des imprévus de plus en plus prévisibles

En janvier 2015, comme convenu avec mon directeur de thèse, les professionnelles de l'hôpital et ma famille marocaine, je suis retournée au Maroc pour six mois complets grâce à une décharge d'enseignement, pour me concentrer uniquement sur la collecte de données. J'abordais ce troisième temps de terrain avec une certaine sérénité car je connaissais mes interlocuteurs à l'hôpital. Peut-être que certains auraient changé, mais il était peu probable que l'entièreté de l'équipe soit différente. Ma famille marocaine m'attendait : j'allais de nouveau vivre avec elle, en profitant cette fois du petit studio situé au dernier étage du Riad. Je serais donc avec la famille, continuant de vivre au rythme des repas et des temps libres des enfants, mais tout en ayant accès à un endroit un peu plus calme que le reste de la maisonnée, avec idéalement du temps pour moi afin de travailler sur les entretiens (annexe 3, exemple de retranscription d'entretien avec le Prof. Alaoui) et la mise au propre des notes quotidiennes de mon carnet de terrain (annexe 4, extrait de carnet de terrain, des notes de consultation et des dessins réalisés avec un enfant). Je poursuivrais les observations, mais cette fois je me concentrerais davantage sur le suivi systématique d'enfants et d'adolescents et de leur famille⁶⁹. Durant cette période, il y aurait donc des entretiens à réaliser. Même si je prévoyais de poursuivre l'apprentissage du darija, je souhaitais également être accompagnée par un/une interprète pour les entretiens semi-directifs prévus avec les parents, et peut-être avec les enfants – je n'avais pas encore décidé de la configuration des entretiens avec ces derniers. J'avais imaginé pouvoir identifier un interprète via l'école de langues dans laquelle j'allais pour mes cours. Mon plan de travail semblait réalisable et relativement simple, d'autant que je disposais de six mois pour l'effectuer.

Pourtant, cette apparente facilité fut bientôt remise en question, au point de mettre à mal la réalisation de ce terrain. De retour à l'administration pour faire une nouvelle convention

⁶⁹ Les explications quant aux choix de ces familles sont détaillées dans la partie « des choix à l'épreuve du terrain » dans la suite de ce chapitre.

de stage, la personne du secrétariat m'oriente non pas vers le centre administratif du CHU, mais vers celui de l'hôpital psychiatrique. L'emprunt de cet autre chemin m'amène face à une autre personne qui, à ma grande surprise, me demande si j'ai bien reçu pour ma recherche l'autorisation du Comité d'Éthique de la Recherche Biomédicale (CERB⁷⁰) – un comité dont je n'avais jamais entendu parler. Personne (que ce soit le professeur, l'étudiante, la direction de l'administration, le chef du service enfants et adolescents ou encore l'infirmière-chef) ne m'avait jamais mentionné l'existence de cette commission et la nécessité que mon projet soit validé et ma recherche autorisée par ce comité⁷¹. Les chaînes de la domination resserraient de nouveau leur emprise sur moi. Une série de questions traversa mon esprit, telles que : quelles seraient les conséquences pour le matériel déjà collecté en 2014 ? Me serait-il possible de l'utiliser ? S'agissait-il d'une procédure « normale » ou devais-je y voir une quelconque volonté de bloquer *ma* recherche ?

Claire Beaudevin, qui a mené sa recherche doctorale sur les hémoglobinopathies héréditaires au Sultanat d'Oman, décrit les tensions qui ont entouré sa recherche indique :

« Ce que je presentais depuis quelques jours advient : mon autorisation de recherche fournie des mois auparavant par le ministère de la Santé omanais, la première pour un travail qualitatif, n'est subitement plus aussi solide. Près de quatre années de recherches dans le pays se sont écoulées, dont deux et demi consacrées à la santé, et maintenant, les choses se compliquent. On m'annonce que mon projet va être soumis à un comité d'éthique, le Research and Ethical Review Committee (RERC). Personne n'a jamais évoqué l'existence de ce comité devant moi. Je me dois de remplir un formulaire ad hoc d'une trentaine de pages que me donne un employé du ministère. Nous le survolons ensemble, et je constate immédiatement que ce document ne s'adresse pas à un chercheur en sciences sociales. J'essaie d'expliquer à mon interlocuteur que de nombreuses questions sont propres aux sciences de la vie expérimentale et que je ne pourrai y répondre. » (2008, p.2)

Je suis frappée par les résonances entre nos deux situations, même si quelques points de divergences apparaissent. À l'inverse de Claire Beaudevin, je n'avais pas *pressenti* la survenue de ce troisième épisode. Mais paradoxalement, il est vrai que j'étais également surprise de n'avoir pas eu à rédiger de document *ad hoc* en vue de recherche biomédicale. Avec cette nouvelle du mois de mars 2015, je rejoignis le club des chercheurs en sciences sociales-caméléon, jonglant avec « les évidences disciplinaires » et « leurs ordres moraux »

⁷⁰ Une partie des documents transmis au CERB est consultable en annexe 2

⁷¹ Considérant qu'aucun site internet n'indiquait les marches à suivre pour effectuer une recherche au sein de cet hôpital ou de tout CHU marocain.

(Lederman in Beaudevin, 2008, p.6). J'abordais cet exercice comme un travail de façade, lequel consistait à remplir le document fourni par le CERB et de le faire correspondre aux critères de la recherche telle que pensée par l'éthique (médicale) défendue par ledit comité. Près de dix ans se sont écoulés entre les péripéties relatées par Claire Beaudevin et les miennes. Mon absence de surprise et ma joie (finalement contrariée) d'échapper à la bureaucratie d'une éthique protocolaire étaient certainement liées au fait que l'idéal socio-anthropologique de l'éthique reposant sur « l'intégrité morale et la rigueur scientifique » (Fassin in Beaudevin, 2008, p. 4) des chercheurs ne sont plus des garanties suffisantes au respect de l'éthique biomédicale pour enquêter auprès des patients des institutions hospitalières, y compris pour des rencontres à l'extérieur de celles-ci. Projet de recherche, lettre du directeur, CV : tout cela faisait partie du dossier à déposer. Je dus également fournir le CV de l'étudiante en psychologie qui m'accompagnerait pour les traductions. Il semblerait que les dossiers enflent au fur et à mesure des années.

Je fais le même constat que celui de Claire Beaudevin en 2005 : les chercheurs de ma génération sont désormais habitués à ces procédures, il leur apparaît comme une évidence de devoir « ajuster [leur] demande au terrain vers lequel je me tournais » (*Ibid.*). Ce qui autrefois pouvait jouer le rôle d'une ou de « la clé » est désormais un passage obligé, attestant de la contamination des exigences médicales (Beaudevin, 2008). Du fait de cette tendance accrue ces dix dernières années, je savais qu'il y avait un possible glissement entre comité d'éthique et comité scientifique qui peut conduire, le premier, à une remise en cause des méthodes scientifiques (des sciences sociales) du deuxième, dévalorisant ainsi l'intérêt de la recherche. Mon passage devant le CERB termina de me convaincre de l'absence de connaissances sur l'éthique non biomédicale, notamment lorsque je dus défendre l'idée de donner des appareils photo⁷² aux enfants comme outil de recherche et que les membres rétorquèrent qu'« un enfant n'est pas responsable » et qu'il serait inconvenant « de le laisser se promener dans la rue, de prendre des photos de n'importe qui ou n'importe quoi. » Ma référence au cadre théorique et éthique de l'anthropologie ne suffit pas : parmi les amendements, je dus supprimer l'utilisation des appareils photo. Deux autres chercheuses étaient passées avant moi dans cet hôpital, mais je ne pus savoir ni par elles ni par l'administration si elles avaient eu à réaliser un travail similaire. Avant de rencontrer ce comité, je m'étais dit que ce serait l'occasion d'avoir une discussion de fond avec les

⁷² Je détaille dans ce chapitre 2 les enjeux de l'utilisation d'appareils photo avec les enfants dans la recherche.

autorités locales qui défendent le droit des patients : c'est ainsi que m'avait été introduite cette commission. Ce ne fut donc pas le cas, ce comité fonctionnant en référence au modèle d'éthique tel que conçu par la biomédecine, aucune place n'était faite pour un autre « habitus scientifique » (Derbez, 2010, p. 114).

Ce passage par le CERB ne fut pas ma dernière négociation ; je dus également rencontrer le directeur de l'hôpital auprès de qui aux enjeux disciplinaires se sont ajoutés ceux de rapports de pouvoir genrés.

1.1.3.2 *Prise dans des chaînes...*

Assortie au protocole que je devais désormais soumettre, il fallait une autorisation du directeur de l'hôpital que lui seul pouvait délivrer. Je me retrouvais dans la situation de Muriel Darmon dont l'entrée sur le terrain dépendait « d'une autorité compétente » à même d'en délivrer l'autorisation. Une autorisation qui, précise-t-elle, « met en jeu la hiérarchie institutionnelle » (Darmon, 2005, p.98). Sur ce point, je note effectivement que l'autorisation donnée par le chef de service ne suffisait plus non plus. À ce propos, l'auteure ajoute un peu plus loin : « Si ces négociations sont avant tout une condition de réalisation de l'enquête et un préalable nécessaire, elles peuvent aussi être construites comme un objet de plein droit de la recherche et devenir ainsi un véritable matériau d'analyse du terrain lui-même (...). » (*Ibid.*, p.99) De fait, la présentation de ces détails de l'entrée constitue, nous dit Muriel Darmon, « un véritable matériau d'analyse du terrain lui-même » (*Ibid.*, p.99). Par exemple, il peut servir à révéler « les lignes d'autorité » comme sur mon terrain où l'autorisation donnée par le chef de service en 2014 n'apparaissait finalement plus ou pas valide pour le directeur de l'hôpital. C'était désormais de lui, en 2015, que je devais obtenir le sésame. Personnage charismatique à l'échelle nationale et internationale, le directeur de l'hôpital use de sa renommée pour changer le regard des Marocains sur la psychiatrie ; soucieux d'incarner le renouveau à l'hôpital alors que des scandales sur les conditions des malades ne sont pas rares, il était vital qu'il sache ce que je faisais dans son hôpital.

Sur le terrain, ces aléas eurent peu d'impact, si ce n'est que les portes du bureau du chef de service restèrent fermées⁷³ – peut-être en réaction à l'autorité de directeur, je n'ai jamais

⁷³ En dehors des deux entretiens accordés, je n'ai jamais pu assister aux consultations qu'il menait.

su. Peut-être fus-je prise dans une querelle politico-institutionnelle ? Il est certain néanmoins qu'une fois l'accord donné par le directeur, je pu poursuivre ma recherche - même si j'ai l'impression que le temps passé au côté des professionnelles pèse davantage dans les accès aux discussions et aux espaces que cette autorisation. Ce constat est d'autant plus manifeste que, du fait de l'entrée en trois temps et l'obtention de cette dernière autorisation en avril 2015, j'avais d'ores et déjà tissé des liens avec les professionnelles. Je perçus ainsi que nos échanges fluctuaient, se transformaient au gré de nos relations quotidiennes et non en fonction de l'autorisation hiérarchique.

Concernant l'analyse des autorisations toujours, si j'ai dû demander l'autorisation, aux professionnelles, d'assister aux consultations et séances, les patients n'ont pas eu leur mot à dire. Certaines professionnelles, au début, me présentaient, d'autres oubliant, m'obligeant, parfois, à les interrompre pour qu'ils expliquent aux familles qui j'étais et pourquoi j'étais là (notamment en 2014 lorsque je ne pouvais le faire moi-même du fait de ma non-maîtrise du Darija)⁷⁴. Sur ce point, mes conclusions sont semblables à celles de Muriel Darmon : « Dès lors, si tout le discours des patients à l'hôpital n'appartient pas aux médecins, ces derniers possèdent suffisamment de pouvoir sur la situation d'entretien clinique pour donner un accord qui vaut pour celui des patients. » (*Ibid.*), à la différence que l'autorité incarnée par les médecins était également visible chez le personnel paramédical dont l'accord valait pour les patients aussi.

1.1.3.3 ...De la domination

À la suite de ma rencontre avec le CERB, et après plusieurs heures d'attente dans les couloirs de la direction, je parvins à rencontrer le directeur de l'hôpital. Dans une grande pièce, derrière un bureau massif où s'entassaient divers documents, il me regarda à peine et sembla plus absorbé par ses affaires que par les miennes, à savoir la présentation de ma recherche telle qu'il l'avait demandée. Il formula des questions de détails : mon université, ma discipline, mes méthodes. Quelques silences finirent par me mettre mal à l'aise, alors que je tentais de les combler en ajoutant des informations pour étoffer mon dossier. Cela ne

⁷⁴ Mon attention permanente à respecter la volonté des enfants et des adolescents à participer à ma recherche est ce qui me poussait à agir de la sorte. Je souhaitais en ouvrant la discussion sur ma présence éventuellement entendre et voir leur réaction et ajuster selon leur partage.

semblait pas susciter son intérêt, et paraissait même attiser son scepticisme quant à la possible portée de ma recherche alors qu'il me demanda quel intérêt il avait à me laisser la conduire. Je négociai tant ma possibilité d'entrer sur le terrain que le degré de liberté qui me serait donné (avoir accès à un maximum d'espaces), deux aspects constitutifs de la recherche que je pourrais mener (Derbez, 2010). Je ne sais pas comment interpréter son comportement presque caricatural : j'avais l'impression de participer à un jeu dans lequel chaque personnage disait un peu machinalement ce qu'il avait à dire, et pourtant rien n'était joué, il pouvait vraiment décider que je n'avais rien à faire dans son hôpital. Avais-je sous-estimé son pouvoir sur la situation ? Autre chose m'habitait lors de cette rencontre – un historique expliquant cet état de semi-confiance dans lequel j'étais. Connaissant ce professeur avant mon choix de mener cette recherche, je me réjouissais de le rencontrer car son travail en psychiatrie s'inscrivait dans la même lignée des combats politiques auxquels j'avais pris part professionnellement avant ma thèse⁷⁵ et j'étais ainsi impressionnée à l'idée de ce face-à-face avec un personnage qui, à mes yeux, représentait un pilier d'une culture médicale favorable à la défense des patients. Il me semblait que nos philosophies de travail avaient un terrain commun : « donner une voix » à ceux qui n'en avaient pas. Je m'étais imaginé que ce défenseur « des patients stigmatisés » prônerait une approche humaniste dans laquelle l'anthropologie aurait une place. Mais peu de temps après cette rencontre, je me rendis à l'évidence : sa réaction confortait le fait que la dynamique observée dans le service de pédopsychiatrie, c'est-à-dire la médicalisation du social⁷⁶, était probablement endossée et/ou impulsée par la direction.

Et puis la réponse tomba : non, ça ne va pas être possible. Malaise. Abasourdie, affolée par cette nouvelle, je lui dis que « ce n'est pas possible d'arrêter tout maintenant ». Je lui expliquai que je travaillais depuis deux ans sur ce projet de recherche. Je répétais que la commission de la recherche de mon université avait validé ce projet. J'ajoutai que j'avais déjà commencé à analyser certaines de mes données, que j'avais un temps limité pour réaliser mon travail de thèse et qu'un tel revirement à cet instant serait catastrophique pour

⁷⁵ Avant de commencer mon travail de thèse, j'ai travaillé dans une organisation non gouvernementale en faveur de la lutte contre le Sida/VIH. Mon travail, au sein du département *advocacy*, consistait à participer aux activités de plaidoirie pour favoriser l'accès aux traitements et les droits des groupes dits à risques, notamment les usager.e.s de drogues, les travailleur.euse.s du sexe et la communauté LGBT. Ce professeur était connu, dans la communauté des acteurs et actrices de la lutte contre le VIH/Sida, pour ses engagements en matière de politiques de réduction des risques.

⁷⁶ Voir l'introduction

mon travail. Et puis je pensais à ce que mon directeur et mes collègues pourraient penser : n'avais-je donc pas été suffisamment sérieuse au point que finalement tout s'arrête maintenant ? Le bricolage que j'avais le sentiment d'avoir réalisé depuis le début de cette entrée sur le terrain était-il si bancal ? Aurais-je dû être plus formelle ? Pourtant Jean-Pierre Olivier de Sardan lui-même parle de notre métier, notamment des premiers terrains, comme un « bricolage ». J'avais pourtant eu un contrat de stagiaire l'année passée, cela ne comptait-il pas ? La colère et une sorte de sentiment d'injustice furent ce qui m'envahit spontanément. A posteriori, ces sentiments, je pense, sont liés à ce que Muriel Darmon explique au sujet de la domination des disciplines et des chaînes de la domination. Comment une personne pourrait-elle décider de la non-validité de ma recherche ? Dans ce contexte, une personne « directeur d'hôpital » le peut, mais sur le moment, les lectures académiques s'évanouirent au profit d'une réaction plus personnelle. S'entendre dire non avec un doute sur mes capacités à faire mon travail me toucha directement, mais je pressentais que cette réaction n'était pas du tout adéquate et ne jouerait pas en ma faveur. Pour le dire abruptement, je ne pouvais pas fanfaronner, j'avais l'impression d'avoir les poings liés. Dans une situation de dominant/dominée, se rebeller peut-être une très mauvaise stratégie. Cette situation de domination, au-delà de la dynamique professionnelle médecine versus anthropologie, était également en jeu dans les propriétés sociales. Muriel Darmon le résume très bien :

« On peut donc analyser cette interaction comme une situation de domination sociale, en mettant en rapport les propriétés sociales de l'enquêté (un homme, âgé – l'âge étant dans ce contexte signe de statut et d'une position au faite de la légitimité dans le cycle professionnel – médecin et professeur de psychiatrie) et celles de l'enquêtrice, une jeune femme, une étudiante dont les seules réactions sont défensives ». (Darmon, 2005, p.104)

J'étais une femme, jeune, dans une position de novice (début de thèse), apprentie anthropologue (dans un contexte postcolonial) : les sanglots constituèrent ma ligne défensive. J'optai pour une autre forme de communication émotionnelle, une qui par expérience dans d'autres contextes peut fonctionner : les larmes. La dominée que je suis rappelle que je sais que je suis dominée. Comme tout professionnel investi dans des relations humaines, le travail de mes sentiments est un outil de travail (Hochschild, 1983a). Aujourd'hui, je pense que je n'opterais plus pour cette position, car ce mode d'entrée, comme tout mode d'entrée, entraîne avec lui une série d'effets et je ne suis pas particulièrement fière d'avoir agi ainsi. Mais ce fonctionnement a porté ses fruits : après quelques minutes de silence, réfléchissant (ou faisant mine de), feuilletant mon dossier et

relisant son contenu, il finit par me donner son aval. J'avais montré que je pouvais me plier à sa démonstration de pouvoir et jouer le jeu. Je savais qui il était. Je sortis de son bureau avec l'assurance que je pouvais mener (ou disons poursuivre) ma recherche – bien que le statut du matériel collecté avant son autorisation et celle du CERB n'ait jamais vraiment été clarifié. Je devais toutefois lui envoyer un résumé de tout ce que j'avais entrepris comme démarche jusqu'alors. Je ne reçus aucune réponse et je ne revis plus jamais le directeur de l'hôpital – bien qu'ayant tenté au moment de mon départ, de le saluer.

1.1.3.4 « Je veux que tu mettes le nom de mon fils » ou les enjeux de l'anonymat

Lors de mon entrée sur le terrain, j'avais annoncé à mes interlocuteurs que l'anonymat serait de mise. Cela avait été un choix anthropologique afin de favoriser l'émergence de propos intimes alors que la thématique de la maladie mentale peut être stigmatisée, mais cela avait été de plus requis par les deux commissions auprès desquelles j'avais dû soumettre ma recherche. Dans un article intitulé « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman (2008) reviennent sur les enjeux de la confidentialité et de l'anonymat qu'ils considèrent comme les deux faces d'un même problème. En prise avec certaines des difficultés qu'ils passent en revue, il semble important, afin de comprendre comment quelques-uns des aspects de ce travail d'écriture ont été traités, de les clarifier.

Avant toute chose, en lien avec les engagements pris auprès des commissions administrative et d'éthique, je ne peux pas divulguer le nom de l'hôpital – ce qui s'avère être un exercice quelque peu périlleux, car le nombre de structures similaires à celle où j'ai conduit ma recherche est limité sur le territoire national. Cette situation fait que je n'énonce pas le nom de la ville, ni même la région d'étude. Toutefois, comme le reste de la procédure d'anonymisation, j'ai souhaité garder la valeur symbolique attachée à cette institution en choisissant un nom qui puisse relater le statut prestigieux de cet hôpital. Le service où j'ai effectué mon travail est dans un centre hospitalier universitaire, et à ce titre, il porte le nom d'un scientifique de renommée dans le monde arabe. Je l'ai donc appelé Al-Balkhi en

hommage à l'un des premiers médecins à avoir pratiqué la médecine des humeurs au Moyen-Orient⁷⁷.

Si je retrouve dans ce type d'ethnographie une démarche similaire à ce que j'ai fait sur le terrain, je constate que des problèmes équivalents surgissent, à savoir que « les risques de reconnaissance d'une personne enquêtée sont alors particulièrement forts » (*Ibid.*, p.128). Ce qui, comme largement discuté par les deux auteurs, constitue un problème conséquent d'anonymisation qui ne peut être réglé à coup de simples changements de noms. Les détails étant multiples, il est aisé d'identifier les personnes, surtout dans la mesure où les enfants et les familles présentés ont été choisis pour figurer dans ce texte du fait de la particularité de leur histoire de vie. L'enjeu n'étant pas la représentativité et la construction d'un échantillon représentatif, mais la singularité comme révélateur de situations réelles (*Ibid.*, p.128-129), la suppression de certains détails pour conserver l'anonymat n'est en soi pas un problème.

En lien avec cette approche ethnographique surgit la problématique de la confidentialité des enquêtés du fait des relations d'interconnaissances entre les personnes participantes à la même recherche. Vis-à-vis de ce problème, je classerai mes interlocuteurs en deux catégories : d'un côté les familles et de l'autre les professionnelles, chacune m'ayant posé des soucis éthiques distincts lors de restitutions, à travers l'écriture de ce texte en particulier. La constitution de ces deux groupes est liée au mode d'engagement dans la démarche ethnographique, point qui fait en effet varier les raisons de participation à l'enquête, ce qui en retour conditionne « le rapport de force enquêteur/enquêtés » et exige un niveau de protection de l'anonymat différencié (*Ibid.*, p.130). Du côté des familles, la manière d'inclure les enfants et les parents dans la recherche a garanti que chacun puisse choisir, plus ou moins librement, de faire partie de l'enquête, avec un intérêt manifeste pour la démarche. Ils y ont vu la possibilité d'être écoutés, de faire part de leur parcours, ou encore de donner à leur enfant un espace et une personne supplémentaire qui pourrait peut-être les aider à aller mieux. En revanche, du fait des entretiens menés dans une même famille avec des membres différents en des endroits isolés, encourageant le ton de la confiance, j'ai pu être amenée à entendre des sortes de confessions, mais aussi des secrets de familles que je ne devais pas partager. J'ai pu cependant observer que sur le long terme, entre le travail en thérapie auprès

⁷⁷ Ce principe d'anonymat de l'hôpital pourrait être rompu, car des discussions ont eu lieu avec le chef de service et le directeur pour produire un article autour de mon travail à l'hôpital. À ce stade, la rupture de l'anonymat semble aller à l'encontre des engagements pris et rien n'est encore décidé. Je pense que cette décision devra être prise avec les professionnels à la suite de la restitution physique que je prévois de faire dans la foulée de ma soutenance publique.

des médecins et le travail de récit à mes côtés, les secrets se partageaient et les confidences trouvaient un autre écho. Comme indiqué par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, dans ce type de situations, les questions d'anonymat et de confidentialité relèvent davantage d'une éthique dite située que de principes d'éthique médicale qui ne sont pas prévus pour gérer ces troubles dans lesquels la chercheuse peut être prise. « Je veux que tu mettes le nom de mon fils » est notamment le type de demande qui exigea de moi que j'examine avec soin ces enjeux de dévoilement d'identité, mais j'ai anonymisé le nom de ce garçon malgré le souhait de sa mère, car je n'ai pas eu l'assurance que Rezik (10 ans) suivait le même raisonnement que sa mère. Par ailleurs, dans ce cas, le père et la sœur auraient également été engagés par cette requête de la mère. Le mode d'engagement de la mère dans cette recherche, oscillant entre témoignage personnel et engagement politique pour la reconnaissance des enfants comme son fils, lui semblait pouvoir justifier cette absence d'anonymat. En ce sens, je fais l'hypothèse que sa demande pouvait chercher à contrer ce qu'Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman ont appelé « la violence des formes d'anonymisation, qui peut comporter des formes de dépersonnalisation » (*Ibid.*, p.135) et à favoriser ainsi la visibilisation de sa personne ou de son fils.

En revanche, au niveau des professionnelles, même si j'ai demandé à chacune leur accord pour faire des entretiens, je pense que le fait que mon entrée ait été validée par le chef de service et le directeur d'hôpital a pu donner l'impression que les entretiens étaient une obligation, une formalité, une partie du travail. Certains ont même redouté que la confidentialité de leurs propos ne soit pas respectée vis-à-vis d'autres collègues, et dans une moindre mesure vis-à-vis de la direction, puisqu'elles étaient spontanément moins critiques à l'égard de cette dernière ou m'ont demandé de cesser l'enregistrement à certains moments des entretiens. La difficulté de l'anonymat vient de la présence d'une analyse des divers points de vue des professionnelles sur le fonctionnement de l'équipe. Bien que les conflits intérieurs à l'équipe soient rares, il en existait quelques-uns et des distances entre les divers membres de l'équipe étaient notoires. Non centraux à mon travail, qui se focalise avant tout sur les enfants et leurs familles, j'ai dû prendre garde de ne pas trahir les propos de certaines professionnelles lors de l'analyse du fonctionnement de l'hôpital. De plus, si mon entente avec l'équipe était amicale, il est à noter qu'avec quelques personnes, j'ai pu avoir des liens

en apparence neutres, mais qui de mon côté suscitaient des formes d'antipathie⁷⁸. L'intégration des propos, quitte à réduire certains des détails pour appréhender l'ensemble du contexte, se faisait, *in fine*, s'ils contribuaient à la compréhension directe d'une situation d'un enfant et de sa famille. Pour reprendre les termes de Nicolas Dodier, « l'utilité scientifique » motivait mes choix (Dodier in Béliard & Eideliman, 2008, p.132). Ainsi, les conflits et enjeux internes au service ont été, dans une certaine mesure, maintenus secrets puisque quelques professionnelles avaient par exemple souhaité que je coupe l'enregistrement à l'énonciation de certains faits de leurs parcours au sein de l'hôpital. Cette volonté de l'enquêté montre, comme indiqué par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, que d'une façon générale, il peut se représenter son rôle dans l'enquête de plusieurs manières, par exemple en apportant « un témoignage, un point de vue, des confidences ou encore des revendications » (*Ibid.*, p131) ; j'ajouterai qu'ils peuvent changer de rôle au cours d'un entretien – ce qui peut compliquer le travail d'anonymisation dont il est question.

1.2. Des choix et des absences de choix

1.2.1 Des orientations théoriques mises à l'épreuve

En s'inscrivant en thèse de doctorat à l'université de Lausanne, la chercheuse en sciences sociales doit, dans les huit mois suivant son inscription, rédiger un projet de thèse qui doit recevoir l'aval de la commission de la recherche de l'université afin que le travail doctoral puisse se poursuivre. À l'image du dossier soumis aux différentes commissions administrative et éthique, le format du document requis n'est pas tout à fait adapté à la démarche inductive typique de l'anthropologie. En effet, les relecteurs de celui-ci attendent des éléments relativement précis, mais déconnectés de la méthode relativement souple qu'est la réflexion inductive ; je pense notamment aux questions de recherche et aux hypothèses de travail qui ne peuvent que de manière provisoire, voire un peu fantasmagorique, être pensées avant le commencement de l'enquête. Ce dossier, qui s'était toutefois avéré être un outil de travail utile pour la jeune doctorante que j'étais, impliqua que des modifications aient lieu

⁷⁸ Je pense notamment aux quelques professionnelles qui tenaient des propos très virulents vis-à-vis de certains parents, de leurs ressources et compétences socio-économiques. Quant à celles plus sèches vis-à-vis des enfants, j'estimais nécessaire de pouvoir être présente en consultation ou en séance afin d'observer la réaction des enfants à ces agissements professionnels.

entre ce que j'avais imaginé d'un terrain que je ne connaissais pas – et dont la littérature sur le sujet était inexistante – et la réalité que j'allais découvrir.

En écrivant ce projet de thèse, j'avais défini que je suivrais de manière systématique dans leurs parcours de soins dix enfants reçus à l'hôpital dans lequel je réalisais mon travail ethnographique. À partir de janvier 2015, mes observations avaient donc pour objectif d'identifier ces familles avec lesquelles je pourrais travailler. Parmi les impératifs que je m'étais fixés⁷⁹ pour intégrer les enfants à la recherche, j'avais défini qu'ils devaient tous avoir des capacités de verbalisation. Au travers de ce critère, je souhaitais que les enfants soient dans la possibilité d'exprimer des sentiments, avis, idées, opinions et structurer plus ou moins clairement des pensées. Consciente du poids des manifestations symptomatologiques dans les relations sociales de pathologies lourdes telles qu'un autisme sévère, j'avais décidé de ne pas inclure les enfants ayant reçu un tel diagnostic. En fait, si les capacités de verbalisation étaient présentes chez tous les enfants, il s'est avéré que ce fut socialement que les mots étaient absents, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas encouragés, notamment les plus jeunes, à verbaliser leur ressenti ou à partager leur avis sur ce qu'ils vivaient à l'hôpital (je reviens plus en détails sur ces aspects dans le chapitre 5).

Les enfants que j'ai suivis étaient tous reçus en ambulatoire, une hospitalisation psychiatrique pour les enfants n'existant pas dans cette ville (dans quelques cas, des hospitalisations en pédiatrie à l'hôpital de l'enfance peuvent avoir lieu, mais ce n'est pas chose courante, dicit mes interlocuteurs). Comme explicité en introduction, j'ai fait le choix de ne pas me concentrer sur une pathologie en particulier, optant pour faire varier les critères sociaux plutôt que médicaux. Ainsi, ce sont, avant tout, mes rencontres avec les enfants et leurs parents, plutôt que le choix de « cibler des pathologies », qui ont orienté l'intégration des enfants à la recherche⁸⁰. Ainsi, en arrivant en janvier 2015 dans le service, j'ai participé aux consultations des médecins et des soignantes puis au fur et à mesure des semaines écoulées j'ai élaboré deux stratégies d'approches : une première reposait sur la systématisation de mes participations aux rendez-vous hebdomadaires des enfants avec les soignantes. Après deux rencontres en consultation avec le même enfant, je m'arrangeais pour être présente d'une semaine à l'autre. La deuxième stratégie était beaucoup plus flexible et

⁷⁹ En lien avec les exigences de la commission de la recherche de l'Unil

⁸⁰ Je détaille au chapitre 4, dans la partie intitulée « Le consentement en pratique », la manière dont j'ai abordé les enfants et leurs familles.

consistait à se laisser approcher par les enfants dans la salle d'attente ou pendant la consultation. J'ai ainsi pu suivre le déroulement des thérapies avec des orthophonistes et/ou des psychomotriciens de seize enfants et la (psycho)thérapie de cinq enfants avec des médecins psychiatres.

Si j'ai pu assister à un grand nombre de consultations menées par les médecins avec des enfants et leur famille – en moyenne deux jours par semaine durant chaque présence sur le terrain, pour un total d'un an –, il m'a été beaucoup plus difficile d'organiser des rencontres avec ces mêmes familles. Une partie des enfants suivis par un médecin psychiatre ne vient en consultation qu'une fois par mois et pour les cas les plus graves (idéations suicidaires notamment), les rendez-vous peuvent être rapprochés en début de suivi, soit toutes les semaines. Pour le reste, les rendez-vous sont très espacés (tous les deux ou trois mois) et les familles sont donc plus difficilement accessibles. Leurs passages à la clinique sont furtifs, beaucoup s'éclipsent très vite à la fin des consultations. Il m'était plus compliqué d'approcher ces familles parce que je n'étais pas, au départ du moins, suffisamment à l'aise avec l'arabe pour les aborder seule. Aussi, je n'étais pas tout à fait ravie à l'idée de suivre ces familles, parce que ces rencontres m'imposaient de passer par un.e interprète et ce n'était pas le travail que je souhaitais réaliser. De plus, du fait du peu de contact que nous avions à l'hôpital, je ne souhaitais pas proposer un entretien, situation qui me semblait alors équivaloir à imposer un entretien à ces enfants et leurs familles. J'ai préféré favoriser le développement de liens de proximité avec mes interlocuteurs, d'autant que je souhaitais me rendre au domicile des familles et que cela semblait devoir requérir une certaine connaissance les uns des autres. En faisant le choix de me focaliser sur les familles plus présentes à l'hôpital, j'ai finalement davantage suivi des enfants reçus par des soignantes que des médecins. Il me semblait que pour observer les manières dont les thérapies se réalisaient au quotidien, il était plus pertinent de suivre les enfants qui venaient chaque semaine plutôt que ceux qui ne venaient qu'une fois par mois.

Concernant les critères d'inclusion, ils portaient sur l'âge, le genre, la scolarisation, le lieu d'habitation des enfants et la catégorie socio-professionnelle (CSP) de leurs parents. Leur variation devait permettre d'établir des comparaisons entre différentes études de cas. Mais, une fois prise dans le fonctionnement du service, les dynamiques relationnelles locales et les logiques de traitements, je dus modifier ou abandonner certains des critères que j'avais imaginés. L'âge des enfants suivis dans le service variait de quelques mois (huit mois pour

le plus jeune) jusqu'à dix-huit ans. J'ai donc décidé de m'adapter à cette conception locale de l'enfant et de suivre des enfants âgés de cinq ans pour la plus jeune jusqu'à dix-sept pour la plus âgée. Une unité de soins psychologiques pour adolescents est également accessible dans cette ville, mais pour des raisons de disponibilité et de choix de centralisation autour de l'hôpital (pour favoriser le suivi des familles), j'ai décidé de ne pas travailler dans cette structure. Concernant le genre, aucune statistique officielle n'existe au niveau du service. J'ai pu de manière personnelle évaluer le rapport garçons/filles, sans que ce soit systématique (je n'ai peut-être pas eu accès à toutes les données et le suivi n'est pas organisé pour une telle démarche). Néanmoins, d'après les estimations des dossiers des professionnelles, une majorité de garçons est suivie dans le service. À l'image des vingt-et-un enfants avec qui j'ai établi des liens de proximité, douze sont des garçons et neuf des filles. En revanche, il est intéressant de noter qu'un nombre supérieur de filles est reçu par les médecins et ne bénéficie pas de traitement avec les orthophonistes et/ou psychomotriciens. Parmi les enfants intégrés à ma recherche, seul un garçon ne voyait pas ces soignantes, contre quatre pour les filles. La question du genre dans la clinique étant traitée spécifiquement, je ne vais pas fournir d'analyse de ces proportions dans cette partie.

S'agissant de la fréquentation de l'école, tous les enfants étaient scolarisés. Toutefois, j'ai voulu donner à voir les deux grandes modalités de scolarisation au Maroc : l'école publique et l'école privée. Les institutions spécialisées sont très rares, les listes d'attente très longues pour pouvoir y rentrer. Aucun des enfants rencontrés n'avait accès à l'une d'elles. La différence entre le public et le privé est surtout saillante en termes d'accueil des élèves (présence des professeurs, qualité des locaux, niveau d'enseignement), le secteur scolaire public étant surchargé et manquant de moyens par rapport au nombre d'élèves en âge d'être scolarisés. Certains parents, quand ils le peuvent, et non sans sacrifices conséquents pour certains d'entre eux, préfèrent inscrire leurs enfants dans le privé. Néanmoins je montrerai que les stratégies de scolarisation, dans le public ou le privé, peuvent varier en fonction des trajectoires de soins des enfants.

Enfin, j'avais initialement prévu d'intégrer les enfants en fonction de leur lieu d'habitation et de la catégorie socio-professionnelle (CSP) de leurs parents. Cependant, ce premier critère n'a pas vraiment été considéré, compte tenu du fait qu'il était logiquement compliqué et qu'il ajoutait une difficulté qui, pour finir, me paraissait quelque peu dérisoire

vis-à-vis de ce que je souhaitais privilégier, à savoir la qualité des relations avec les enfants et leurs parents. Concernant les CSP, il s'est avéré que l'hôpital était majoritairement fréquenté par des familles en situation économique qualifiées par l'État de « démunies » ou « vulnérables ». S'agissant de ces deux points, je n'ai donc pas vraiment eu la possibilité de choisir.

Je vais désormais aborder une autre donnée relative à la production de la recherche sur laquelle je n'ai, a priori, pas d'emprise : mon genre. Mais comme argumenté, il s'avère *in fine* être un aspect moins figé et déterminé qu'il n'y paraît et exercer des influences notables par rapport au processus de recherche.

1.2.2 Mon genre : une donnée non négociable ?

Comme je l'ai évoqué en introduction de ce chapitre, mes identités et les facettes de celles-ci, mes statuts, dépendent, entre autres, de mes interlocuteurs, des moments et des lieux. J'aimerais pour un instant m'arrêter plus particulièrement sur une des données de mon identité de base, à savoir le sexe de la chercheuse et le genre du milieu où la recherche est conduite.

Dans l'un des rares textes actuels en lien avec la production de données au Maroc, Béatrice Lecestre-Rollier réfléchit aux enjeux de sexe et de genre de la chercheuse qu'elle est et de la thématique de recherche, le foncier, dans lequel elle a commencé à travailler dans les années 1980. L'auteure admet qu'à cette époque « la question de la production sexuée du savoir, notamment du biais androcentré dominant dans le recueil et l'analyse des faits, [l]'a à peine effleurée. » (Lecestre-Rollier, 2011, p.138) Elle poursuit :

« Certes, j'étais une femme, jeune, plongée dans une société où la division sexuelle – du travail, des espaces, des rôles – était très nettement marquée. Cela, je ne pouvais pas ne pas le voir, le ressentir, m'y heurter. J'avouerai même que c'est aujourd'hui une des réalités sociales qui me pèse le plus quand je suis au Maroc [...]. Néanmoins, lors de ces premières phases du travail de terrain, j'étais bien trop « perdue » et bien trop préoccupée par mon « intégration » pour me poser ce genre de questions ! » (*Ibid.*, p.139)

Ma position de jeune chercheuse est bien différente, cette problématique ayant désormais trouvé une place dans les textes de méthode. Ce poids dont parle l'auteure, je l'ai ressenti de manière d'autant plus pesante lorsqu'en 2016, je suis retournée au Maroc pour un séjour familial. Comme si, pour de multiples raisons, j'avais non pas occulté, mais intégré ces

paramètres de division comme une forme, une possibilité de survie dans cet espace lors de mon travail de recherche. Malgré ce que rapporte Béatrice Lecestre-Rollier, je m'interroge sur les effets de l'immersion, de la rencontre avec un nouveau milieu, avec différentes règles sociales relatives au genre. « Sur le coup, je ne me suis pas rendu compte de l'importance de ce classement ou de ce statut que l'on me prêtait » (*Ibid.*, p.141). Pour ma part, je suis sensibilisée par les apports de ma discipline d'ancrage et les débats socio-politiques contemporains, mais aussi par mon éducation personnelle, c'est-à-dire élevée quasi exclusivement dans un milieu féminin ce qui a pour effet d'annuler la répartition genrée des tâches domestiques, tout étant fait par le genre féminin. À propos du statut, l'auteure précise qu'elle était jeune mariée, perçue comme la femme de P., elle pointe aussi qu'elle était « montagnarde » : « j'étais beaucoup plus proche d'un statut masculin que féminin, j'étais virilisée en quelque sorte. » (*Ibid.*) Ce statut lui offrait une liberté de mouvement rare pour les femmes dont la mobilité est réduite. Même en ville, les femmes sortent rarement seules, les enfants ou l'un d'entre eux les accompagnent souvent. En cela, marcher dans la rue, selon les endroits, n'était pas courant, même en contexte urbain. Béatrice Lecestre-Rollier, qui porte un regard chronologique sur ses terrains au Maroc, indique que des changements ont eu lieu entre les années 1980 (premiers terrains) et la période récente.

« [...] l'anthropologue peut jouer, pour avoir accès à l'information, non pas tant de son statut masculin ou féminin, que des attributs locaux de la masculinité et de la féminité. [...] Un espace peut être connoté masculin ou féminin indépendamment des hommes ou des femmes qui l'occupent à un moment ou à un autre. » (Lecestre-Rollier, 2011, p.137)

Concernant le genre du milieu/ de l'espace, que je regrouperais sous le terme de « soins aux enfants », il se répartit dans les deux espaces côtoyés : l'hôpital et le foyer. À ce sujet, et plus spécifiquement à propos du lien entre le sexe de la chercheuse et l'entrée sur un terrain d'enfants hospitalisés, Sarra Mougel écrit :

« On peut faire l'hypothèse que le fait que les soins sont traditionnellement attachés à une identité féminine a modelé les modalités de ma participation sur le terrain autour des enfants hospitalisés et mon engagement dans l'amélioration de leur « confort ». (Mougel, 2007)

Autre point : être femme, c'est être capable d'avoir accès aux soins car en tant que femme, nous sommes soit déjà mère soit potentiellement mère en devenir – je ne suis moi-même pas mère et à l'époque de mon terrain je n'étais pas mariée. Et cela, comme développé par Sarra

Mougel dans une communication intitulée « Vous avez des enfants ? », « n'a en effet pas été sans incidence sur les relations nouées avec les différentes catégories de personnes enquêtées et le matériau recueilli en conséquence. » Comme l'auteure, j'ai été « prise dans l'un des modes de classement indigène qui croise une « expertise profane » (celle de parent) et une expertise professionnelle (issue du savoir pédiatrique, de la puériculture et de la psychologie) » (*Ibid.*, 2007, p. 3-4).

Mais ce genre, mon genre, *a priori* non négociable, est toutefois devenu un outil de négociation lorsqu'il s'est agi de créer les liens tels que je les avais pensés, à savoir faire de la recherche au domicile des familles.

1.2.3 « Soyez la bienvenue Julie », mais jusqu'à quel point ?

Au Maroc, l'adage populaire dit : « Soyez les bienvenu.e.s ». Cette phrase peut être énoncée systématiquement à la fin d'un achat dans le souk touristique, ou prononcée les mains sur le cœur avec une légère inclinaison en guise de remerciement lorsque vous quittez un hôte qui vous invite à revenir, ou encore lorsque vous entrez chez une personne qui est profondément ravie de vous recevoir. En analysant les éléments qui ont contribué à certaines de ces formes d'hospitalité et de mon accueil au sein des familles rencontrées à l'hôpital, je perçois que la question du genre était aussi dominante, mais ce n'est qu'au moment de l'écriture que j'ai pris conscience de cette donnée, appréciant d'une autre manière ce qui me paraissait être des facilités non expliquées.

1.2.3.1 L'accès au domicile

J'ai envisagé le domicile des familles comme un espace du terrain. J'y allais pour collecter des données et faire des entretiens, songeant que l'accès à cette sphère me donnerait à observer « les conditions de vie, l'ambiance de l'endroit » dans lesquelles les familles vivent au quotidien (Thierry, 2010, p.68). Tel que conçu par d'autres auteurs ayant opté pour les enquêtes au domicile des familles, le travail ethnographique dans l'espace privé permet « de se rapprocher de l'interaction ordinaire » (Bruggeman, 2010, p.91), offrant d'autres types de données à la chercheuse. D'ailleurs, les outils y sont différents : contrairement à l'hôpital où

je prenais régulièrement des notes sur mon carnet de terrain⁸¹ et/ou enregistrais presque systématiquement les entretiens et consultations, le travail ethnographique requiert d'autres stratégies au domicile des familles, telles que la concentration et la mémoire (Tillard & Robin, 2010, p.38). Dans ce cadre de recherche particulier, il n'est pas possible, et même déconseillé, de garder son calepin ou enregistreur à la main. Pour ma part, ce n'est que de temps à autre, lors d'un passage aux toilettes par exemple, que je m'autorisais à noter des mots clés afin, lors du retour à mon domicile, de prendre des notes plus conséquentes et détaillées. Mais, m'intéressant au vécu quotidien des enfants et leurs familles, je me débrouillai tant bien que mal avec ces contraintes, afin de découvrir ces domiciles, lieux « de pratiques ordinaires de la vie » (Bruggeman, 2010, p.77) et conséquemment passage obligé du travail ethnographique que je souhaitais accomplir.

Comme pointé dans l'ouvrage de Bernadette Tillard et Monique Robien entièrement dédié à la question du recueil de données en contexte de visite à domicile, effectuer une recherche dans cet espace donne une teinte particulière à la relation enquêteur/enquêté, à savoir que « c'est le chercheur qui se soumet au moins pour partie aux conditions de l'expérience. Il cherche son chemin, l'entrée, la sonnette, il accepte le stress que lui impose l'accès à l'autre. (...) L'habitant est expert de son environnement. » (Tillard & Robin, 2010, p.19) Si de nombreux chercheurs en sciences sociales attribuent cette position d'expert à leurs interlocuteurs, il est vrai que le fait de se trouver dans *leur* environnement appuie et renforce cette posture. Mais du reste, dans cette introduction, c'est sur les caractéristiques logistiques de cet aller-vers l'autre que les auteurs s'arrêtent, soulignant la matérialité de ces dynamiques relationnelles. Après avoir raconté une série d'anecdotes sur leurs arrivées en famille, les auteurs concluent : « Bref, la chercheuse est en quête d'hospitalité avant d'être en quête d'information. Reconnaissante de la porte ouverte et le café servi, une autre phase du travail commence » (*Ibid.*, p.20).

Si je suis complètement en accord avec leur affirmation – et les descriptions de mes arrivées dans les familles abonderont dans ce sens –, je dirai néanmoins que cette hospitalité commence avant l'arrivée au domicile puisqu'elle s'était déjà manifestée à l'hôpital lorsque les familles m'invitaient chez elles, à la suite de ma demande de les rencontrer pour discuter du parcours de soins de leur enfant. Certaines préféraient spontanément me recevoir chez

⁸¹ Annexe 4 : extrait de carnet de terrain en consultation

elles plutôt que de se voir à l'hôpital. Ce ne fut toutefois pas une majorité de personnes, puisque sur les vingt-et-un enfants inclus dans la recherche, huit familles m'ont reçue chez elles et six ont été vues dans le service – pour les cinq dernières, nous n'avons pas organisé de rencontre. Souvent, les mères (mes interlocutrices privilégiées) se réjouissaient de cette visite, expliquant que leur enfant serait content ou que je pourrais rencontrer leur mari. De plus, elles demandaient souvent si j'avais déjà mangé tel ou tel plat, me promettant de me faire découvrir une spécialité culinaire marocaine. Même si pour certaines familles, j'ai pu me rendre compte, sur le long terme et dans l'intimité de leur quotidien, qu'une telle visite pouvait engendrer des coûts financiers imprévus, j'acceptais toujours l'invitation et m'arrangeais toujours pour amener quelque chose à manger. Par ailleurs, il était aussi plus facile pour les mères de me recevoir car cela signifiait que je venais chez elles : dans un contexte de difficultés de transport (temps et moyens financiers) et d'organisation pour se rendre à l'hôpital (faire garder les enfants par exemple), mes visites à domicile étaient généralement appréciées. Enfin, et peut-être est-ce l'aspect le plus important, les mères, celles qui me proposaient de rentrer dans leur foyer, étaient beaucoup plus à l'aise chez elles que dans l'espace hospitalier. Je détaillerai, dans les parties consacrées à la guidance parentale notamment, comment leurs attitudes étaient contrastées selon les espaces dans lesquels nous nous rencontrions, confirmant que quelque chose de la relation enquêteur/enquêté est profondément modifié lorsque la chercheuse « se soumet au moins pour partie aux conditions » de la vie des personnes incluses dans la recherche (*Ibid.*).

À l'instar de ce que j'ai vécu, cette autre phase du travail – celle qui peut commencer une fois le café servi – peut être très diluée dans le temps, surtout lorsque les visites deviennent des heures ou des jours. Le travail commence, certes, mais il se fait dans une sorte de flou induit par la coprésence dans le quotidien, là où s'entremêlent sciences sociales et sociabilité. En étant présente au domicile, je prenais part aux activités des femmes, celles pour lesquelles les mères sont responsables puisque se déroulant à l'intérieur du foyer. Pouvoir les accomplir, ou plus simplement être autorisée et encouragée à les accomplir m'a permis d'être présente avec les femmes et les enfants. À ce propos, Béatrice Lecestre-Rollier raconte très bien comment les femmes, parce qu'elle est elle-même une femme, ne lui imposaient aucune barrière qui aurait pu l'empêcher de participer aux « activités féminines » (Lecestre-Rollier, 2011, p.146). En revanche, elle rapporte également comment, parce qu'elle était perçue comme « du côté des hommes » (en raison de son champ d'études), elle était incitée par les femmes à aller « discuter avec les hommes ». Par ailleurs, mes visites et mes séjours

impliquaient de rester *seule* avec les mères et les enfants, pendant que les pères étaient absents⁸². Rester entre femmes est une configuration qui, dans « le paysage moral de l'hospitalité » locale, est acceptable (Buchberger, 2012). Dans un article dédié au couchsurfing⁸³ à Marrakech, l'auteure montre en quoi l'hospitalité selon le genre des personnes engagées dans l'accueil (notamment de jeunes hommes marocains hébergeant des femmes européennes et nord-américaines) peut être une source de critiques et de rumeurs déplaisantes pour les jeunes hommes ainsi que pour l'entièreté de leur famille. Ainsi, elle explique que ces accueils au domicile des familles se font sous le regard des voisins, montrant que l'accès au foyer pour un entretien dévoile un tissu social complexe qui, une fois analysé, apporte des données sur la famille. Par exemple, pour certaines familles, les parents ne souhaitaient pas que nous disions, par exemple aux voisins, que je « travaillais » à l'hôpital, puisque seuls quelques proches de la famille étaient informés des problèmes de l'enfant.

Ces visites aux domiciles des familles et le fait de pouvoir y accéder selon le sexe et le genre perçus, sont révélateurs de la répartition genrée dans les espaces de vie quotidienne et des implications qu'elles peuvent avoir pour les familles. Mais ils mettent aussi en lumière les manières dont familles et chercheuse interagissent, indiquant les fondements et les conditions de leur relation. Sur ce sujet, j'aimerais commenter une dimension spécifique de mon terrain, à savoir l'accès aux enfants, en lien toujours avec mon sexe et mon genre.

1.2.3.2 L'accès aux enfants

Par l'expression « accès aux enfants », j'entends le fait de pouvoir être avec les enfants, de rester seule avec eux dans la maison ainsi qu'à l'extérieur. En lien avec ces multiples possibilités, il est essentiel de préciser que je ne suis pas mère, que je suis fille unique et que

⁸² Lors de discussions informelles, nous avons pu noter avec un collègue suisse effectuant sa recherche à Zanzibar que les milieux féminins lui étaient restés inaccessibles du fait de son sexe et de son genre, confirmant mes questionnements et remarques ainsi que celles de B. Lecestre-Rollier. Est-ce à dire qu'il existe des barrières physiques insurmontables pour un chercheur ou une chercheuse ? Cela reste des hypothèses qu'il faudrait explorer en posant cette question comme fondement d'une recherche spécifique.

⁸³ Le couchsurfing, nom du site proposant ledit service, consiste à mettre en relation un hôte désireux de proposer un lit, un canapé, un repas ou un café à des personnes voyageant dans son pays. Réseau Mondial au sein duquel l'argent est proscrit, il repose sur le principe de solidarité et d'accueil, et permet aux voyageurs du monde entier de dormir chez l'habitant et de bénéficier d'astuces et bons plans de la part de l'hôte.

je fais plus jeune que mon âge. Ces trois précisions, dont la première a fait l'objet de multiples publications dont celle de Sarra Mougel à laquelle je me réfèrais précédemment (Mougel, 2007), sont importantes car à ces statuts et apparence sont associées des compétences qui conditionnent cette possibilité, donnée par les mères des enfants, d'être avec eux.

En effet, les attitudes initiales des mères à mon égard font penser qu'elles estiment que le travail de soins envers les enfants requiert certaines compétences spécifiques. Si une essentialisation a effectivement lieu entre le genre féminin et sa prédisposition au travail de soins, il n'en demeure pas moins que s'occuper des enfants requiert un apprentissage dont il faut attester. En ce sens, mon genre me prédisposait à ce travail, mais mon apparent jeune âge et mon statut de non-mère laissaient penser que je n'en avais pas encore fait l'expérience et que je n'avais donc pas les compétences requises.

Abordant la question de « l'être mère » sur son terrain ethnographique, et plus spécifiquement la valorisation des compétences maternelles par les mères elles-mêmes, Sarra Mougel fait l'hypothèse que les mères rencontrées « appartenant aux classes populaires, en réaction à une position d'infériorité sociale à mon égard, mettent en avant ce capital (leurs enfants et leur savoir et savoir-faire de mère) pour rétablir une plus grande égalité entre elles et moi. » Cela demeure également une hypothèse sur mon terrain : elles valorisent peut-être leurs compétences afin d'égaliser notre relation, mais je pense que je suis peut-être encline, et finalement à même de confirmer cette idée, car depuis ma position et mon investissement physique dans leur foyer et affectif auprès d'elles, je suis amenée à observer leurs compétences qui, sous les effets de la guidance parentale mise en place par les professionnelles, sont l'objet de critiques plus ou moins acerbes. Ainsi je pense que je suis moi-même soucieuse de reconnaître leurs compétences alors qu'elles sont, dans d'autres espaces de ma recherche, souvent dévalorisées.

Du reste, j'ai une autre hypothèse concernant les doutes initiaux des mères à l'égard de mes capacités à être seule avec les enfants, et donc à m'occuper d'eux – par exemple les faire manger (pour les plus jeunes), les aider à s'habiller ou encore les coiffer. J'ai des interrogations vis-à-vis de mon apparence qui laisse penser que je peux avoir l'âge, tout juste passé, de ces jeunes filles d'une vingtaine d'années qui, venues travailler en ville, s'occupent de la maison et des enfants. Si je suis, dans les remarques de certains parents, affiliée à ce groupe en termes d'âge (avec évidemment un statut social différent), je me demandais

pourquoi il subsistait autant de doutes sur mes compétences à être avec des enfants – alors que dans mon contexte familial et amical, j’ai exercé de telles responsabilités. Mais outre le fait que la reconnaissance de ces compétences passe par le statut d’être mère ou de venir d’un contexte familial avec une fratrie, j’ai eu le sentiment que je devais les montrer au fur et à mesure afin de gagner leur confiance. Je pense que les réticences des parents peuvent être liées à mon comportement avec les enfants, source d’ambiguïté pour eux. En effet, soucieuse de déployer une relation non autoritaire avec les enfants, j’ai pu, dans le regard des mères, apparaître comme n’ayant pas la possibilité de nouer une relation ; ou peut-être était-ce mon attitude enfantine, « peu mature » et donc inadéquate qui avait mis en garde les parents ? Enfin, ces doutes rappellent que je suis arrivée dans un environnement où personne ne me connaissait, alors que les recommandations d’une famille respectée ou le fait d’être de la famille éloignée sont des éléments favorables à l’introduction dans la maison et auprès des enfants. Les mères supposaient que je pouvais manquer de débrouillardise, puisque malgré tout, je restais une étrangère, provenant d’un milieu apparemment aisé, possible équivalent de certains contextes sociaux marocains privilégiés dans lesquels les cheffes de foyer, même si elles donnent leurs instructions et surveillent, plus ou moins de près ce qui se fait dans leur cuisine et plus largement dans leur maison, disposent de dames à tout faire. Or, nombre de ces familles modestes rencontrées faisaient partie de ce groupe social des dames à tout faire, femmes allant travailler dans les familles aisées, qui font pour les autres, ces riches femmes ne savent pas gérer seules leur foyer (remarques de mères, mai 2015). Ainsi, les mères ont pu par exemple me tester sur mes compétences culinaires, ma manière d’entretenir mon domicile, en me questionnant sur comment et dans quelles conditions je vivais au Maroc, mais aussi en Suisse. Dans un article sur les apprentissages transmis entre mères et filles au Maroc, Hakima Mounir montre très bien comment ces savoir-faire sont essentiels dans le devenir femme (Mounir, 2009).

Cette expérience de jeune femme contraste un peu avec ce que j’ai vécu à l’hôpital où ma présence parmi les professionnelles semblait reposer sur mon expertise professionnelle plutôt que parentale (que je n’avais pas). Cependant, dans ce contexte largement féminin, le statut de mère est ambigu : quelques personnes de l’équipe pouvaient parfois le mettre en avant, alors que d’autres, en coulisse des séances, m’expliquaient que c’était leur exemple en tant qu’enfant qu’elles mobilisaient, semblant regretter de ne pas avoir cette expérience parentale.

1.2.3.3 L'hospitalité à l'hôpital, cet univers féminin ?

Je pense qu'à l'hôpital ce n'est pas tant mon genre que mon statut social – entre autres le fait d'être étrangère et de réaliser un doctorat (bien que certains n'étaient pas tout à fait au clair sur la distinction entre mémoire, master et recherche doctorale) – qui a façonné mon intégration dans l'équipe. Cette position a eu plusieurs conséquences notables dont le fait par exemple de ne pas toujours être la bienvenue partout ou, au contraire, d'être invitée à des événements auxquels je n'aurais pas songé participer. Je pense ici à trois événements spécifiques : la salle de pause, le mariage d'une thérapeute et la sortie annuelle des employés de l'hôpital.

L'invitation dans la salle de pause

À tour de rôle, je voyais les professionnelles partir, trouvant un bureau fermé en pleine matinée. Je me demandais où elles allaient, mais je n'avais pas posé la question frontalement, d'une part parce qu'il me semblait qu'il s'agissait d'actes isolés, d'autre part parce que j'étais très stricte par rapport au rythme et aux lieux d'observation que je m'étais fixés. Il me semblait qu'ils partaient dans un autre secteur de l'hôpital, à l'extérieur du bâtiment « enfant », là où je savais que ces derniers n'allaient pas. Il me paraissait donc « inutile » de m'y rendre. Puis un jour, deux mois après mon arrivée début 2015, l'infirmière psychiatrique me dit que c'était l'heure de faire la pause thé et que je pouvais venir avec elle. Je compris alors qu'il y avait effectivement bien une sorte de roulement entre les collègues expliquant ces aller-retour. Dans une salle du rez-de-chaussée se trouvait un espace, avec un sas d'entrée, dans lequel les professionnelles se regroupaient pour manger un peu et prendre le thé entre 10 h 00 et 11 h 00. Une table dans un coin de la pièce, des chaises, un petit frigo et deux plaques électriques. L'ambiance était conviviale, détendue, l'un des rares moments où les membres de l'équipe étaient ensemble. Je peux imaginer que c'est dans cet espace que les quelques échanges, commentaires entre collègues recevant les mêmes enfants pouvaient avoir lieu – encore qu'il m'ait été présenté tel un endroit de pause : les ethnographies hospitalières documentent souvent le fait que ce genre d'endroit de pause ou de passage (les couloirs par exemple) est propice aux discussions informelles pourtant essentielles et partie

prenante du fonctionnement d'un service (Véga, 2000, p.27). J'eus cependant le sentiment que je n'étais pas la bienvenue : cet endroit était un lieu de pause, certes, et plus précisément un lieu de pause par rapport à moi. Le fait d'avoir entendu parler de cet endroit des semaines après mon arrivée m'indiquait qu'il était peut-être préférable de ne pas m'y imposer, tant et si bien que je ne demandai jamais à y retourner, et que personne ne me proposa à nouveau d'y venir. Je respectais cela et ne faisais aucun cas d'être exclue de cet espace, tant il me semblait que c'était de « *bonne guerre* » : je pouvais aller partout ailleurs. Et peut-être s'agit-il de cela, de la révélation de possibles tensions autour de ma présence ? Anne Véga raconte comment elle eut la sensation d'être perçue comme « détachée de la hiérarchie et venue contrôler la qualité de leur travail (*des infirmiers*) » (Vega, 1999, p. 101). Il est probable qu'une forme de méfiance ait pu exister vis-à-vis de ma présence, tolérée en salle de travail car autorisée et validée par le chef de service – reflet du fonctionnement hiérarchisé de l'hôpital : cette tolérance ne valait que pour les lieux officiels de travail, m'excluant implicitement de la salle de repos. Cependant, conformément à la rigueur et la systématisation que je souhaitais mettre en œuvre dans mes observations des enfants, il me semblait que je perdais du temps dans cette salle de pause – pause dont j'estimais ne pas avoir besoin. *A posteriori*, force est de constater que cette posture m'a certainement privée d'informations importantes sur les manières dont les enfants *sont parlés*, dont les diagnostics et traitements sont discutés. Ayant fait le choix depuis le début de me concentrer sur les enfants et les parents, je reconnaissais que cela impliquait des désagréments, comme celui d'être exclue d'un groupe « opposés ou en concurrence » (Gans in Mougel, 2007) : il y avait la salle d'attente avec les enfants et les parents d'un côté, la salle de thé de l'autre.

Cette exclusion fut contrebalancée par deux autres invitations – qui attestèrent que les craintes liées à ma présence n'étaient pas forcément justifiées.

L'invitation au mariage d'une thérapeute

Le deuxième événement fut donc l'invitation (à l'oral) par une des professionnelles de l'hôpital à son mariage – qui ne put avoir lieu pendant ma présence pour des questions de planning. Elle me demanda si j'avais déjà eu l'occasion de participer à un mariage marocain. Je lui répondis que non et elle donna quelques détails sur les festivités et, d'un seul coup, elle demanda : « Tu viendras avec ton calepin à mon mariage ? » et enchaina avec un grand

rire. S'il est évident que cela se voulait une plaisanterie, je pense néanmoins qu'elle est symptomatique du malaise qui peut-être celui des observés, des enquêtés, des interviewés du terrain. Si la plupart du temps, les échanges sont très fluides, spontanés, familiers, voire intimes sur le ton de la confiance, il reste parfois des doutes vis-à-vis du travail de l'ethnographe ainsi qu'une gêne par rapport à ses manières de travailler qui peuvent paraître intrusives. Le sentiment d'être espionné dans leur travail est alors tangible, même s'il ne m'est apparu explicitement qu'à deux reprises (celle-ci et lorsqu'une personne demanda de couper l'enregistreur pour un moment⁸⁴).

L'invitation à la sortie annuelle des employés de l'hôpital

Pour autant, j'ai été conviée à la sortie annuelle du personnel de l'hôpital : deux jours complets, trajet en bus, balades touristiques, repas ensemble et chambre en commun. J'ai partagé ma chambre avec une thérapeute dont je participais souvent aux séances, ce qui fut l'occasion de faire connaissance avec sa sœur également présente. Nous n'avons pas du tout parlé travail et j'ai découvert davantage des aspects des personnalités de certaines des personnes avec qui j'étais au quotidien. Cette sortie fut très plaisante d'un point de vue relationnel, et l'un des rares moments (en présence des professionnelles) durant lesquels j'ai soufflé et oublié mon calepin. Je n'étais pas venue pour faire du terrain. Mais cette sortie fut aussi la première, et la dernière fois, où je fus « attaquée » sur mon statut d'anthropologue. Mon interlocuteur, un chef infirmier proche de la retraite, me questionna sur ma discipline tout en me rappelant que certains anthropologues avaient servi l'entreprise coloniale. Je lui rétorquai que l'anthropologie avait évolué sur ces positions politiques, n'échappant toutefois pas à des formes de politisation : finalement, ce que nous produisons ne nous appartient pas et peut être utilisé politiquement. Je fis également valoir mes études en développement dans un institut qui avait pu être qualifié d'africaniste et le sens critique de ma démarche dans cette discipline, même si je tentais de mettre en avant l'entreprise académique plutôt que mon engagement politique envers le sujet et l'objet étudié. Il fut le seul avec qui j'eus une discussion critique sur ma présence dans le service de cet hôpital et mon travail. J'aurais, finalement, aimé que cela se prolonge puisque, même si c'était sous forme d'attaque (certes bienveillante), il semblait être le seul à se préoccuper de ce que je faisais ou de ce que je

⁸⁴ Une professionnelle m'a demandé de le couper pour partager ses plaintes vis-à-vis de certaines de ses collègues et leurs manières de travailler.

pourrais produire. Les autres membres de l'équipe n'avaient pas ce sens critique ni par rapport à moi ni par rapport à eux d'ailleurs – du moins elles ne l'ont jamais partagé avec moi. Me « faire attaquer » me permettait d'être (autrement) visible dans le champ professionnel que j'investissais. Mais cela fut très court, environ 10-15 minutes. Nous sommes ensuite montés dans le bus, le chant remplaçant le débat, et me plaçant dans une autre position, celle d'une jeune femme étrangère découvrant une zone touristique. En guise de « rabibochage », il me proposa une bouteille faite d'un mélange de soda et d'alcool. Je pris la bouteille, trouvant cette offre sympathique, comme pour honorer ce qui m'avait été offert, mais aussi pour marquer ma différence, certainement maladroitement, par rapport aux autres personnes du bus. Ici, j'étais une touriste étrangère, il me semblait légitime de suivre ce qui s'apparentait à quelque chose de festif. Mais je fus rapidement mise en garde quant au fait que je ne devais pas suivre les hommes dans cette activité, ou plus tard, passer du temps avec eux : puisqu'ils allaient boire, il fallait se méfier, cela ne laissait présager rien de bon. Je fus surprise du décalage entre le tableau qui m'avait été dressé – des hommes saouls, mal polis, perdant la raison – et leurs comportements qui, dans mon regard de jeune femme issue d'une culture dans laquelle boire n'est pas interdit, étaient finalement sociables et plaisants. Cet épisode fut un rappel parmi beaucoup d'autres que j'étais une femme, que je devais rester avec les femmes, que je ne pouvais pas avoir accès à une partie du monde. Il ne s'agissait pas seulement de me protéger, et donc de ne pas prendre de risque pour moi, en tant que personne, mais il fallait aussi que je le fasse pour protéger la recherche et construire ma place, en priorité, où l'on me le permettait.

Que ce soit à l'hôpital ou en famille, j'ai eu à inventer ma place en lien avec les définitions circonstanciées et singulières de l'hospitalité selon mes hôtes. Par ce processus, qui me permit d'entrer et d'intégrer divers groupes, à savoir les professionnelles, les parents et les enfants (je détaille davantage ce point dans le chapitre suivant), je pus également comprendre et apprendre des éléments plus généraux sur les modalités interactives propres à la région dans laquelle j'étudiais. Toutefois, ce processus fut un bricolage interpersonnel de tous les instants, qui furent épuisants même si réjouissants et passionnants, soutenant les propos de Monique Robin et Bernadette Tillard qui affirment « que l'ethnographe paye de sa personne ». Face à cette hospitalité, l'implication personnelle et affective est réelle, débordant d'un cadre strictement professionnel.

Au sujet de sa place à l'hôpital, Sarra Mougel écrit : « Je m'étais inscrite dans la division du travail, apportant mon soutien aux blouses blanches, mais venant aussi rappeler l'espace vide laissé auprès des enfants dont je m'occupais » (2007). Mon inscription variait selon les endroits, les moments, les personnes. Dans les consultations, je pouvais être citée par les médecins et les soignantes comme un exemple à suivre pour les enfants qui « comme moi » devaient bien travailler. Je pouvais aussi être prise à partie dans le jugement élaboré par les soignantes par rapport aux comportements des enfants, leur rappelant que je voyais quand ils « se comportaient mal ». Je pouvais parfois devenir une accompagnatrice pour les professionnelles, par exemple en aidant et en participant à des activités ; je pouvais jouer le rôle d'une surveillante si une professionnelle devait sortir, mais dans ces cas je veillais à m'approcher, parler, poser des questions sur l'activité en cours car je souhaitais ne pas être associée à cette idée de surveillance. Dans les couloirs, je jouais avec les enfants pour faire passer le temps, je parlais avec les parents pour faire passer le temps et soulager certaines de leurs frustrations. La place de bénévole n'existait pas : il y avait les professionnelles (dont les rares stagiaires faisaient partie), les familles et leurs enfants. Les professionnelles étaient dans des bureaux et occupaient un espace précis, tandis que j'allais et venais, ayant le privilège de rester et d'entrer seule dans une salle de consultation, de passer derrière le bureau de l'accueil, d'aller aux toilettes à l'étage réservé aux professionnelles, mais aussi celui de pouvoir rester dans la salle d'attente auprès des familles aussi longtemps que je le voulais – espace au sein duquel ces mêmes professionnelles ne faisaient que passer (pour venir chercher un patient ou pour se rendre dans le bureau d'une collègue).

Dans ces multiples places et postures, un de mes outils était mon corps.

1.3. Mon autre langage : la danse des corps dans l'espace

Je pratique la danse depuis que j'ai quatre ans. Je n'ai jamais cessé et aujourd'hui, à mon tour, il m'arrive de l'enseigner. Depuis mon plus jeune âge, j'ai appris à regarder le corps des professeurs et à reproduire ce qu'ils font. Je décompose leurs mouvements de la tête aux pieds. Chaque geste compte. J'examine la tenue de la tête et la direction du regard ; je scrute l'inclinaison, l'orientation, les courbes du buste ; les bras et le bassin qui y sont liés sont soit dans le prolongement, soit en torsion par rapport au centre que le bas ventre constitue ; les jambes tendues, pliées, demi-fléchies, sont aux ordres des pieds que j'inspecte ; leurs

déplacements, leurs positions ne m'échappent pas non plus. À ces postures corporelles s'ajoutent le poids, le temps et l'espace, qui donnent différentes qualités aux gestes et aux mouvements réalisés (Laban, 2007). Il s'agit de les apprécier afin de produire son propre mouvement avec plus ou moins de justesse par rapport à ce qui est attendu des professeurs. J'ai également appris à regarder les corps des autres élèves, à les sonder pareillement et à m'y ajuster. Les corps me fascinent. Je les regarde, qu'ils soient dans une salle de danse ou ailleurs. Je les regarde bouger, se déplacer, s'agiter, s'élancer, se figer, se crispier, se toucher, se repousser, se désirer, se soutenir, se porter, s'imiter, se soulever... dans un rapport permanent – même dans l'absence – les uns avec les autres. Je les regarde danser. Je leur attribue ce que j'ai appris à nommer « qualité de mouvements ». C'est une de mes manières de percevoir qui fait partie de mon quotidien. Plus que les mots, ou du moins tout autant, je suis attentive aux mouvements, qui par des formes d'expressivité que j'ai appris à leur attribuer, deviennent des gestes. Cette qualité de mouvement me guide autant qu'elle m'obsède, dans ce que je cherche à regarder autant que dans ce que je donne à regarder.

Comme le soulignent Silvana Borutti et ses coauteurs, « [l]e voir devient, dans la rencontre anthropologique, un regard qui rencontre un autre regard et qui en est modifié. » (Borutti et al., 2012, p.77). Je lis et j'entends des corps comme nous lisons et entendons des mots. Par le langage dansé appris très jeune, je regarde, et nous menons – mes interlocuteurs et moi – un échange, une discussion où le non verbal et le verbal s'énoncent conjointement. Dans mon système de perceptions, il s'agit de regarder, de porter une attention à l'humain dans son entier, sans séparation du corps et de l'esprit. L'un et l'autre sont telle une unité que je tente de comprendre dans la rencontre, puis de restituer, par la suite, dans mon travail d'écriture. Je vais essayer de vous conduire, tel le meneur d'une danse de couple, dans cet autre langage. Les gestes dansés y sont l'écho visible des mots tus. Ces gestes, je le présume, peuvent suppléer, compléter, soutenir ce sujet divisé si mal pris avec le langage verbal. Il ne s'agit pas d'exclure, mais plutôt d'inclure d'autres formes de langage pour agrandir et ouvrir les signifiants et les interprétations dont nous disposons. Est-ce que créer plus de signifiants nous aide à mieux comprendre ? Je suppose qu'au minimum, ils favorisent une manière de comprendre autrement, « une nouvelle perspective sur le sens de la compréhension de l'homme par l'homme » (Müller, 2017, p.82).

La qualité du mouvement, le « moyen d'expression artistique » qu'il constitue, peut, je pense, nous aider à comprendre bien d'autres formes de vie en dehors de la scène artistique, à savoir dans l'esthétique de la vie ordinaire. Il ne s'agit pas de remplacer les mots par les gestes et de proposer une typologie des manières de faire, dire, penser, mais bien de les inclure comme éléments de compréhension du mode d'habitation au monde de l'autre, en ajoutant de la complexité à sa singularité. « Le corps percevant, agissant et parlant est le médium de la compréhension, et c'est à travers les épreuves qu'il traverse qu'un sens émerge petit à petit », écrit Daniel Céfai (2003, p.544). Un sens émerge pour moi, en tant que chercheuse, en étant à l'écoute et en observant mon corps et celui de mes interlocuteurs. Dans une telle conception de l'ethnographie, mon corps est un outil de travail auquel j'inculque des « techniques du corps » (Mauss, 1936) qu'en retour je retrouve chez mes interlocuteurs. Ce processus est une « progressive impregnation » résultant en l'appropriation d'un « set of corporeal mechanisms and mental schemata so intimately imbricated that they erase the distinction between the physical and the spiritual (...) » (Wacquant, 2007).

Je suis partie du constat que certains ne parlent pas, même si les professionnelles leur demandent. Comme je ne veux pas – ne veut plus - faire partie de ce groupe de ceux qui veulent que les enfants parlent, j'ai effectivement usé d'un autre médium, le corps. Mais j'ai l'impression, lors du processus d'écriture, que quelque chose de plus m'a aidée. La communication de Sarra Mougel sur le fait de ne pas être mère pendant son terrain semble poser une dichotomie entre d'un côté les professionnels et leurs compétences d'experts et, de l'autre, les parents et leurs compétences profanes. Elle parle alors d'un double handicap.

« Suis-je simplement maladroite, *doublement profane* dans l'univers hospitalier ? Comme Robert Linhart cette expérience révèle le fonctionnement de l'univers dans lequel je me trouve (les compétences, *tours de main et savoir-faire* des travailleurs à la chaîne ne sont pas reconnus, la difficulté de prendre soin d'un enfant dans un univers technicisé et soumis aux règles de l'hygiène ne l'est guère plus). [...] Les difficultés que je rencontre me permettent de mesurer les effets d'un cadre institutionnel qui complique nettement la réalisation des tâches de nursing. J'ai un double handicap, mais il ne suffit pas d'être parent pour les réaliser avec aisance. » (Mougel, 2007, p.13)

M'interrogeant sur mes compétences et sur mon/mes handicap(s), au-delà des pré-supposés que les professionnelles et les parents avaient à mon égard, je ne me suis pas retrouvée dans cette dichotomie. Ce point m'a amenée à élargir le cercle des compétences prises en compte pour analyser mes relations avec les personnes rencontrées sur mon terrain.

Je dois apporter un éclairage complémentaire sur d'autres compétences, celles qui, *a priori*, sont exclues du champ de l'anthropologie, mais qui, comme je le montre, façonnent qui je suis en tant que chercheuse. La danse me semble indéniablement une piste. Mais quelque chose doit être précisé afin de mieux comprendre mes relations aux professionnelles et aux parents.

Pendant plusieurs années, je n'ai pas fait que danser, mais j'ai aussi donné des cours de danse à des enfants : des tout-petits de quatre ans qui, pour certains d'entre eux, venaient au cours parce que les parents le voulaient ; leurs cris indiquaient qu'ils ne s'en réjouissaient pas. J'ai aussi enseigné la danse à des plus grands, âgés de dix ans, mais aussi à de jeunes adolescents de treize ou quatorze ans. Entre loisir, bon temps, mais règles et exercices à faire, le contexte du cours de danse est un mélange particulier, entre des formes de rigidité et d'amusement. En lisant les remarques de Sarra Mougel, je repense à ma vie, à mes liens avec les enfants et je conçois que j'ai appris à être avec eux, à leur apprendre à danser – avec la rigueur que cela implique –, et à y prendre du plaisir tout en exprimant des émotions. Je m'aperçois dans mon travail en tant qu'anthropologue que cet apprentissage sur plusieurs années a forgé et marqué mon regard et mon attention à l'autre.

Je ne suis certes ni mère ni professionnelle des soins psychiques (du moins pas à l'époque durant laquelle je réalise le travail ethnographique), mais j'ai pourtant l'impression d'un savoir-faire avec les enfants. Un savoir-faire, une sorte de tour de main qui, par moments, m'incite à être un peu critique envers les professionnelles observées. Sur le moment, ce sens critique me paraissait déplacé, inadéquat car, selon moi, je n'avais pas les compétences, pas les gestes techniques, mais par cet exercice de réflexivité surgit un regard plus large et plus réfléchi sur moi que dans le tourbillon du terrain. Je songe par exemple à la relation entre Amina (une des orthophonistes) et Walid (10 ans) reçu pour des problèmes de dyslexie. Walid devait raconter, à l'écrit, ses journées. Amina écrivait sur le tableau quelques mots clés que Walid avait pour mission d'intégrer à son récit. Amina pointait toujours négativement que Walid manquait de vocabulaire et qu'il ne faisait que des phrases très simples, associant son travail à une forme de feignantise. Or, après plusieurs séances, je fis remarquer à Amina que Walid n'utilisait jamais d'adjectif. Je me demande alors si c'est cette expérience et mes compétences qui m'ont fait considérer certaines manières d'interagir des professionnelles inadéquates, même si aucune formalisation de ce savoir acquis au fil des

ans n'a été faite⁸⁵. D'où le fait que j'ai toujours gardé pour moi, jusqu'à l'écriture de ce passage, le jugement – car c'est bien de cela qu'il s'agit – que je portais sur certaines interactions entre les enfants et les professionnelles. Je pense par exemple à leur manque d'empathie lorsqu'un enfant pleurait ou était joyeusement excité, dans ces cas il leur était demandé d'arrêter de pleurer, de se taire, de se calmer, sans forcément chercher à savoir pourquoi ils agissaient ainsi, sachant que les enfants étaient souvent intimidés et donc que la formulation de la question « pourquoi tu pleures » ne suffisait généralement pas à recevoir une réponse.

1.4. Conclusion

L'accès au terrain qui s'est réalisé en plusieurs étapes, dans divers espaces, soit public et collectif, soit privé et personnel, a donné lieu à de multiples péripéties marquées par la contamination de la bureaucratie protocolaire (Beaudevin, 2008) et les chaînes d'autorisation et de négociations (Darmon, 2005) dans lesquelles l'expérience de la domination intersubjective (entre la jeune femme encore étudiante que j'étais et le directeur d'un hôpital ou le chef de service) et interdisciplinaire (entre l'anthropologie et les sciences médiées) s'est produite. Sur ce terrain éloigné de « chez moi » (mon lieu de résidence), j'ai opté pour une ethnographie multi-intégrative, incluant l'hôpital et le domicile des familles, ce qui a pu compliquer la tâche de confidentialité et d'anonymat à laquelle j'étais, d'une part, attachée pour favoriser une parole libre, et d'autre part, contrainte par les protocoles signés avec les deux commissions devant lesquelles j'avais dû défendre mon projet de recherche et en vertu d'un contrat moral vis-à-vis des personnes rencontrées sur le terrain. De mon passage devant ces instances aux entretiens, formels et informels, avec les acteurs locaux, chef de l'hôpital, chef de service, professeur extérieur, j'ai retracé les divers « moments critiques » de la négociation m'ayant permis d'accéder au terrain tout en en conditionnant la réalisation (Derbez, 2010, p.106). Je pense, par exemple, au fait que l'autorisation ait été donnée par la hiérarchie, sans consultation du personnel, ce qui a pu me mettre dans une position d'évaluatrice par rapport à lui et me fermer des espaces, comme la salle de pause.

⁸⁵ En raison de mes études et des nombreux voyages à l'étranger que celles-ci ont impliqués, je n'ai jamais eu le temps de finaliser mon obtention du diplôme de professeur de danse, ne validant que certains modules.

Me prêtant à l'exercice de la réflexivité lors de l'écriture, je comprends quelles sont les ressorts, plus ou moins négociables et modulables avec lesquelles j'ai eu, consciemment ou inconsciemment, à travailler. L'examen de l'effet de ces variables, telles que le genre, l'âge, la couleur de la peau, les langues parlées, rappelle que j'ai été tributaire des personnes rencontrées, la recherche se faisant donc avec elles, en fonction de la place attribuée sur l'échiquier notamment social et politique local, qui a conditionné et façonné mon accès au terrain. Ainsi, tel que défendu par Florence Weber (2008), les conditions sociales de la recherche reflètent dans quelles mesures celle-ci a été rendue possible. Si l'accord donné m'a permis de mener ma recherche, il n'est pas à exclure que la hiérarchie y ait vu l'opportunité de documenter les pratiques des professionnelles d'Al-Balkhi avec la publication d'un article (contrepartie de mon accueil dans le service (Derbez, 2010)). D'ailleurs, cette option avait été discutée avec le Professeur Alaoui, le chef de service, me conférant une place de porte-parole du service. Mais je n'ai pas poursuivi cette option – du moins pas pour le moment –, ce qui peut expliquer cette forme de désintéressement évoqué.

Revenant tout particulièrement sur mon genre, mon statut de non-mère et de fille unique, je me suis interrogée sur les manières dont ces aspects de ma vie et de ma personnalité ont permis et orienté mon entrée et mon vécu sur le terrain qui, selon les perspectives locales, peut être qualifié de féminin puisqu'il aborde un domaine dans lequel les femmes sont compétentes – à savoir les soins aux enfants à l'hôpital et à domicile.

Pensé en termes d'hospitalité, ces accès au terrain, aux domiciles, aux enfants et aux professionnelles, je constate que j'ai dû inventer, avec ce qui m'était accessible, ma propre place en fonction des espaces et des interlocuteurs. Dans cette démarche, une réflexion sur mes rapports à mon corps et à celui des autres m'a donné à penser autrement ma place en tant qu'anthropologue, me rappelant que je suis certes présente dans le cadre professionnel, mais que l'expérience de terrain floute les frontières entre domaine professionnel et personnel. De fait, ma personnalité et mes compétences non académiques sont également à considérer dans la production et l'analyse de la production des données. Mon bref commentaire sur mon parcours de danseuse et de professeur de danse s'inscrit d'ailleurs dans ce registre explicatif.

Chapitre 2.

Quelles politiques de la recherche avec les enfants ?

Dans quelle mesure est-il nécessaire d'adopter des démarches spécifiques pour enquêter avec les enfants ? En quoi la relation enquêteur-adulte et enquêté-enfant doit-elle être pensée dans une perspective intergénérationnelle ? Les outils d'enquêtes dits « *child-friendly* » sont-ils utilisables dans tous les contextes socioculturels ? Quelles solutions peuvent être mises en place pour s'adapter aux manières d'être et d'agir des enfants ? Qu'est-ce que cela requiert de la chercheuse ?

2.1. Paradoxe des recherches « made in North »

Depuis la fin des années 1990 et au début des années 2000, les articles traitant des processus de recherche avec les enfants ont abondé au sein de la jeune discipline de la socio-anthropologie de l'enfance (Christensen & James, 2017; Lewis & Lindsay, 1999; Mandell, 1988). Le point de départ des réflexions menées est le même pour tous les auteurs : le processus de recherche avec les enfants – c'est-à-dire la conception, les méthodes, l'éthique, la participation et l'analyse – est-il différent de celui des adultes ? Cette question, lancée par les chercheurs du nouveau paradigme, est intimement liée au statut que les enfants et l'enfance ont récemment acquis dans la recherche en sciences sociales : ils ne sont plus perçus comme des objets, mais comme des sujets à part entière, devenant des acteurs sociaux au même titre que les adultes. Mais la réponse, ou les réponses, d'ailleurs fournies dans les nombreux articles relatifs aux enjeux épistémologiques et méthodologiques des enquêtes avec les enfants, incitent à concevoir des outils d'entretiens et d'observations spécifiques aux enfants et adolescents. De fait, la posture de ce nouveau paradigme a créé un paradoxe très bien résumé par Samantha Punch : « *If children are competent social actors, why are special 'child-friendly' methods needed to communicate with them ?* » (Punch, 2002, p.321).

Les auteurs apportent plusieurs réponses à cette question. Dans un article dédié aux différences et similarités de la recherche avec les enfants et avec les adultes, Samantha Punch (2002) résume les positions existantes dans le champ de la socio-anthropologie de l'enfance et distingue trois grandes catégories d'auteurs. Le premier groupe d'auteurs considère que les enfants sont résolument différents des adultes et doivent bénéficier, à ce titre, de méthodes d'enquêtes adaptées. Parmi ce groupe figurent notamment Allison James, Chris Jenks et Alan Prout, ou Priscilla Alderson (Alderson, 2005; James et al., 1998). Ils prônent principalement l'ethnographie comme outil de collecte de données – même s'ils n'ont pas le monopole de cette technique. Néanmoins, pour une fraction de chercheurs affiliés à ce groupe, l'un des problèmes majeurs rencontrés repose sur l'impossibilité, pour les adultes-chercheurs qu'ils sont, de réaliser un travail ethnographique pertinent puisqu'ils ne sont pas (ou plus) des enfants (Punch, 2002). Ensuite, à l'opposé de cette posture, se trouve un groupe d'auteurs pour qui aucune distinction ne doit être opérée entre les enquêtés adultes ou enfants : respectant le principe fondateur du nouveau paradigme, ils estiment que les méthodes d'enquête n'ont pas à être modelées pour les enfants car ils sont des acteurs comme les autres. Enfin un troisième groupe d'auteurs se détache des deux précédents en tenant une position que je qualifierais de plus nuancée : ils affirment qu'il existe une similarité entre les adultes et les enfants enquêtés, tout en admettant que ces derniers disposent de compétences distinctes devant donner lieu au développement de méthodes singulières (James et al., 1998, p.189). Nombre de ces auteurs ont mis en place des méthodes d'enquêtes innovantes telles que les dessins, les tableaux d'activités, les journaux intimes, les appareils photographiques, ou encore les histoires à compléter et à écrire (Punch, 2002)⁸⁶. Si je m'identifie davantage à ce dernier groupe du fait des innovations méthodologiques mises en œuvre, ma posture a consisté, *in fine*, à abandonner les outils pour me concentrer sur la relation avec les enfants et les adolescents. Mon carnet de terrain et mon corps étaient mes outils, inventant des jeux au gré des rencontres avec les enfants et adolescents⁸⁷.

Le dessin, outil classique du travail d'enquête avec les enfants, vient compléter l'observation participante et l'entretien. Qu'il soit libre – à savoir que l'enfant interviewé

⁸⁶ Dans les pages à venir, j'introduirai les enjeux de l'utilisation de certains de ces outils dans la recherche avec les enfants, en détaillant quelques-uns de leurs tenants et aboutissants tels qu'expérimentés sur mon terrain avec les enfants rencontrés.

⁸⁷ L'annexe p.725 offre un exemple de mon carnet de terrain tel qu'utilisé avec un enfant dans la salle d'attente.

dessine ce qu'il souhaite sans aucune indication – ou qu'il soit imposé, le chercheur, en fonction de sa thématique de recherche, donne à l'enfant des consignes précises de ce qu'il souhaite que l'enfant réalise : le dessin, d'une part, est un support de discussion entre l'enquêté et l'enquêteur, et d'autre part, il donne à l'enfant la possibilité de représenter sa vision de certains des aspects de sa vie, constituant ainsi une source d'information significative. Si la représentation graphique de la vie des enfants par les enfants eux-mêmes a suscité, parmi les pédagogues, psychologues, artistes et historiens, un engouement certain depuis le XIX^e siècle, ce n'est que dans les années 1980 (à l'exception de quelques travaux antérieurs, dont ceux de Mead sur l'île Manus) que les chercheurs en sciences sociales s'en sont emparé (Hejoaka, 2012, p.95-96).

Les tableaux d'activités font partie de ce qui a été nommé plus largement « *participatory rural appraisal* » (PRA) (Punch, 2002, p.334). Ces « techniques », développées dans les années 1990 pour la recherche en territoire agroforestier, consistent à « permettre aux communautés locales de mener leur propre analyse et de planifier et mettre en place des actions » (Chambers in Cavestro, 2003). Elles incluent plusieurs outils, dont une cartographie des lieux de vie, une frise chronologique et des calendriers quotidiens et/ou saisonniers. Elles sont créées pendant des entretiens semi-directifs et produites sur papier. En tant que méthodes participatives, les méthodes de PRA sont valorisées par les chercheurs en socio-anthropologie de l'enfance car elles donnent la possibilité aux enfants de s'exprimer directement puisqu'ils construisent, pendant l'entretien, les différents supports. De nombreux échanges ont donc lieu pour la réalisation d'une cartographie ou d'un calendrier. Par ailleurs, elles sont considérées comme source « d'*empowerment* » et d'initiation à la prise de décision (Punch, 2002, p.325), leur mise en place nécessitant des enfants qu'ils choisissent et décident ce qui est le plus pertinent dans leur vie en termes de lieux, d'événements et d'activités.

S'agissant du journal (intime, personnel) dans la recherche, ce sont entre autres les travaux de Jean Piaget vis-à-vis de son propre enfant qui ont ouvert la voie à son utilisation comme méthode scientifique pour produire des connaissances sur l'enfance et les enfants (Lämsä et al., 2012, p.470). Si les formes du journal peuvent varier, son usage est toujours le même, à savoir documenter au quotidien des données en lien avec un vécu personnel (Ibid, p.471), ou pour le dire autrement « *capturer the life as it is lived* ». Dans la recherche en socio-anthropologie de l'enfance et des enfants, les enfants eux-mêmes sont invités à remplir

un journal pour documenter des thématiques – plus ou moins larges – imposées par les chercheurs (Raffaelli et al., 2001). Ainsi, les enfants partagent leurs activités quotidiennes, les commentent et ensuite les exposent aux chercheurs. Profondément singulier, puisque chaque enfant est censé réaliser cette activité en fin de journée seul à la maison, c'est-à-dire sans l'influence de ses pairs faisant également partie de la même enquête, le journal donne l'occasion aux chercheurs de découvrir l'intimité de l'enfant (Punch, 2002). Si la plupart des articles commentent des recherches ayant eu lieu avec des journaux intimes papier, il existe également des versions numériques (Palermo et al., 2004; Plowman & Stevenson, 2012) ou vidéo (Buchwald et al., 2009; Iivari et al., 2014).

Les histoires à compléter et à écrire sont présentées par les chercheurs qui les utilisent comme un complément aux entretiens (Raffaelli et al., 2001). La première partie d'un entretien consiste en l'énonciation de phrases à compléter : dans la recherche de Marcela Raffaelli et ses collègues avec des enfants des rues au Brésil par exemple, les phrases étaient les suivantes : « dans la rue, je me sens... » ; « quand je dors dans la rue, je ne me sens pas... » ; « ce que je n'aime pas par rapport à la rue c'est... » (*Ibid.* p.399). Dans la seconde partie du même entretien, les chercheurs demandent aux enfants d'expliquer les réponses précédemment apportées, ces explications étant ensuite employées en guise de verbatim. Cet outil permet de donner un cadre à l'expression des points de vue des interviewés, tout en évitant des directives trop imposantes – telles que dans les questions directes –, et en facilitant le travail de standardisation et de codage mis en place pour l'analyse des données. Cet outil de recherche est également communément utilisé dans la recherche en psychologie depuis plusieurs décennies (Dykens et al., 2007; Lämsä et al., 2012; Westenberg et al., 2004).

Dans la suite de ce chapitre, je détaille l'usage fait de ces outils sur mon terrain de recherche, puis j'analyse dans quelle mesure leurs atouts, mentionnés et puisés dans la littérature, ont pu être vérifiés, ou au contraire infirmés. Cependant, avant de comprendre comment ces outils ont pu m'être plus ou moins utiles en termes de collecte de données, j'aimerais revenir à l'un des aspects avancés par plusieurs auteurs pour justifier la mise en place de politiques d'enquêtes spécifiques aux enfants et aux adolescents, à savoir la relation de domination entre les enquêteurs et les enquêtés. Ce détour par l'analyse des rapports de pouvoir permet, à partir du contexte de recherche qui fut le mien, de conclure que, d'une part, il ne s'agit pas tant d'adapter les outils aux enfants que de connaître le contexte

institutionnel, social, culturel, et parfois même religieux dans lequel les enquêtes ont lieu ; et d'autre part, qu'une posture valorisant les liens intergénérationnels (entre la chercheuse, et plus globalement les adultes, et les enfants) peut permettre d'aborder autrement les relations adultes et enfants.

2.1.1. Identifier les rapports de pouvoir

Pour Samantha Punch, qui fait partie du groupe d'auteurs favorisant des méthodes novatrices telles que la photographie, le dilemme posé par la recherche avec les enfants ne concerne ni leur statut d'acteur ni leurs compétences. Pour cette auteure, l'élément crucial avec lequel les chercheurs doivent composer est le fait que nous vivons au sein d'une société dans laquelle il existe un rapport de pouvoir des adultes sur les enfants. Selon elle, lors de la conception de la recherche et de son déploiement, la vigilance réflexive doit porter sur les relations de dominants/dominés intrinsèques aux interactions entre chercheurs-adultes et enquêtés-enfants. À ce propos, Samantha Punch écrit :

« « Children are marginalized in adult-centred society. They experience unequal power relations with adults and much in their lives is controlled and limited by adults [...] Children are used to having much of their lives dominated by adults, they tend to expect adults' power over them and they are not used to being treated as equals by adults. »(Punch, 2002, p.323)

Elle ajoute : « *Children are not used to expressing their views freely or being taken seriously by adults because of **their position in adult-dominated society** [...] » (je souligne) (*Ibid.*, p.324). Selon ces propos, les tensions principales que les chercheurs doivent tendre à minimiser sont liées au rapport de domination qui empêcherait les enfants-enquêtés de se sentir libres de parler, de raconter, de se confier aux adultes-enquêteurs. Puisque le « nouveau paradigme » de l'anthropologie de l'enfance met l'accent sur l'obtention du point de vue de l'enfant, il faut pouvoir rompre les positions sociales habituellement tenues en société – ce qui, comme le précise Samantha Punch à propos d'Allison James et ses coauteurs, n'est pas évident : « [...] *the nature of childhood in adult society means that children tend to lack experience of adults treating them as equals. [...] especially in a one-to-one situation* » (*Ibid.*, p.329). Ainsi, si cette domination semble générale (autorité*

parentale, autorité des enseignants, des éducateurs, des médecins, etc.), elle paraît exacerbée lors des situations dans lesquelles un enfant se retrouve seul face à un adulte.

De plus, dans la continuité de la réflexion sur les rapports de pouvoir entre enfants et adultes, et plus particulièrement autour de la domination qui les caractérise, Samantha Punch et d'autres auteurs avertissent les enquêteurs vis-à-vis du regard adulto-centré qu'ils peuvent porter sur les enfants et l'enfance. « *This difference arises from adults' assumptions concerning what children are and what childhood is like* » (*Ibid.*, p.325). Ce que Vicki Coppock et Brenda LeFrançois nomment « l'adultisme » fait référence à l'ensemble des présupposés que les adultes nourrissent à l'égard des enfants (Coppock & LeFrançois, 2014). Ils peuvent, par exemple, être particulièrement saisissants à propos du savoir des adultes pensé comme supérieur à celui des enfants. Sur ce sujet, Samantha Punch écrit : « *Adults must strive to abandon the commonly held assumption that adults' knowledge is superior to that of children* » (Punch, 2002, p.325). De ce regard inspiré par un sentiment de supériorité peuvent résulter de nombreux biais contre lesquels Samantha Punch met en garde, affirmant que, quelle que soit la méthode, l'important consiste à ne pas envisager les enfants comme des êtres immatures ou incompetents.

Ainsi, comme souligné par plusieurs auteurs précités, l'enjeu autour du choix des méthodes et outils d'enquête réside dans le fait d'éviter – ou de tenter d'éviter – de se trouver dans une relation de pouvoir (Barker & Weller, 2003; Punch, 2002), tout en se détachant des nombreux présupposés à l'égard des enfants et de l'enfance. Le développement de méthodes spécifiques aux enfants vise donc à remédier à ce double biais, en créant des conditions d'entretiens et d'observations à même de donner la possibilité aux enfants d'exprimer leur point de vue à un chercheur adulte (*Ibid.*)⁸⁸. M'inspirant des remarques de Berry Mayall (2013) et de Samantha Punch (2002), il semble qu'avant de se concentrer sur les outils d'enquêtes à adopter, les rapports de domination enfants-adultes pourraient être pensés

⁸⁸ Sur ce point, comme dans d'autres passages de ce chapitre, de nombreux éléments rapportés strictement à la question des enfants dans le processus de recherche semblent toutefois être totalement pertinents concernant la participation des adultes dans un processus de recherche. L'appel à un processus de décolonisation des *childhood studies* (Béhagues et Lézé) vise justement à combattre les inégalités dans les rapports de pouvoir entre les adultes et les enfants. À propos de ce processus, Élisabeth Cunin et Valeria Hernandez nous disent : « une décolonisation [...] nécessite l'élaboration d'une nouvelle épistémologie scientifique basée sur le dépassement des asymétries entre chercheur et acteur, l'élaboration de nouveaux outils d'investigation, la redéfinition des cadres institutionnels, etc. » (2007, p.25). Des actions ont été entreprises par les chercheurs en socio-anthropologie de l'enfance, mais l'ampleur des asymétries de pouvoir et des rapports de domination est telle qu'un travail conséquent reste à faire.

autrement en amont de la phase de terrain, offrant d'autres possibilités de mener la recherche et, implicitement, de sélectionner les outils pour la réaliser.

2.1.2. Valoriser les liens intergénérationnels

Au-delà des implications des relations de pouvoir qui existent entre les adultes et les enfants, Samantha Punch note que les rapports enquêteurs-enquêtés touchent aussi à la question de l'intergénérationnalité, reprenant l'idée développée par J. Qvortrup, B. Sgritta and H. Wintersberger selon laquelle les enfants constituent un groupe générationnel en soi (*Ibid.*). L'auteure, citant Berry Mayall, écrit : « [...] *the concept of generation is key to understanding childhood. This means that the adult researcher who wishes to research with children must confront generational issues* » (*Ibid.*, p.324). Si, dans un de ses ouvrages, Berry Mayall et ses co-auteurs insistent davantage sur la dimension intergénérationnelle comme sujet d'étude pertinent pour comprendre les interconnexions et interdépendances entre adultes et enfants (Alanen et al., 2015), il n'en demeure pas moins qu'elle pointe que cette approche est aussi fructueuse d'un point de vue épistémologique.

En introduction d'un dossier consacré à la notion de génération, Didier Demazière écrit : « Cette notion de génération constitue un point d'entrée, éprouvé et robuste, dans les sciences sociales, pour prendre en compte des structures et processus temporels dans la description, l'analyse et la théorisation. » (Demazière, 2004, p.1) J'emprunte donc à Demazière cette perspective et j'ajoute, notamment pour la socio-anthropologie de l'enfance et des enfants, que cette idée peut apporter une réflexion nouvelle en termes de méthodologie, et plus particulièrement autour de la problématique des rapports de domination entre enquêteur-adulte et enquêté-enfant. L'approche par génération, telle que décrite par cet auteur, « est une ressource pour affirmer, déplacer, contester, des divisions et des classements d'âge » (*Ibid.*), dont la plus vaste, et certainement la plus inébranlable, est celle entre les adultes et les enfants. Une telle démarche peut faire émerger d'autres aspects des relations de domination adultes-enfants. De plus, utile pour mettre en scène des différenciations, elle est aussi une possibilité de « qualifier des temporalités [...] des temporalités hétérogènes : biographiques bien sûr, mais aussi familiales, historiques ou encore institutionnelles. » (*Ibid.*) Ainsi, cette notion de génération n'est pas une réponse à la problématique de la

domination adulte/enfant, mais elle offre d'autres possibilités de penser ce qui lie, clive ou encore rapproche les adultes des enfants dans un rapport aux événements vécus, qu'ils soient biographiques, familiaux, historiques ou institutionnels.

Dans ce même dossier et dans la même lignée d'idées, Catherine Delcroix (Delcroix, 2004) explore les liens entre enfants et parents, avec pour choix de considérer les générations de manière *historique* à partir des contextes de socialisation, de parcours biographiques, d'aspirations et de groupes de référence. Penser en termes de générations comme le fait cette auteure peut peut-être nous aider, en tant que chercheurs, à nous départir de ce modèle adulte/enfant qui nous tourmente tant et apparaît contraire à l'idéal démocratique vers lequel nous tendons afin d'offrir plus d'égalité. Notre « passion » pour l'enfant nous rattrapant sans cesse (Gavarini, 1999), y compris dans notre souci d'adapter nos méthodes « aux enfants », et les *childhood studies* étant certainement plus politiques, tel qu'apprécié par Pascale Garnier (2015a), que ce que n'osent le revendiquer certains chercheurs, conceptualiser nos places respectives en lien à des appartenances générationnelles distinctes peut produire une autre perspective. En effet, si la notion de génération permet de marquer des différences (que nous reconnaissons en termes de compétences), elle aide aussi à disloquer le rapport autoritaire adulte-enfant en l'inscrivant dans un temps à la fois individuel et collectif, biographique et historique par exemple. Cette double caractéristique du temps complexifie les définitions des catégories « adulte » et « enfant » en juxtaposant divers niveaux d'analyses, du micro au méso. De plus, appréhender ces rapports en termes de générations historiques permet de visibiliser la richesse de chaque génération étudiée dans la recherche, amenant à concevoir autrement les rapports aux savoirs de chacun – chaque génération ayant ses propres groupes de références, ses parcours biographiques, ses aspirations et ses contextes de socialisation. En invitant à penser le vécu individuel dans l'histoire collective (au lieu de s'attarder sur les perspectives valorisant la culture enfantine), cette approche par génération se veut plus dynamique, caractérisant les personnes engagées dans le processus de recherche d'un point de vue individuel tout en les plaçant dans l'ordre social, politique et historique auquel elles appartiennent. Ainsi, la valorisation des liens intergénérationnels m'apparaît fondamentale pour trois raisons : premièrement, elle évite d'essentialiser les enfants en privilégiant le vécu individuel de chaque acteur engagé dans la relation d'enquête ; deuxièmement, elle fait valoir la richesse, et (tacitement) la complémentarité entre chaque génération afin de ne pas regretter la non-appartenance à un même groupe

générationnel ; et troisièmement, en posant explicitement la problématique du temps, elle rappelle l'importance du temps présent de l'entretien et la nécessité pour les chercheurs de « bricoler » pendant ce temps.

2.1.2.1. Pour ne pas essentialiser les enfants et les enfances

Premièrement, il semblerait que la volonté de donner une voix aux enfants doive passer par la restitution de leur point de vue, processus qui ne pourrait être réalisable qu'à condition d'être un enfant (puisque le problème est posé dans les termes suivants : comment faire puisque nous ne sommes plus enfants ?). Dès lors, ce processus devient un idéal impossible que toutes les méthodes viseraient à parer. Or, je reste perplexe face à cet argument, même si je comprends qu'il provienne du fait que les adultes ont été enfants et conséquemment qu'ils pourraient – parce qu'ils ont été – accéder par un (impossible) processus de réminiscence « à leur culture enfantine » perdue. Sur ce point, je suis en effet en désaccord avec Samantha Punch qui évoque notre rapport à l'enfance en tant qu'adulte de la façon suivante : « *The difference for research with children is that it is difficult for an adult researcher ever to totally understand the world from a child's point of view [...]. As adults we were once children but we soon forget, unlearn and abandon elements of our childhood culture* » (Punch, 2002, p.325). Si l'idée d'une culture enfantine a pu être fructueusement défendue afin de rompre avec la perspective naturaliste de l'enfance (Jenks, 1996), l'approche culturaliste semble devoir également être dépassée, ou du moins nuancée, notamment pour la raison suivante : l'idée que nous faisons partie ou non – ou pouvons accéder ou non – à cette culture selon que nous sommes enfant ou adulte paraît très figée et en contradiction avec les dynamiques complexes qui constituent, dans le quotidien, les enfances. Ainsi, penser en termes de culture enfantine pose plusieurs problèmes, dont celui d'effacer et de taire les différences singulières de chaque enfant. Pour le dire autrement, cela correspond à une essentialisation des enfants, affirmant que tous les enfants sont les mêmes, simplement parce qu'ils *sont* enfants. De plus, cette idée postule que nous oublions notre enfance et la singularité de sa portée dans notre rapport au monde une fois adulte. Cela, de nouveau, apparaît plus complexe que ne laisse supposer cette approche.

2.1.2.2. *Pour ne pas regretter l'absence de mêmété*

Deuxièmement, une des questions relatives aux rapports intergénérationnels entre enfants et adultes dans le cadre d'une recherche a trait à l'enjeu identitaire de la *mêmété* versus la différence entre le statut d'enfant et celui d'adulte chez une même personne. En effet, parmi les publications ayant pour toile de fond le particularisme, avéré ou supposé, de la recherche avec les enfants, nous trouvons ce type de questionnements : comment enquêter avec les enfants sans plus en être un soi-même ? Samantha Punch résume le problème ainsi : « *The difficulty with using this approach is that it relies on participant observation as a research strategy often without recognizing that adults are unable to be full participants in children's social worlds because **they can never truly be children again.*** » (je souligne) (Punch, 2002)

Si l'on suit l'idée qu'il est problématique que les adultes ne soient plus enfants, nous abordons un vaste débat inhérent aux sciences sociales, dépassant les questions relatives aux rapports adultes-enfants et pointant ainsi que les problèmes méthodologiques peuvent être communs aux enfants et aux adultes. Je pense ici à la question de la *mêmété* entre enquêteur et enquêté. Dans cet ordre d'idées, il faudrait, pour pouvoir enquêter et produire des résultats de recherche pertinents, faire partie du groupe social pris comme objet d'étude et avoir en commun avec ses membres une expérience (la possession pour Jeanne Favret-Saada ; la pratique de la danse orientale pour Julie Boukobza, (2008), une orientation et des activités sexuelles pour Érick Laurent (2014), une carrière de danseur professionnel pour Pierre-Emmanuel Sorignet (Sorignet, 2014) ou de boxeur pour Loïc Wacquant (Wacquant, 2007). L'un des enquêtés de Jeanne Favret-Saada dans le Bocage dit ainsi : « Ceux qui n'ont pas été pris, ils ne peuvent pas en parler » (1977, p.35). Dans ces cas, la position d'extériorité de l'ethnologue écarte toute possibilité de recevoir un discours proche de la réalité vécue par les enquêtés, ces derniers optant pour la construction d'un discours « objectivant » et « folklorisant » (*Ibid.*, p.34). Pour ces chercheurs, « la simple observation » pose des « limites épistémologiques et heuristiques ». Celles-ci peuvent alors être dépassées en investissant des terrains avec lesquels le chercheur partage des caractéristiques et les révèle (É. Laurent, 2014) et/ou participe pleinement aux activités du groupe étudié (Paccaud, 2020). L'essor des *Disability Studies*, en tant que discipline académique, est en ce sens exemplaire

puisque'il est lié au mouvement « *Nothing about Us Without Us* »⁸⁹, dont le principe repose justement sur l'inclusion – par exemple celle des personnes avec un handicap pour Mike Oliver et Colin Barnes (2010). Ainsi, une partie des chercheurs et chercheuses sont eux-mêmes porteurs d'un handicap, rejoignant l'idée précitée que l'expérience d'une situation commune est nécessaire à la compréhension. Les auteurs soulignent qu'au cœur du principe d'inclusion réside une lutte politique pour l'égalité, la justice sociale et le respect des droits des personnes avec un handicap – revendications qui sont plus ou moins fortement revendiquées selon les champs étudiés.

Les recherches sur l'enfance et les enfants contribuent à ce débat en développant une méthodologie et une épistémè favorables à une anthropologie de l'autre – ici l'enfant – différente. Ainsi, et contrairement à la position des chercheurs cités ci-dessus, je ne pense pas que le fait d'avoir été enfant donne un avantage à tout chercheur souhaitant travailler avec les enfants. Il s'avère que c'est une donnée (celle d'avoir été enfant), avec laquelle il faut travailler, tout comme la donnée d'être de sexe féminin ou masculin par exemple – ainsi que je l'ai discuté dans le chapitre précédent. À ce titre, je suis plus proche des méthodes et terrains dans lesquels nous ne partageons pas forcément quelque chose de commun avec les enquêtés mais qui nous amène à travailler avec *ce que nous sommes*. De fait, tout comme un chercheur adulte ne prend pas la place d'un enquêté adulte, et ne devrait pas s'efforcer de le faire, nous ne pouvons pas, en tant que chercheurs, déplorer de ne pouvoir nous mettre à la place de l'enfant. William Corsaro montre très bien, avec les enfants auprès desquels il a enquêté, dans quelle mesure sa taille, qui amena les enfants à le surnommer « Big Bill » fut, *in fine*, une sorte d'atout, lui attribuant une place spéciale d'« adulte atypique » dans le groupe d'enfants (Corsaro, 2005 [1997]). Dans ce cas, et je constate qu'il en a été de même sur mon terrain dans les liens aux enfants rencontrés, l'expérience partagée pendant l'enquête (le fait d'avoir été présent avec les enquêtés, d'avoir vécu avec eux les mêmes événements durant la recherche, d'avoir construit une relation, sont autant d'éléments qui constituent la force de la relation d'enquête), prend le pas sur le fait de partager des caractéristiques physiques similaires.

⁸⁹ Ce slogan est repris du titre de l'ouvrage « *Nothing About Us Without Us* » publié en 1998 par l'activiste et professeur à l'Université de l'Illinois, département « Disability and Human Development », James I. Charlton (Charlton, 1998). https://en.wikipedia.org/wiki/Nothing_About_Us_Without_Us

Ainsi, il me semble que reconnaître le statut d'enfant acteur implique de cesser de regretter de ne pouvoir restituer le point de vue des enfants *en prenant leur place*. La recherche, qu'elle soit avec les adultes ou les enfants, n'est pas un « morceau du réel ». Nous ne pouvons pas collecter leur point de vue comme une donnée brute et immuable.

2.1.2.3. *Pour reconnaître l'avoir été (d'une enfance passée) et l'être (d'une vie présente)*

Enfin, en abordant le problème d'un point de vue générationnel, Berry Mayall (2013) pointe la prégnance de la temporalité de la recherche et m'incite à réfléchir aux rapports aux temps chez les chercheurs. Cette posture a d'ailleurs été récemment valorisée par Samantha Punch qui invite expressément les chercheurs en socio-anthropologie de l'enfance et des enfants à intégrer dans leurs analyses l'approche par génération, tout en rappelant l'importance de critiquer ce terme génération pour ne pas répéter une énième division dont le contenu (ceux qui définissent une catégorie) serait le même, mais le contenant (le nom générique de la catégorie) différent (Punch, 2002).

Ainsi, il me semble que l'approche par génération permet d'appréhender autrement une des dimensions clés du nouveau paradigme, à savoir l'importance du temps présent. En effet, l'un des piliers de l'argumentation des auteurs du nouveau paradigme est que l'enfant doit être considéré comme un être étant (*being*) et non en devenir (*becoming*). S'attachant à déconstruire les perspectives développementalistes et naturalistes dans lesquelles l'enfance et les enfants étaient pris, ces auteurs ont insisté pour inscrire les enfants dans un temps présent et non uniquement tourné vers le futur. Il semble qu'en suivant cette logique, il serait pertinent que les chercheurs appliquent le même principe, adoptant une posture similaire envers eux-mêmes en (s')investissant dans leur présent au lieu de chercher à compenser un impossible retour vers ce qui a été (eux en tant qu'enfant) ; le temps présent est l'instant de la recherche, et cela en particulier pour le temps de l'entretien. Ainsi, le problème ne se situerait pas, ou plus, du côté de l'avoir été (enfant), mais du côté de l'être (adulte) faisant de la recherche avec un enfant, leur différence reposant sur l'appartenance à différentes générations.

Avec ces enjeux en tête (la relation de pouvoir, l'impossibilité de prendre la place de l'enfant et la nécessité de s'inscrire dans le présent), il convient désormais d'aborder l'utilisation de quelques-uns des outils les plus communément utilisés dans la recherche avec les enfants et de considérer leurs effets en lien avec la spécificité de mon terrain, c'est-à-dire des enfants diagnostiqués et/ou suivis pour troubles psychologiques ou psychiatriques au Maroc. Les liens intergénérationnels constituent un paysage que j'ai souhaité peindre en introduction, mais nous comprendrons mieux, dans les chapitres contenant les descriptions ethnographiques et les analysant au prisme de l'éthique du *care*, dans quelle mesure cette question de l'intergénérationnalité prend sens pour appréhender autrement les relations de *care* entre les membres d'une famille. Pour l'heure, dans la partie suivante, j'analyse, *a posteriori*, les manières dont j'ai mené ma recherche, interrogeant quels outils ont produit quelles données. Je me concentre plus spécifiquement sur le dessin, et dans une moindre mesure sur le tableau d'activité, le journal et l'appareil photographique, dont les applications ont été « contrariées » par la réalité du terrain. Néanmoins, de ce que j'ai parfois considéré comme des contrariétés surgit une réflexion sur la boîte à outils pour les recherches avec les enfants. De plus, au-delà d'une contribution méthodologique, ces considérations permettent de dessiner à grands traits certaines caractéristiques des enfants rencontrés sur mon terrain.

2.2. Impensés et remèdes

2.2.1. Une boîte à outils inadaptée et indécente ?

Dans un article intitulé « Is it fun ? », John Barker et Susie Weller reviennent sur la multiplication des méthodes de recherche avec les enfants, s'interrogeant sur la pertinence de leurs usages (Barker & Weller, 2003). Ils précisent que bien que ces méthodes, pensées pour faciliter les possibilités d'expression des enfants pris dans une relation de domination avec les chercheurs-adultes, puissent effectivement le permettre, cela n'est en soi pas systématique et dépend, entre autres, de ce que les adultes perçoivent comme « *children friendly and empowering* ». S'appuyant sur d'autres chercheurs, ils avancent que les « méthodes traditionnelles » peuvent apparaître intimidantes, inappropriées ou ennuyeuses pour les enfants (*Ibid.*, p.38) – constats qui auraient amené au développement de méthodes alternatives innovatrices telles que le dessin, la photographie, les histoires, les chansons, les

journaux intimes, ou les méthodes basées sur des activités. Ces méthodes sont parfois conjointement utilisées afin de s'adapter à la diversité de communication des enfants. Mais comme relevé par certains auteurs, et comme je l'ai constaté sur mon terrain, cette boîte à outils dite « *children-friendly* » peut s'avérer inadéquate, notamment en raison de *la spécificité des lieux* dans lesquels elle est employée. Ce dernier point met en exergue toute la difficulté, voire l'impossibilité, de généraliser la question des méthodes pour la recherche avec les enfants, m'invitant, d'une part, à complexifier et à nuancer les critiques jusqu'alors établies vis-à-vis de ces méthodes, et m'incitant, d'autre part, à formuler de nouvelles propositions méthodologiques et épistémologiques.

2.2.1.1. L'importance du lieu

Avant de détailler ces critiques, il convient de tenir compte des espaces (au sens large) dans lesquels ont eu lieu les entretiens avec les enfants. Les géographes ont particulièrement mis en avant cette attention aux lieux, m'encourageant, d'un côté, à établir des liens entre espace de travail et dynamique d'entretien, et de l'autre, me confortant théoriquement vis-à-vis des choix instinctivement faits sur le terrain. L'idée de « cultures de communication » en fonction du lieu d'entretien, comme dans le cas de mon terrain, m'est apparue pertinente au moment de l'analyse des données d'entretiens. En effet, John Barker et Susie Weller notent : « [...], *it is the cultures of communication present within the spaces in which we conduct our research which influence the impact of each method. We need to recognise the significance of space in evaluating various methods of communication* » (2003, p.44). Leurs conclusions sont le résultat de recherches conduites dans le contexte scolaire et pour lesquelles les auteurs ont expérimenté le fait que certaines méthodes (notamment le journal) étaient « trop similaire au travail scolaire » (*Ibid.*, p.46). Cette similarité a eu deux effets préjudiciables que j'ai retrouvés dans mon propre contexte de recherche : premièrement, pour les enfants, le dessin équivalait à une répétition, ou à une sorte de prolongement, du travail accompli à l'hôpital – renforcé par le fait que je leur demandais de faire un dessin à l'hôpital ; deuxièmement, la ressemblance pouvait laisser penser que les professionnels de santé et moi-même avions une fonction comparable, maintenant les enjeux des rapports de pouvoir intacts alors que je tentais de m'en extraire. Ainsi, en considérant, à la lumière du concept de « culture de

communication » de John Barker et Susie Weller, les différents outils de collecte de données utilisés ou envisagés sur mon terrain, à savoir le dessin, le tableau d'activités, le journal (intime) et l'appareil photo, j'ai été en mesure d'étoffer mes propres résultats de recherche – percevant la similarité des outils de recherche avec les outils d'évaluation. En les contextualisant dans la culture de communication de l'hôpital, et plus particulièrement la culture relationnelle adultes-professionnels/enfant-patients, l'absence ou le dépouillement de certaines données⁹⁰ se sont malgré tout avérés riches d'enseignements.

2.2.1.2. *Le dessin*

L'importance du lieu et de sa culture de communication est apparue très significative lorsqu'il s'est agi d'analyser les dessins accomplis par les enfants. Après quelques essais encouragés par la littérature sur la recherche avec les enfants (Danic et al., 2006; Freeman & Mathison, 2009; Hejoaka, 2012; Punch, 2002), je m'étais rapidement rendu compte que ce médium n'était pas approprié pour les enfants avec qui je travaillais. D'ordinaire plébiscitées pour son double rôle (d'une part d'« ice-breaker » (Freeman & Mathison, 2009) ou de facilitateur, et d'autre part, de support à la narration), ces deux caractéristiques n'avaient pu se déployer dans l'espace hospitalier (Boyden and Ennew in Punch, 2002). En effet, en proposant à quelques enfants de dessiner, j'ai réalisé que, dans le contexte étudié, l'acte de dessiner faisait partie de la culture de communication locale, modifiant l'usage du dessin tel qu'il est envisagé dans les enquêtes en sciences sociales. En fait, au sein de cet hôpital, le dessin était soit un objet d'évaluation soit un objet de travail, engendrant constamment attentes, commentaires et critiques de la part des professionnels à l'égard des productions picturales des enfants. Le changement d'énonciateur, à savoir que ce n'était plus un professionnel de la santé, mais moi, en tant que chercheuse, qui demandait de dessiner, n'avait pas suffi à créer une autre dynamique autour de cette activité. Pour autant, lors de la réalisation des entretiens avec les enfants, j'avais la conviction qu'ils savaient que mon travail n'était pas similaire à celui des professionnels de santé. J'avais commencé à voir les enfants en entretien à partir du mois de mars, soit deux mois après notre rencontre. Pendant

⁹⁰ Cette remarque s'applique non à la qualité des dessins ou des échanges eus avec les enfants, mais fait référence à l'impossibilité de nombreux enfants de dessiner ou de parler avec moi lorsque j'abordais des sujets spécifiques en lien avec leur présence à l'hôpital.

ce temps, nous avions, me semblait-il, construit une relation dans laquelle je m'étais toujours arrangée pour marquer ma distinction avec les professionnelles de l'équipe médicale et paramédicale, en m'asseyant, par exemple, sur les mêmes murets ou chaises qu'eux ou à même le sol, en ne leur interdisant pas de faire des choses, en jouant à cache-cache dans les couloirs de l'hôpital⁹¹. Je développe, dans la suite de ce chapitre et de manière plus spécifique, les ajustements de postures corporelles, et donc de rythme, pour lesquels j'ai opté. À la suite d'autres chercheuses (Sarcinelli, 2015; Sirota, 2004), et dans une perspective parfois différente de la leur, je commente les façons dont j'ai usé de mon corps, ne le considérant pas, à l'instar de Bérénice Waty, comme une entrave ou un obstacle source d'inconfort, mais bien comme une ressource avec laquelle travailler (Waty, 2017). Mais les réactions des enfants à ma demande de dessiner étaient venues semer le doute sur ma capacité à me différencier. En amont de la recherche, j'avais conscience que le dessin était une technique commune aux professionnels de santé et aux chercheurs en sciences sociales, et je m'étais mise en garde envers les effets de traductions visuelles (Mitchell, 2006), l'analyse développementale et l'évaluation psychologique (Lefèvre et al., 2007; Prudhommeau, 1947) ou encore les attentes de productions picturales « de qualité » (Darmon, 2001). Mais j'avais imaginé, nourrie par la littérature, que le dessin pourrait être un outil adéquat pour les enfants présentant des difficultés à verbaliser (Couronné, 2016, p.26). Néanmoins, je n'avais pas anticipé la réception de l'activité « dessiner » par les enfants, m'obligeant, tel que je le montrerai ultérieurement, à inventer d'autres « ice-breaker ».

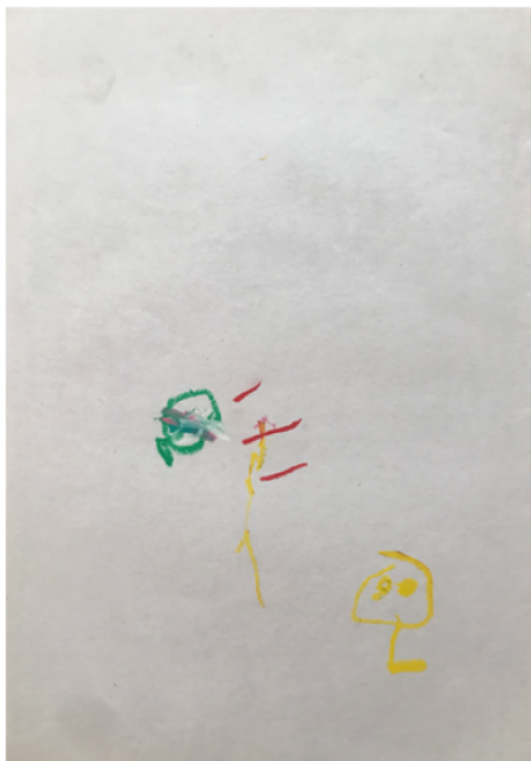
Les conclusions de John Barker et Susie Weller m'ont aidée à comprendre en quoi le dessin n'était pas forcément une activité que tous les enfants pouvaient ou voulaient faire, me conduisant à questionner l'idée d'universalité des productions graphiques enfantines⁹² (Hejoaka, 2012, p.95 & p.97) et à appréhender les différents styles culturels graphiques (Caldairou-Bessette et al., 2017). Plusieurs complications avaient surgi lorsque j'avais

⁹¹ Ces endroits n'étaient pas occupés par les professionnelles, et seules les mères ou les pères attendaient assis sur le muret lorsque les chaises étaient prises. Si lors du cache-cache, j'ai été comme les enfants, rappelée à l'ordre de l'hôpital (on ne devait pas jouer ici), je constate que la plupart du temps, avec les professionnelles, mon statut de chercheuse me permettait d'agir d'une manière « atypique » pour une adulte (Corsaro, 2005). Mes attitudes étaient alors comprises, je pense, comme des outils de la recherche.

⁹² Néanmoins, assez sceptique quant à cette potentielle universalité, je me suis largement référée et ai été influencée par le travail de Fabienne Héjoaka (2012) dont la sensibilité du sujet (l'annonce du diagnostic de VIH/Sida aux enfants), en contexte ouest-africain et musulman, pouvait me laisser penser que des rapprochements méthodologiques étaient pertinents.

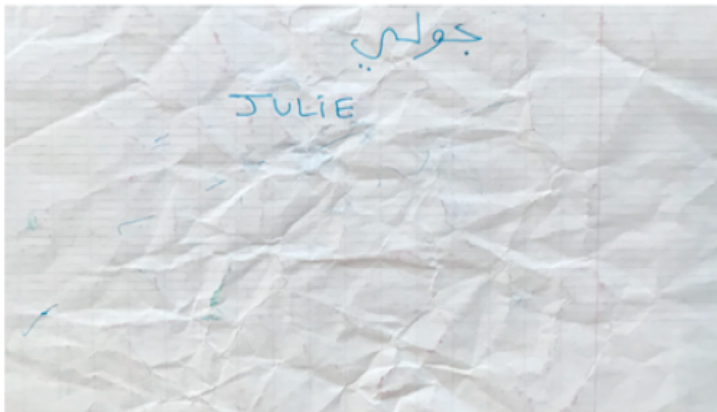
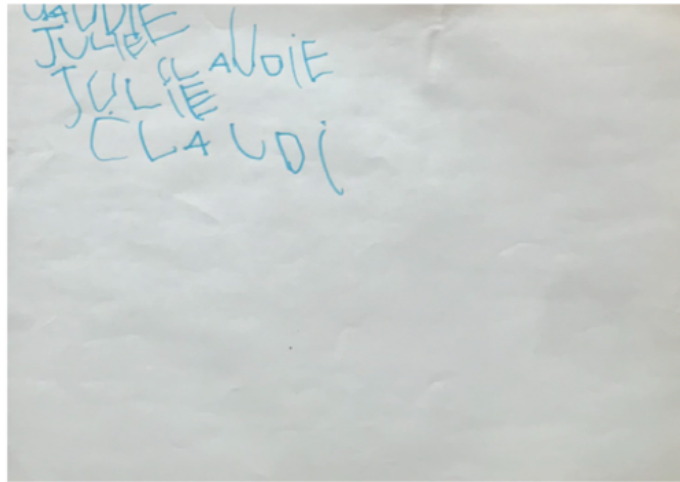
demandé aux enfants, en début d'entretien, de faire un dessin. Premièrement, dans le cas du dessin libre, les enfants ne savaient pas « quoi » dessiner, me demandant davantage d'instructions : « qu'est-ce que je dessine ? », « qu'est-ce que je dois faire ? », « tu veux que je dessine quoi ? ». Deuxièmement, qu'une thématique de dessin soit ou non imposée, ils ne savaient pas « comment » dessiner, me questionnant par exemple sur la façon d'utiliser l'espace de la feuille (« Ici ? Là ? »), pointant le crayon dans un coin ou au milieu de la feuille. Ils pouvaient également avoir besoin de plus de détails quant au type de crayon (feutre, crayon de couleur, stylo) ou la couleur à utiliser, prenant et reposant à plusieurs reprises les divers crayons posés devant eux. Pour certains, la réponse donnée, à savoir « comme tu veux » – concernant tant « le quoi » que « le comment » dessiner –, suffisait à les lancer avec plus ou moins de confiance. Tête baissée, ils s'appliquaient alors pendant quelques secondes, voire minutes, à dessiner *quelque chose*. Pour une grande partie d'entre eux, cela consistait à reprendre à leur compte les consignes formulées par les professionnels, choisissant de réaliser des bonhommes (cadre 1) ou d'écrire un prénom (cadre 2), deux activités types de la culture évaluatrice et apprenante de l'hôpital⁹³.

⁹³ Dans leur article sur le dessin en psychologie, Delphine Picard et René Baldy (Picard & Baldy, 2012) notent que la syntaxe du dessin (le « comment ») n'a été associée à sa sémantique (le « quoi ») qu'environ 30 ans après l'introduction du dessin dans la clinique. Cette remarque relativise certaines des théories sur le dessin (figure de Rey par exemple, en annexe) par l'introduction d'éléments relatifs par exemple à la prise en compte de la procédure d'exécution. Cette prise en compte de la procédure montre la pertinence du concept de culture de communication qui met en avant les conditions de réalisation du dessin.

Cadre 1 : le bonhomme sans ou avec prénom**Des bonshommes
(garçon de 7 ans)****Un bonhomme
(garçon de 8 ans)****Un bonhomme et le prénom
de la chercheuse
(garçon de 10 ans)**

Cadre 2 : le prénom

Garçon de 10 ans m'ayant demandé d'épeler « mon prénom » et « le prénom de ma maman » afin qu'il puisse l'écrire.



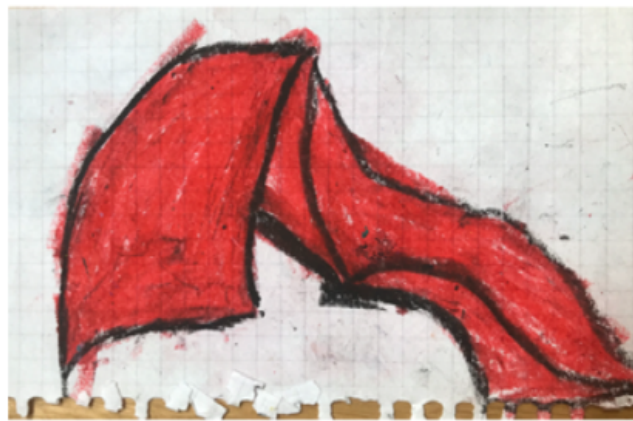
Fille de 9 ans m'ayant demandé d'écrire mon nom en français et en arabe, mais faisant finalement le choix de ne pas reproduire ce que j'avais créé, à sa demande, comme modèle.

D'autres enfants ont pu identifier ce qu'ils souhaitent dessiner, s'éloignant des consignes systématiquement reçues de la part des professionnels de l'hôpital. Lors de mes séjours, je n'ai que rarement vu les professionnels demander aux enfants de faire un dessin libre, opérant une distinction très nette avec la place et l'usage du dessin dans la clinique pédopsychiatrique européenne ou nord-américaine (Fruitet, 2017; Jumel, 2015; Scetbon, 2013). Les enfants ayant pu se détacher de la culture de communication de l'hôpital ont alors réalisé des dessins reprenant les jeux d'enfants (cadre 3) ou en lien avec l'environnement local quotidien (cadre 4), à savoir la maison, les fleurs, la mer – la ville étant côtière, les enfants, selon les activités familiales, étaient habitués à voir et/ou fréquenter la mer –, et les animaux, notamment les chats, qui sont très présents dans les rues de la ville. Dans sa thèse

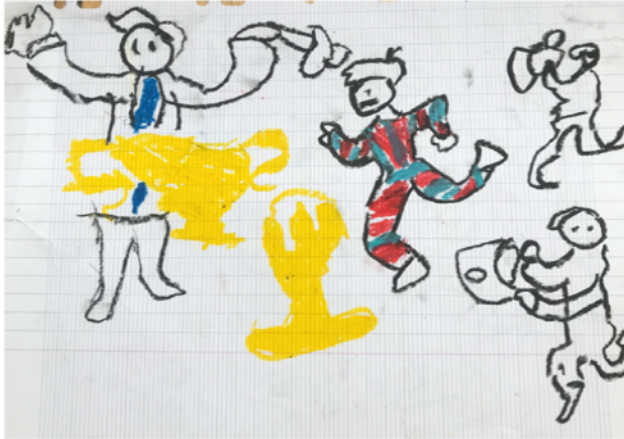
en milieu musulman mauritanien, Hélène Kane rappelle que la représentation figurative peut poser problème pour l’Islam – bien qu’elle souligne, se référant à Jean-François Clément (Beaugé & Clément, 1995), que des contournements ont lieu (Kane, 2015, p.59). Sur ce point, il est intéressant de pointer le choix d’un enfant de dessiner un chat, sachant qu’il s’agit au Maroc d’un animal choyé du fait de son rapport avec le prophète et de sa place privilégiée dans l’Islam⁹⁴. Phénomènes singuliers, ces représentations et choix opérés par les enfants permettent de prêter attention aux liens existant entre le contexte culturel, incluant le lieu de vie par exemple, et les représentations figuratives réalisées par les enfants (Barbichon, 1975).

Cadre 3 : les jeux d’enfants

**Un dragon
(garçon de 7 ans)**



⁹⁴ Check hadith (préciser ?)



**Les policiers et les voleurs
(garçon de 11 ans)**

Cadre 4 : l'environnement local et quotidien

La maison (garçon de huit ans)

- Est-ce que tu peux m'expliquer ce que tu as dessiné ?
- Une maison.
- Est-ce que c'est ta maison ?
- Non.
- D'accord. C'est toi qui as inventé cette maison ?
- Oui. Et il y a du soleil.



Le chat
(garçon de dix ans)



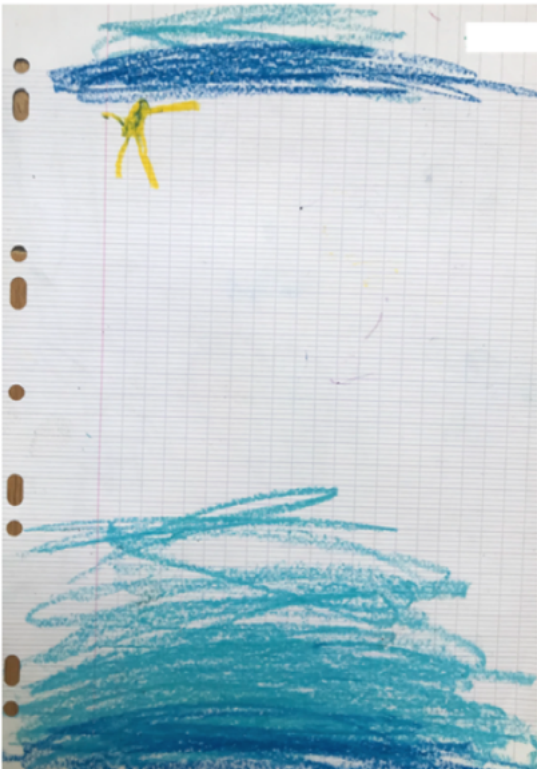
- Et là, qu'est-ce que tu as fait ?
- Un chat.
- Est-ce que c'est ton chat ?
- Non.
- Est-ce que tu aimes les chats ?
- Oui.
- Moi aussi j'adore les chats. J'ai amené mon chat avec moi au Maroc. Est-ce que tu as un chat à la maison ?
- Non. J'aimerais bien, mais Maman ne veut pas trop peut-être.
- Tu lui as déjà demandé ?
- Non.

La mer (fille de cinq ans)

- Qu'est-ce que tu as dessiné ?
- La mer.
- Oh oui, il y a plein de vagues (je fais le bruit des vagues en bougeant mes mains sur la feuille).
- Est-ce que tu aimes la mer ?
- (Pas de réponse)
- Est-ce que tu vas à la mer pour nager ?
- (Pas de réponse)



La mer et le ciel
(garçon de huit ans)



Une fleur (Faire quelque chose de beau)
(fille de 9 ans)



Certains enfants restaient le regard en l'air, réfléchissant, cherchant quoi faire et comment faire, laissant transparaître un sentiment que j'associais au doute et à la crainte de ne pas (savoir ou pouvoir) faire ce qui était attendu, ne pouvant se soustraire au type de culture de communication de l'environnement hospitalier. Souvent, ces enfants, hésitants dans leurs gestes et cherchant dans mon regard un signe d'approbation, semblaient finalement se risquer à faire le choix de recopier ce qui était représenté sous leurs yeux sur un livre, une boîte de crayons ou de puzzle. Lors d'un unique travail en groupe, le dessin d'un autre enfant pouvait également constituer un modèle à recopier. Dans ces cas, et selon les principes d'utilisation du dessin dans la recherche avec les enfants, la possibilité de voir, par le dessin, ce qui compte pour eux était annulée (Sapkota and Sharma in Punch, 2002), donnant lieu à ce que Fabienne Héjoaka a nommé « le biais de copie » (Hejoaka, 2012, p.111) (cadre 5).

Cadre 5 : recopier un modèle (objet ou autre dessin)

Pendant une activité improvisée de dessin en groupe à l'hôpital, des enfants ont dessiné la même chose, c'est-à-dire des « dinosaures » (qui sont aussi des objets identifiables aux jeux d'enfants). Les enfants étaient placés en cercle, les uns regardant directement ce que les autres faisaient.



Garçon de 7 ans qui a recopié le dessin sur la boîte des crayons de couleur placée devant lui.

Il ne donne aucune explication sur ce qu'il a fait, ne pointe pas du doigt le modèle. C'est en observant la manière dont il dessine que je réalise qu'il a recopié ce qui est sur les boîtes.



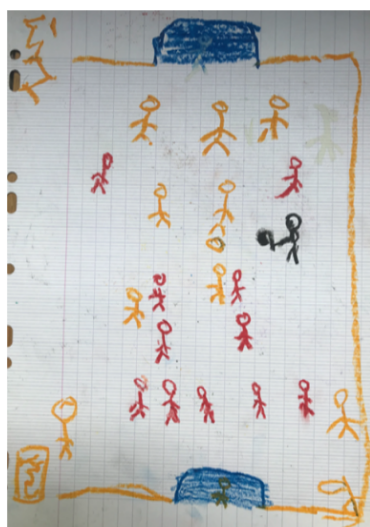
Dans certains cas, des enfants *m'ont demandé* de dessiner des choses précises pour eux. À cette occasion, j'ai retrouvé des thèmes appartenant à la catégorie que j'ai nommée « environnement local quotidien », à savoir la nature, le football (jeu courant dans la rue entre les enfants et les jeunes adultes), le travail du père ou le drapeau (qui est appris à l'école et qui est également très présent dans l'espace visuel marocain). Cet inversement de l'usage de cette méthode d'enquête – je dessinais ce qu'ils me demandaient – a été l'occasion pour les enfants de trouver quoi dessiner (cadre 6), puisqu'ils recopiaient ce que j'avais fait. En procédant ainsi, ils créaient un modèle à suivre, évitant de s'exposer à des critiques concernant le choix ou la manière de dessiner. Sachant que les professionnels réalisaient toujours en premier un modèle à suivre, un bonhomme, une forme géométrique, une lettre ou un chiffre, en procédant comme ils l'ont fait, ils (re)produisaient la culture de communication du lieu, celle impliquant que l'enfant exécute ce qui est attendu de lui.

Cadre 6 : recopier ce que l'adulte fait ou créer le modèle

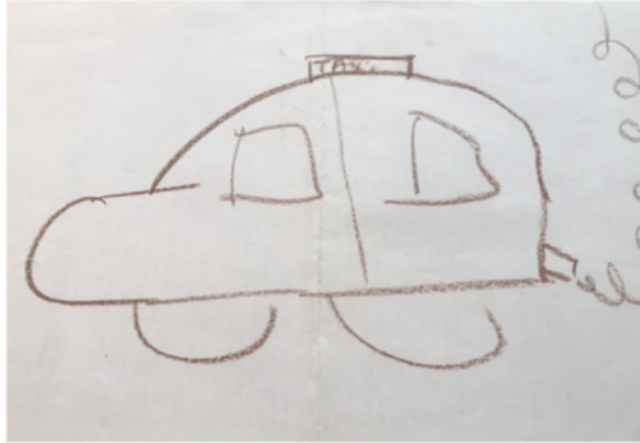
Je dessine (ci-dessous) et une fille de 5 ans copie ce que je fais (à droite) :



Pendant une activité improvisée de dessin en groupe, un enfant me demande de dessiner un terrain de foot (à gauche) et d'autres enfants reproduisent ce que je dessine (au milieu et à droite).



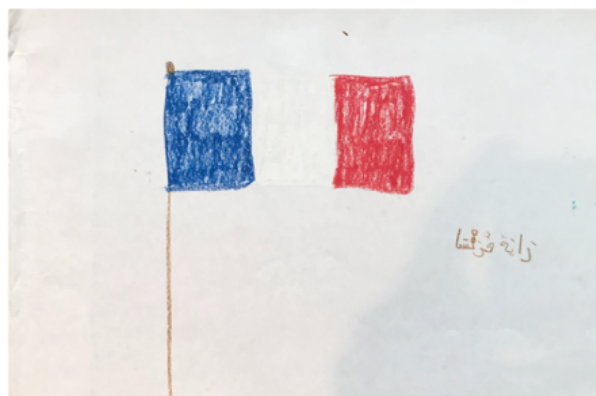
Un garçon de 8 ans me demande de dessiner un taxi et m'explique spontanément son choix en me disant : « Mon papa il a un taxi ».



Il m'explique qu'à l'école, ils ont appris à dessiner le drapeau du Maroc. Comme il aime me montrer ce qu'il sait, il me montre qu'il connaît ce qu'il a appris à l'école.



Il me demande de dessiner le drapeau de la France pour lui.



Enfin, que les enfants aient identifié seuls, avec l'aide du groupe, ou à partir d'un modèle ce qu'ils souhaitent dessiner, la majorité d'entre eux a été peu loquace quant au contenu de son dessin. Réponses concises, absence de commentaire, un seul mot descriptif (voir les extraits de discussion dans les cadres) : l'acte de raconter ou de commenter, tout comme celui de dessiner, ne fut pas tâche facile pour les enfants⁹⁵. Je me suis ainsi trouvée face à des enfants pour qui le dessin, libre ou imposé, n'était pas un moyen d'expression spontané – car associé au contexte de travail et d'évaluation des consultations médicales et séances paramédicales. De fait, le dessin n'a tenu ni la fonction d'ice-breaker ni celle de support à la narration – deux caractéristiques souvent mentionnées pour justifier l'usage du dessin dans la recherche avec les enfants. Inspirée par le travail de plusieurs chercheurs, et notamment celui de Fabienne Héjoaka au Burkina Faso avec des enfants ayant le VIH/sida et celui du collectif Enspedia en Afrique de l'Ouest, j'avais tenté un travail de représentation de la maladie et de ses symptômes, à l'image des signes cliniques du VIH/sida ou de la drépanocytose dans d'autres recherches, espérant y percevoir des liens avec des thématiques telles que la normalité ou la stigmatisation, via les représentations des corps et les autoportraits, ou les émotions vécues vis-à-vis des membres de la famille ou des copains et copines d'école par exemple. Mais le travail d'abstraction à accomplir par les enfants n'était pas possible. Il n'était pas réaliste, ni d'un point de vue des compétences des enfants ni d'un point de vue du lieu de l'enquête (et des attentes y étant associées – parce que le dessin y est un outil d'évaluation), que le dessin soit une source de résultat en soi, c'est-à-dire par le dessin ou la narration à propos de celui-ci (représentation).

Néanmoins, l'analyse du rapport au dessin et de la manière de le faire ainsi que la considération du contexte et de la culture de communication dans lesquels il a été proposé et fait, constituent des résultats de recherche importants puisque, complétées par mes observations, elles permettent d'éclairer et de mieux comprendre les dynamiques relationnelles entre les enfants et moi-même et les enjeux de certains outils de recherche, en particulier le dessin. En effet, j'avais constaté que quels que soient les registres d'actions, d'apprentissage (activités thérapeutiques) ou d'évaluation (bilans médicaux et paramédicaux), ils se composaient toujours de l'énonciation de consignes fermées (réaliser

⁹⁵ À noter que Héjoaka constate également que les enfants, surtout les plus jeunes précise-t-elle, ont tendance, lors des entretiens, à être plus concis et moins descriptifs (2012, p.87). Mon expérience de terrain avec les enfants rejoint donc, sur certains points, celle faite par d'autres chercheurs.

un bonhomme ou des formes géométriques) et de la formulation d'instructions et d'attentes précises par les professionnels : lorsque les enfants dessinaient un bonhomme par exemple, il devait avoir une tête, un cou, des bras, des mains, un buste, des jambes, des pieds, l'ensemble devant respecter certaines proportions. Cette manière d'aborder le dessin conditionnait largement les comportements des enfants lorsqu'ils étaient face à une feuille pour dessiner. De fait, leurs manières d'agir avec moi s'étaient révélées en accord avec les pratiques du contexte, les enfants attendant dès lors des consignes plus directives que celles que je leur donnais. J'ai ainsi constaté qu'il était compliqué pour ces enfants de dessiner spontanément et de faire autre chose que ce qui était d'ordinaire demandé dans ce lieu et dans ce contexte (cadres 1 et 2). Qu'il s'agisse des enfants copiant ce qu'ils avaient sous les yeux (cadre 5) ou ce qu'ils m'avaient demandé de dessiner (cadre 6), leur manière d'accomplir l'activité proposée a pointé le rôle primordial du modèle et de la consigne, qu'il convient de suivre et de respecter sous peine de critiques. Naïvement et certainement prise dans mes propres schémas psycho-éducatifs européens contemporains (Lareau, 1987), j'avais initialement pensé que « la liberté de dessiner » que je leur donnerais serait accueillie avec enthousiasme et plaisir, envisageant par ailleurs que le dessin puisse être une source plus ou moins facile de discussions et de données pour comprendre leur vision de l'expérience hospitalière. De ce point de vue, ce fut un échec : le dessin n'était que rarement spontané et pour la majorité des enfants, ces moments s'apparentaient davantage à du travail et à une évaluation qu'à un temps d'amusement et de détente. Les enfants ne montraient que très peu, voire aucun plaisir à accomplir cette activité, sauf pour certains lorsque nous nous étions retrouvés en groupe (cadre 6). De plus, lorsque je regardais leur dessin, je ne voyais aucune représentation du monde selon leur perspective. Je ne percevais pas de lien entre les thématiques plus ou moins imposées et ce qu'ils dessinaient, par exemple « dessiner l'hôpital », expérience me conduisant très vite à abandonner cette manière de faire. Aucun enfant, quel que soit le type de trouble avec lequel il avait été diagnostiqué, ne fut en mesure de dessiner l'hôpital, ce qui y était important pour eux, ce qu'ils y aimaient ou ce qu'ils n'y aimaient pas. Face à mes demandes, les enfants restaient bouche fermée, immobiles, les yeux dans la vague. L'idée et la possibilité d'exprimer leur vécu par le dessin se sont avérées un impossible méthodologique.

Ainsi, d'un point de vue méthodologique, ces données ont favorisé l'émergence de la réflexion ici déroulée sur la place du dessin dans les enquêtes avec les enfants, pointant la

nécessité de réintégrer un questionnement systématique sur l'utilisation de certains outils en fonction des contextes, c'est-à-dire des espaces dans lesquels ils sont employés.

Par ailleurs, ma volonté de suivre certaines des méthodes les plus exposées dans la littérature scientifique ne m'avait pas préparée à travailler avec des enfants diagnostiqués avec des troubles psychologiques et psychiatriques. En amont de mon terrain, la préparation de mes outils méthodologiques ne m'avait pas conduite vers la littérature des « *Disability studies* » (Aldridge, 2007; Booth & Booth, 1996; Wickenden & Kembhavi-Tam, 2014). Ce n'est qu'en juillet 2016, lors de la conférence de l'European Association of Social Anthropologists (EASA), que j'ai assisté à des présentations organisées par le groupe d'intérêt des *Disability studies*. Jusqu'alors, je n'avais jamais effectué le rapprochement entre certains des travaux de ce groupe et ceux que je conduisais. Aujourd'hui, je pense que mon souhait de ne pas aborder les enfants par le prisme des troubles par lesquels le monde médical les considérait m'avait conduit à écarter la littérature publiée par les *Disability studies*. De plus, les enjeux autour de la définition du handicap dans la littérature francophone me tenaient à l'écart d'une telle référence pour la pédopsychiatrie (Golse & Querre, 2020; Rabischong, 2015) : ma détermination à me décentrer de la culture médicale m'avait amenée loin de cette aire de connaissances. Peut-être ai-je commis une erreur méthodologique. Peut-être qu'en adaptant mes outils aux compétences cognitives des enfants (une fois ces derniers identifiés), j'aurais effectivement pu obtenir des éléments plus précis sur leurs représentations du monde de l'hôpital psychiatrique, de la maladie, ou encore des symptômes. En négligeant certains des effets des troubles diagnostiqués sur le travail d'abstraction requis pour le dessin, j'ai peut-être mal anticipé la réception des outils (Picard & Baldy, 2012), mais il s'agissait d'un choix cohérent avec mon souhait de ne pas considérer les enfants selon les diagnostics médicaux qualifiant leurs états de santé⁹⁶. Cette volonté, avec les biais qu'elle a pu engendrer, répond néanmoins à une demande de la part des jeunes atteints d'un handicap psychique ou psychique – demande constatée par Mary Wickenden et Gayatri Kembhavi-Tam : « *their irritation that their disabled identities were the ones that were privileged by most people around them. They saw themselves firstly and more importantly as ordinary teenagers.* » (Wickenden & Kembhavi-Tam, 2014, p.403). Puis, il

⁹⁶ Il semble important de pointer que même si j'avais eu la perspicacité d'intégrer la littérature autour des « *disabled children* », le problème des modèles du handicap produit dans le Nord demeure un enjeu majeur de la production académique sur cette thématique (Meekosha, 2011).

importe de souligner que, quel que soit le niveau de précision et de justesse dans l'anticipation de mes outils d'enquêtes, le travail d'anthropologue est fait de bricolage. Ce n'est qu'une fois sur le terrain, et pris dans le temps présent de la relation d'enquête, que nous sommes, en tant que chercheurs de la matière humaine, à même de créer, de développer et d'adapter les outils nécessaires à la réalisation du travail ethnographique (Couronné, 2016, p.26).

Pour conclure à propos du dessin, je pense que mon écueil est révélateur de certains angles-morts de la socio-anthropologie de l'enfance et de l'enfant, rappelant le besoin de nouveaux impératifs de la recherche. Premièrement, il est nécessaire de procéder à l'élargissement des thématiques traitées. Lors de l'initiation de mon travail doctoral en 2013, les recherches sur la santé mentale des enfants, dans une perspective de la socio-anthropologie de l'enfance, étaient très peu nombreuses (cf. introduction). Les recherches se concentrant sur un nombre relativement restreint de thématiques, je n'avais que peu de références pour envisager et construire mes méthodes d'enquêtes avec des enfants suivis dans un hôpital pédopsychiatrique⁹⁷. Deuxièmement, l'intersectionnalité des thématiques d'études, idée d'ailleurs défendue par Régine Sirota et commentée au chapitre 3 de ce manuscrit (Sirota, 2012, p.6), n'est que peu abordée. En analysant la réception du dessin dans le milieu hospitalier psychiatrique marocain, j'ai découvert les multiples couches de sens que cet outil pouvait avoir. Son introduction a permis de montrer les différents rapports sociaux dans lesquels les enfants étaient pris, rappelant qu'aborder les enfants en tant qu'« enfant » est illusoire puisqu'une telle figure n'existe pas. Les singularités du parcours de vie (être patient en pédopsychiatrie), du lieu de vie (dans un centre urbain marocain), du contexte et de l'environnement social (un hôpital public) doivent être considérées lors de la création et de l'introduction d'un outil d'enquête.

Ce constat, s'il est le dénouement de l'analyse dédiée à l'usage du dessin en tant que méthode d'enquête, est applicable aux autres outils discutés ci-après, notamment le tableau d'activités, le journal (intime) et l'appareil photographique. D'une manière similaire, mais beaucoup moins détaillée, je présente ci-dessous les aspects de ces outils pour lesquels j'ai

⁹⁷ Voir le référencement réalisé par Fabienne Héjoaka à propos des recherches et de leur publication dans le monde francophone (2012, p.66-68).

expérimenté des difficultés sur le terrain. Les mêmes conclusions sont tirées, à savoir que les problèmes méthodologiques s'avèrent être utiles d'un point de vue épistémologique.

2.2.1.3. *Le tableau d'activités*

Du fait d'un certain manque d'anticipation vis-à-vis, d'une part, de la similarité entre activités thérapeutiques et outils d'enquêtes socio-anthropologiques et, d'autre part, des répercussions que cette ressemblance pouvait avoir en termes de production de résultats, ce n'est *qu'a posteriori* que j'ai analysé avoir commis une erreur en proposant le dessin aux enfants. S'agissant du tableau d'activités pour connaître leur quotidien, j'ai très rapidement décidé de ne pas en faire usage. J'avais programmé l'usage de cet outil à la suite de la découverte des techniques PRA (*Participatory Rural Appraisal Collection*, ou Méthode accélérée de recherche participative – MARP) auprès d'un collègue sociologue en agroforesterie. J'avais envisagé une adaptation de celles-ci avec les enfants rencontrés à l'hôpital⁹⁸. Mes idées pour utiliser les PRA étaient les suivantes. La cartographie, conformément à l'usage en agroforesterie, m'aurait permis d'identifier les personnes et les lieux ressources pour les enfants. Il s'agissait de dessiner les lieux importants (maison, quartier, école, hôpital, etc.) et d'y faire figurer les éventuelles personnes que l'enfant y associait. La frise chronologique avait été pensée pour appréhender le rapport au temps de la maladie, c'est-à-dire pour élaborer une représentation graphique de l'expérience en tant que patient, incluant, par exemple, la découverte du diagnostic et la prégnance des symptômes au quotidien. Enfin, l'objectif des calendriers quotidiens était de réaliser l'emploi du temps de l'enfant afin de connaître le déroulement de ses journées.

Mes observations du déroulement des consultations m'avaient convaincue que les similitudes, en termes d'objectifs, entre tableau d'activités thérapeutique et méthodes PRA – notamment le calendrier quotidien ou hebdomadaire – étaient très, voire trop, conséquentes. Comme expliqué précédemment, il m'a semblé que proposer des méthodes plus ou moins identiques n'aurait pas été pertinent, notamment vis-à-vis de ma tentative, par mes méthodes, de me démarquer de l'équipe thérapeutique – mon objectif étant de rompre

⁹⁸ Ce n'est qu'à la fin de mon terrain que j'ai découvert les travaux de Punch et son usage des PRA (2002).

avec la relation de pouvoir enfant-patient/adulte-professionnel. Contrairement au dessin que j'imaginai récréatif et libérateur, le tableau (ou le calendrier) m'est rapidement apparu comme contraignant pour les enfants et avec peu d'alternatives possibles pour en faire une activité autre que celle recherchée par le travail thérapeutique (voir les cadres présentés p.270). L'existence de traits communs entre les activités que les professionnels et moi pouvions proposer confirme les liens tissés par John Barker et Susie Weller à propos des lieux et des cultures de communication y régnant : même si la finalité n'était pas la même, à savoir que je cherchais simplement à connaître l'emploi du temps des enfants pour comprendre leurs manières d'être et de faire, alors que pour les professionnels cette connaissance n'était qu'une étape nécessaire pour modifier les comportements des enfants au quotidien, nous souhaitions tous avoir une trace écrite des événements qui constituaient leur quotidien.

De plus, comme constaté par ces auteurs, le fait que les enfants aient à écrire pour remplir le tableau impliquait un effort soutenu. L'écriture n'étant pas facile, voire souvent impossible, les parents auraient dû les aider, intervenant de manière plus ou moins directe sur le contenu du tableau. Ayant été témoin du fait que les parents faisaient les exercices à la place des enfants et affirmaient, pour certains, qu'« ils n'avaient pas beaucoup aidé l'enfant », je pressentais que cette méthode ne m'aurait pas conduite dans une direction que je souhaitais prendre. Elle aurait requis des temps de discussions importants afin de démêler les voix et de retrouver les mots de chacun. Cet outil, combiné à la pression exercée sur les enfants en les confrontant à une pratique si complexe, ne m'était alors pas apparu comme une option réalisable.

Néanmoins, tout comme Muriel Darmon a montré que le refus de terrain était une donnée de recherche (2005), le fait que je ne puisse ou ne veuille pas avoir recours à certaines méthodes s'inscrit comme « un objet de plein droit de la recherche » à même de nous enseigner quelque chose de la réalité étudiée. Dans le cas du tableau ici présenté, il permet, en élargissant la focale des méthodes au contexte, de comprendre les dynamiques relationnelles et les enjeux de réalisation autour des activités demandées aux enfants. Je perçois l'assimilation qui est la leur concernant les attentes formulées à leur égard. Je le découvrirai par le biais des observations et des entretiens, mais l'analyse des méthodes et des difficultés qui y sont associées rend d'autant plus limpide cette modalité interactive entre les adultes-professionnels et les enfants-patients. Les adultes savent, montrent, guident,

donnent des consignes et les enfants y répondent, les attendent, les respectent (ou pas), et vérifient à plusieurs reprises que ce qu'ils ont compris est bien ce qui est attendu d'eux. En me retrouvant, d'une certaine manière, à la place d'un adulte demandant à l'enfant de faire quelque chose, j'ai été stupéfaite par l'absence de spontanéité des enfants, signe précieux de compréhension de la culture de communication de ce service hospitalier.

2.2.1.4. *Le journal*

Un peu plus loin dans leur article, John Barker et Susie Weller précisent leur propos au sujet la culture de communication et l'espace de la recherche en commentant l'usage du journal intime. Ils réitèrent leur position à l'égard des effets de l'espace du lieu d'entretien sur le présupposé caractère « *children-friendly* » de la méthode envisagée. Ils expliquent : « *Despite our discussions regarding the culture of the school constructing diaries as a more appropriate method, our experiences also highlight that for some children diaries are too much like school work. [...] mirroring Costley's (2000) experiences where research tasks carried out in schools were seen as work.* » (Barker & Weller, 2003, p.46). Ces chercheurs, malgré un travail réflexif sur l'usage du journal, n'avaient pas anticipé la réaction des enfants car ce qu'ils avaient imaginé comme un facilitateur, puisque déjà connu et utilisé par les enfants, s'est avéré être une source de blocage : les enfants le considéraient comme un travail, et conséquemment, comme un devoir supplémentaire. Tel que révélé par ces chercheurs, le « véritable » caractère attribué par les enfants au journal intime n'est apparu qu'une fois l'objet introduit auprès des enfants. Dans le cadre de recherche biomédicale, le journal a été utilisé avec les enfants malades pour la gestion de la douleur et des traitements consécutifs. Ce fut notamment le cas pour les enfants atteints de drépanocytose (Dampier et al., 2002), de cancer (Fortier et al., 2014) ou d'enfants sujets à l'anxiété (Allen et al., 2010). Dans ces contextes, il semblerait que le journal ait pu jouer un rôle positif, c'est-à-dire favoriser la collecte de données et, dans une certaine mesure, faciliter la discussion entre enquêteurs et enquêtés. Toutefois, pareillement au tableau d'activités, j'avais fait le choix de ne pas demander aux enfants d'employer un tel outil car j'avais perçu à quel point cela leur était difficile, dans le cadre de la thérapie, de remplir le journal mis en place par les médecins. Leur manque d'entrain et d'implication dans ce type de travail m'avait incitée à ne pas

mobiliser le journal. Son usage de type thérapeutique semblait en contradiction avec mes objectifs en termes de modalités relationnelles. De plus, il impliquait une fois encore d'écrire : comme dans le cas du tableau, je me serais retrouvée face au problème de l'identification de « l'écrivain », questionnant lequel, de l'enfant ou du parent, avait exprimé ses sentiments. L'intimité que je cherchais à cerner n'aurait donc pas pu s'exprimer et bien que la vision (commune) des parents et des enfants soit un objet d'étude pertinent, il m'aurait été de nouveau laborieux de démêler qui avait écrit quoi.

2.2.1.5. *L'appareil photographique*

Comme de nombreux chercheurs, John Barker et Susie Weller ont recours à la photographie comme outil d'enquête auprès des enfants avec lesquels ils ont travaillé. L'appareil photographique est convoité pour plusieurs raisons, dont le fait qu'il puisse s'avérer utile lorsque les enfants ont des capacités écrites ou verbales limitées (Young and Barrett in Barker & Weller, 2003; Draghici & Garnier, 2020; Wickenden & Kembhavi-Tam, 2014). L'appareil photographique était d'ailleurs un choix que j'avais initialement fait car il m'aurait permis d'accéder, par le partage d'un support visuel, aux observations pratiques de l'expérience des enfants (Hart in Barker & Weller, 2003). De plus, est aussi valorisé le fait qu'il soit un moyen d'expression avec peu, voire aucune intervention des chercheurs et qu'il limite les questionnements directs, les photographies permettant de garder la trame offerte par les participants à l'enquête (Wickenden & Kembhavi-Tam, 2014). Ceci en fait un appareil considéré comme émancipateur et à même de favoriser une certaine autonomie, répondant ainsi parfaitement aux objectifs recherchés par les « *children-friendly methods* » (Barker & Weller, 2003; Punch, 2002). Par ailleurs, comme indiqué dans la littérature, il semblait que le partage d'un tel objet pouvait attester d'une forme de confiance du chercheur envers les enfants. Le fait que les chercheurs soient ceux donnant accès à cet outil contribue à la construction d'une relation de confiance entre enquêteur et enquêtés (*Ibid.* c'est-à-dire ?).

Cependant, je n'ai pas eu la possibilité d'avoir recours aux appareils photographiques comme outil d'enquête car le CERB me l'a interdit au titre de la protection de la vie privée des familles et de leurs proches. Ce problème de confidentialité est d'ailleurs soulevé par

plusieurs auteurs, dont Baker et Weller qui expliquent ne pas avoir été en mesure d'utiliser de nombreuses photographies du fait de la visibilité de personnes pour qui le consentement n'avait pu être obtenu. Pour ma part, le CERB a décidé de ne pas accepter l'utilisation, ne me donnant pas la possibilité de faire le tri dans les photographies prises par les enfants, car ils redoutaient effectivement un problème similaire. Pour les experts du comité, il y avait un « risque » important que la confidentialité ne soit pas garantie. La notion de risque étant le corollaire de la perspective du CERB qui, sous couvert de défense des droits des patients, fait de la confidentialité son mot d'ordre, sans forcément analyser les mécanismes et les enjeux autour de ce concept. Lors de notre discussion autour de ces points de tensions, les raisons du refus ont été justifiées par « l'incapacité des enfants » à gérer leur appareil photographique, et conséquemment, à prendre « n'importe qui ou n'importe quoi en photographie », invoquant le non-respect de la confidentialité. Alors que je tentais d'expliquer que, d'une part, il était un outil par lequel je pouvais et souhaitais attester de ma confiance envers les enfants, et que d'autre part, je serais la garante, par la suite, de la non-divulgence des photos, ce fut une fin de non-recevoir. Bien qu'ayant argumenté que dans la littérature scientifique, les photographies étaient un outil d'enquête pertinent et plébiscité par de nombreux chercheurs de mon domaine, puisqu'il constitue un support de discussion et représente un accès privilégié au lieu de vie des enfants sans que je sois présente, l'idée que les enfants ne pouvaient pas et ne savaient pas utiliser un appareil photographique, et qu'ils ne seraient pas en mesure d'apprendre, dominait leurs pensées. La position, unanime, des membres du comité était le signe de l'immaturation (vis-à-vis du contenu), de l'irresponsabilité (vis-à-vis du matériel), et plus globalement « du manque de... » communément associées aux enfants diagnostiqués avec des troubles psychologiques ou psychiatriques. À propos du regard posé sur les personnes avec des déficiences/handicaps tel que façonné à partir des années 1970, il implique, écrit Carol Thomas :

« « a conceptualisation of disability as a quality and product of the social relationships between those with and those without impairment in society, or more accurately, between those socially constructed as problematically different because of a significant bodily and/or cognitive variation from the norm and those who meet the cultural criteria of embodied normality. » (Thomas, 2004, p.28).

Carol Thomas rappelle ainsi l'importance de considérer la « perspective relationnelle sociale » dans l'appréhension des situations de handicaps. Face aux membres de la

commission, je faisais le constat dressé par Carol Thomas qui affirme, dans un article retraçant l'histoire de l'approche sociale du handicap telle que développée par Mike Oliver, que les modèles médicaux et individuels du handicap (psychique ou physique) ont manqué d'établir la distinction entre déficience et handicap. Si ce modèle a, par la suite, été critiqué, notamment par les approches phénoménologiques (Paterson in Thomas, 2004, p.26), il permet de souligner le fait que ce n'est pas tant la déficience (en tant que variations physique et cognitive) que les barrières sociales qu'elle engendre qui conditionnent, produisent et excluent de certaines expériences sociales les personnes avec un handicap. Si j'ai pu inclure les enfants à la recherche, faisant le choix de les inclure malgré ces variations hors de la norme, l'apparente anecdote de l'utilisation de l'appareil photographique exemplifie les conséquences des barrières sociales inhérentes aux handicaps, elles-mêmes génératrices de restrictions en termes d'accès à certains espaces, et plus largement à certaines expériences.

Enfin, pour conclure sur l'appareil photographique, malgré les atouts méthodologiques qui peuvent y être associés, j'ai douté, comme Samantha Punch, quant à l'éthique d'un tel usage (Punch, 2002, p.303). Dans son article sur les méthodes d'enquête avec les enfants, Punch commente qu'une telle utilisation, pour des enfants vivant en milieu rural en Bolivie, représentait une expérience en décalage avec leur exposition quotidienne à de telles technologies, notamment en raison des coûts financiers qu'elles impliquaient. De fait, cette proposition méthodologique pouvait susciter, par la suite, c'est-à-dire une fois le chercheur « reparti » avec les appareils photographiques, des frustrations et des déceptions (*Ibid.*). Ces constatations issues du terrain de Punch, me conduisent à interroger l'usage de mon téléphone portable et du dictaphone, durant les entretiens à l'hôpital et au domicile des familles. En effet, leur utilisation avec les enfants a introduit des questionnements personnels et des remarques externes. Je me suis par exemple demandé s'il était adéquat de laisser les enfants jouer avec mon téléphone, alors que leurs parents contrôlaient l'accès à leur téléphone, leur interdisant de jouer avec. En procédant ainsi, je m'inscrivais directement en conflit avec ce que les parents prescrivaient comme règles de conduites, ce qui par la suite, comme pour Punch, aurait pu amener des frustrations de la part des enfants qui leur réclameraient un téléphone. Quant aux parents, ils commentaient cette utilisation en me mettant en garde, avec des phrases du type : « attention, il va te le casser » (mère d'Amar (7 ans)), « tu ne dois pas le donner, il ne fait pas attention » (mère d'Adil (8 ans)), « après, elle va vouloir pareil » (mère de Mufida (11 ans)). L'introduction d'outils de méthodes, au-delà

de l'impact pour la recherche, doit également être interrogée à la lumière des effets, à plus ou moins courts termes, de leurs usages par les enquêtés⁹⁹.

Les recherches portées par les *Disability studies* sont souvent citées comme une source d'inspiration¹⁰⁰ en termes d'adéquation entre les compétences des enquêtés et les dispositifs d'enquêtes. Si la recherche avec des enfants vivant avec un ou plusieurs handicaps limitant la possibilité d'une expression verbalisée a pu inciter l'innovation de moyens autres tels que les images, les cartes devinette, ou encore les enregistrements audio (Stalker & Connors, 2003), la profusion de moyens déployée me questionne. À l'image des remarques vis-à-vis de l'appareil photographique, j'ai en effet eu le sentiment que venir les mains remplies de jeux, de techniques et, de méthodes était une posture inadéquate : les professionnels se plaignaient de l'absence de moyens financiers pour acheter du matériel – ce qui, dans leur discours, les paralysait dans leur travail –, je trouvais donc parfois presque indécent d'apporter du matériel pour les entretiens. Ce point renvoie au problème éthique soulevé par Samantha Punch quant à l'exposition à des objets de plus ou moins grande valeur. Alors que c'était avec mon salaire de chercheuse que j'avais la possibilité d'acheter du matériel pour les enquêtes, l'équipe paramédicale disait ne pas être pas en mesure, par le biais institutionnel, de se procurer les jeux et les outils de travail nécessaires à leur pratique professionnelle.

À propos des moyens utilisés pour « faire parler », je remarque également que les chercheurs mettent souvent en garde contre les effets des compétences pensées nécessaires pour dessiner, prendre des photos ou écrire par exemple (Barker & Weller, 2003). Ce problème est à mon avis commun à l'ensemble des activités « *task-based methods* » (selon la formulation de Samantha Punch), qui cherchent à « faire faire » pour « faire dire ». Cette posture m'amène à être très vigilante, et même peut-être frileuse, vis-à-vis de l'usage

⁹⁹ Il en est d'ailleurs de même au regard de la relation d'enquête où le chercheur lui-même disparaît. Tel que commenté dans le chapitre 1, ma formation en art-thérapie après le terrain peut être comprise comme une volonté, me concernant, d'aplanir les effets de cette fin de relation (et notamment dans ce cas, du souci de prendre soin des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi).

¹⁰⁰ Cela étant, la perspective développée par les *disability studies* est également politique puisque comme expliqué par Christine Ashby, il s'agit de : « *« give voice » to their joys, their struggles, and their stories as a way to provide an alternative to the dominant discourse of disability and competence* », puisque les personnes vivant avec un handicap ne sont pas ou peu incluses dans les recherches en sciences sociales. Néanmoins, elle analyse que « donner une voix » engendre de multiples questions relatives à la place du chercheur (Ashby, 2011).

systématique, et parfois en profusion, d'un ou des moyens de recherche dits « adaptés aux enfants ». Au « faire faire » se mêle le risque de porter un jugement sur les compétences des enfants, ou du moins que les enfants le perçoivent ainsi. Cette posture du « faire faire » est-elle le reflet, du côté du chercheur enclin à utiliser les « *task-based methods* », d'un idéal de « cueillir sur le vif », de « couper un morceau de réalité » dans cet instant où les enfants font, pensent, sentent ? Je dirais plutôt qu'elle correspond à l'idée qu'une demande adressée par un adulte sera comblée et que par conséquent rompre la domination implique de ne pas créer, ou de limiter, l'ampleur de ce genre d'arrangement suscitant des attentes. Cela est d'autant plus vraisemblable que la culture de l'espace hospitalier pouvait, en certains points, évoquer ce que John Barker et Susie Weller appellent la culture de surveillance et de *compliance*. Ils écrivent : « *Within the culture of surveillance and compliance within an institutional space such as the school, children are rarely given true choices about participating* » (Barker & Weller, 2003, p.47). Dans un tel contexte, la configuration d'entretiens, avec dessin et jeux par exemple, correspondait à une demande de faire, de « *compliance* », ce qui finalement devenait une obligation de faire avec laquelle je n'étais pas à l'aise car je ne l'imaginais pas forcément très productive. Ainsi, j'ai pu constater que l'introduction de ces méthodes était tout aussi artificielle qu'un questionnaire par exemple. De fait, j'ai limité leur recours, favorisant le jeu (*play*) afin que les enfants disposent d'une plus grande marge de manœuvre possible – sachant que ce type de jeu n'était pas, contrairement à d'autres contextes, utilisé dans le contexte de la clinique. Par exemple, pour tenter de briser la surveillance si je demandais un dessin, je me concentrais en même temps qu'eux sur la réalisation d'un dessin, soit en faisant quelque chose de libre, soit en leur demandant, comme ils le faisaient, ce que je devais dessiner.

J'ai été d'autant plus prudente vis-à-vis de la demande de *compliance* et de ses effets que les enfants avec qui je travaillais pouvaient avoir été diagnostiqués avec des troubles de comportement de type oppositionnel ou scolaire. Comme énoncé précédemment, en choisissant de ne pas me référer aux catégories médicales, je n'ai néanmoins pas évacué les effets des conditions dans lesquelles les enfants se trouvaient, en bricolant avec nos difficultés (les leurs et les miennes) et en essayant d'accomplir un mouvement « d'aller vers »¹⁰¹ qui les prenne en compte – mais cet équilibre est délicat et je ne suis pas certaine de

¹⁰¹ Cette expression est employée par Vincent Girard dans sa recherche avec les personnes sans chez soi (2006, p.76). Dans un lieu tel que l'hôpital, dans lequel les familles ne se sentent pas toujours à l'aise, l'idée

ne pas avoir, parfois, surestimé, sous-estimé ou ignoré certains de leurs envies, refus et craintes lors de nos interactions. Mais ces doutes quant aux liens entre mes préjugés et la mise en place de mes méthodes doivent surtout nourrir une certaine vigilance réflexive, et non contester ou suspecter mon travail. Comme rappelé par Jean-Pierre Olivier de Sardan, « [...] on ne doit pas sous-estimer pour autant la “visée empirique” de l’anthropologie. Le désir de connaissance du chercheur et sa formation à la recherche peuvent l’emporter au moins partiellement sur ses préjugés et ses affects (sinon aucune science sociale empirique ne serait possible). » (Olivier de Sardan, 1995, p. 4). Par ailleurs, les doutes et le constat vis-à-vis des choix ou refus d’opter pour certaines méthodes (dessins et tableaux par exemple) permettent de mettre en lumière le besoin de réflexivité permanent dans tout acte du chercheur sur le terrain – une sorte de rappel qu’aucune méthode n’est jamais fondée tant qu’elle n’a pas été « introduite » et vécue par et avec les enquêtés.

De ce que je qualifierais *d’essai méthodologique*, je suggère qu’il faille retenir que les rapports entre des chercheurs et des enquêtés devraient être davantage axés sur leur aspect interactionnel et situationnel, reconnaissant que, *in fine*, la relation prime sur l’objet. De ces réflexions naît une question pragmatique : si tous ces objets n’ont pas fonctionné ou n’ont pas été introduits, comment ai-je mené mes entretiens ? Faute *d’ice-breaker*, de *warm-up* et/ou de *medium* pour saisir les représentations de la vie des enfants, comment *approcher* et mener des entretiens avec les enfants ? La posture que j’ai choisie requiert de pouvoir s’asseoir face à un enfant, ou à côté de lui, et d’inventer dans l’instant présent. Dans ce dispositif autre, j’ai laissé une grande place à l’imaginaire, aux corps et à la relation. J’ai construit des outils d’enquête avec ce qui nous entourait – détournant des objets et mobilisant mon corps. J’ai parlé avec les enfants en fonction des thématiques qu’ils abordaient, me retenant de discuter de ce que *je* voulais savoir. Dans ce cadre, je pense que l’imaginaire est une compétence à même d’apporter quelque chose de nouveau dans cette boîte à outils déjà bien chargée, dans un contexte méthodologique inflationniste. Cette posture requiert néanmoins une adaptation à l’imaginaire proposé, impulsé par les enfants/adolescents et non imposé ou façonné par le chercheur.

d’« aller-vers » semble pouvoir ouvrir un espace de rencontre en aparté, du moins en décalage, par rapport aux modalités de communication en vigueur avec les professionnels (Girard et al., 2006, p. 76).

Avant d'introduire, de modifier ou de laisser de côté certains des outils d'enquête énoncés et critiqués dans la littérature, il m'a fallu, en amont des temps de rencontres avec familles, choisir quels seraient les enfants et leurs parents prenant part à la recherche. Dans la partie suivante, j'explique et j'analyse la manière dont j'ai, initialement, constitué l'échantillon des enquêtés, c'est-à-dire la façon dont j'ai obtenu le « consentement » des enfants. Comme je le montre, j'ai donné la priorité à deux dynamiques interactionnelles : d'une part, j'ai favorisé, dans la mesure du possible, les relations avec les enfants avant de me présenter aux parents, et d'autre part, j'ai valorisé la qualité des interactions avec les enfants plutôt que le strict respect de critères spécifiques tels que leur genre, leur âge, leur type de scolarité, ou encore leur situation familiale ou économique¹⁰². Néanmoins, malgré mes efforts pour respecter la volonté des enfants à participer, ou non, à la recherche, j'ai constaté que les enfants étaient dépendants des décisions de leurs parents.

2.2.2. Le consentement en pratique

2.2.2.1. *Enfants et éthique(s) dans le milieu médical*

Considérer les enfants comme des acteurs, et non plus comme des objets de recherche, mène à une multiplication des enjeux épistémologiques et méthodologiques (Alderson, 2007; Rabiee et al., 2005; Stalker & Connors, 2003; Wickenden, 2010). Parmi les thématiques amplement abordées dans la littérature figure la question du consentement éclairé des enfants, le respect de la confidentialité dans la recherche ainsi que les méthodes pour y parvenir et appliquer ces principes éthiques (Alderson, 2005; Punch, 2002). Dans l'un de ses nombreux articles dédiés à ces sujets, Priscilla Alderson remémore la réalité historique de la place des enfants dans la recherche médicale, exposant les raisons pour lesquelles tant de tensions existent autour de cette question. Elle résume ainsi les diverses phases de l'histoire du (non-)consentement des enfants :

« « Guidance in law and ethics on healthcare and research has variously either ignored children (Nuremberg, 1947) or intensely discussed them (US, 1997 ; RCPCH, 2000 ; BMA, 2001 ; MRC, 2004), carefully protected them or entered them into

¹⁰² Les catégories d'âges étaient peut-être moins variées qu'initialement imaginé ; les situations familiales étaient assez similaires, c'est-à-dire des couples mariés et une fratrie.

high risk research (Beecher, 1966 ; Pappworth, 1967 ; Sharav, 2003), regarded them as either the last (RCPCH, 2000) or as the first (Nuffield, 1992) group to take part in research » (Alderson, 2007, p.2272).

Si l'auteure fait tout particulièrement référence à l'Angleterre et aux pays du Commonwealth, les tendances décrites sont similaires au sein d'autres pays. Ainsi (et de manière non exhaustive), au Canada (Carnevale, 2003; Hamelin-Brabant, 2006), en Suède (Alm & Olsen, 2013; Christensen & Prout, 2002), en Irlande (Coyne et al., 2009), en France (M. Bonnet, 2008a), en Afrique du Sud (Ebrahim, 2010), ou encore au Sénégal (Ida, 2016), les recherches sur l'enfance à l'hôpital et avec les enfants hospitalisés¹⁰³ amènent controverses et débats entre l'éthique médicale, également qualifiée de bioéthique, et l'éthique empirique concernant les expériences morales locales dans la vie ordinaire (Fassin & Eideliman, 2012). Pour l'ensemble de ces auteurs, l'éthique médicale donne un sens restrictif de la notion de consentement, tandis que les sciences sociales tendent à l'élargir pour décrire les contenus moraux de l'expérience de vie des enfants malades. Offrant une présentation/traduction d'un article d'Arthur Kleinman qui invite à repenser la (nouvelle) bioéthique, Jean-Sébastien Eideliman explicite les raisons de cette opposition en clarifiant les divergences entre, d'une part, une approche philosophique de l'éthique, et d'autre part, une « orientation pragmatique », systématique et spontanée, des processus moraux qui se déploient entre les êtres humains (Kleinman, 2013).

À propos du consentement chez les enfants, les propos de Priscilla Alderson abondent dans la même direction et articulent d'une manière un peu plus profonde et spécifique les liens entre bioéthique et éthique de la recherche en sciences sociales. Elle rappelle que le consentement, tel que les chercheurs le questionnent, le connaissent et le pratiquent actuellement, s'est en effet forgé en miroir de l'éthique médicale moderne qui elle-même trouve son origine dans l'essor du droit international bioéthique au sortir de la Seconde Guerre mondiale (Alderson, 2005, p.27). Son analyse sur le consentement est d'ailleurs soutenue par des auteurs francophones, qu'ils travaillent ou non sur l'enfance hospitalisée (Béliard & Eideliman, 2008; Sarradon-Eck, 2008; Stoecklin & Lutz, 2018). Dans le contexte français, Coste, Costey et Tanguy ont publié un numéro spécial portant sur le consentement

¹⁰³ Il est par ailleurs pertinent de rappeler que ces questions à l'égard de l'inclusion des enfants dans la recherche sont à mettre en lien avec l'émergence des approches bioéthiques des années 1970, des droits des patients et la fin du paternalisme médical.

(2008). En introduction de ce numéro, ils expliquent que la notion de consentement, telle que l'éthique médicale contemporaine l'utilise, est née de « la pensée philosophique libérale et contractualiste » (*Ibid.*, p.9). Les auteurs insistent sur le fait que cette vision a été portée par le droit national et européen, impliquant le maintien d'un sens juridique et le développement d'une approche contractualiste et formaliste dans les nombreux domaines au sein desquels la notion de consentement est présente, y compris dans les milieux médicaux. Selon cette perspective, le sujet est « conçu comme une personne autonome et informée » qui doit être « libre et éclairée » afin de prendre les décisions le concernant (*Ibid.*, p.10). L'inclusion de ces notions dans les domaines pédiatrique et pédopsychiatrique, ainsi que dans le milieu académique en raison des chevauchements entre acteurs des comités d'éthique et acteurs de la recherche, complexifie les manières de concevoir l'éthique. Ces confrontations ébranlent l'idée selon laquelle le consentement ne saurait être que la conjugaison de compétences rationnelles et d'une volonté individuelle (Alderson, 2007; Kleinman, 2013; Stoecklin & Lutz, 2018). Abordé ainsi, loin des pratiques de l'ethnographie hospitalière, le consentement est exclu puisque tout sujet ne disposant de ces capacités ne peut, selon cette logique, être consentant.

Les critères philosophiques sur lesquels la médecine s'appuie pour déterminer quel sujet peut être considéré consentant sont alimentés par les théories psychologiques développementales, elles-mêmes au fondement des approches capacitaires (Le Goff & Velpy, 2018; Qvortrup, 2007). De ces courants surgissent des enjeux cruciaux relatifs à l'inclusion ou à l'exclusion des enfants en tant que potentiels participants aux processus de recherche (Feldman et al., 2013; Wickenden & Kembhavi-Tam, 2014). En effet, les idées associées aux stades de développement de l'enfant ont pu influencer – et continuent à le faire – la participation des enfants aux décisions affectant leur vie, et plus spécifiquement, par exemple, leur santé (Alderson & Goodey, 1996; Bluebond-Langner, 1980; Coyne, 2006, 2008; Dell Clark, 2003) ou leur droit de prendre part à une recherche (Alderson & Goodey, 1996; Coyne et al., 2009). La validité du consentement enfantin est (bio)éthiquement consultable et recevable si l'enfant a les compétences requises, c'est-à-dire s'il est jugé capable de raison, de maturité et de stabilité émotionnelle. Mais il est important de noter que, dans ces cas, il n'est pas question de *consentement*, mais d'*assentiment* car, selon cette

perspective, les enfants ne possèdent pas la pleine capacité à donner leur consentement¹⁰⁴ (Héjoaka, 2008, p.46). Cette absence de compétence des enfants malades ou avec un handicap est perçue comme une « vulnérabilité » : la bioéthique se donne alors comme mission éthique de protéger ces enfants dont les capacités ne leur permettraient pas de comprendre le déroulement de la recherche, sa finalité, ses moyens, et *in fine*, créerait le risque de les faire souffrir des conséquences de leur implication dans la recherche (Coyne et al., 2009, p.420).

Jugées paternalistes et non respectueuses des droits de l'enfant, ces (ré)actions sont néanmoins perçues comme le signe d'un souci de protéger des plus vulnérables, révélant qu'il ne s'agit pas tant des (in)capacités des enfants que de la position qui leur est attribuée en fonction de leurs capacités cognitives jugées en dehors des normes (Alderson & Goodey, 1996; Coyne et al., 2009; Le Goff & Velpry, 2018; Velpry et al., 2018b). Or, un paradoxe émerge de cette logique formaliste et de sa traduction en norme bioéthique visant à obtenir le consentement des enfants, qu'il soit question d'une recherche clinique ou d'une recherche sur la perception des enfants sur les soins reçus : réduire le consentement à une délibération rationnelle exclut tout enfant (ou personne) ne pouvant s'y soumettre, ce qui entraîne « une forme détournée de préjudice » puisque leur droit de participer au processus de recherche n'est pas respecté (Alderson in Coyne et al., 2009; Feldman et al., 2013). La prévention de ce préjudice, originellement avancée pour justifier la pratique du consentement, devient donc une source d'exclusion, renforçant la position marginalisée de ces personnes dans la société et provoquant des préjudices (Clavering & McLaughlin, 2010).

2.2.2.2. Les gatekeepers et « leurs bonnes intentions »

Le titre de cette partie fait référence à l'article de Le Goff et Livia Velpry « Que valent les bonnes intentions ? L'affaire Anna Stubblefield. » (2018). Les auteures y reprennent les dilemmes posés par la (controversée) communication facilitée, à savoir quand « l'écriture (ou la désignation de lettres, mots ou images) est guidée par une personne facilitatrice qui

¹⁰⁴ Néanmoins, ce point n'est pas spécifique aux enfants puisque l'idée de pleine capacité juridique n'est pas, par exemple, valide pour les personnes (adultes) sous tutelle (Velpry et al., 2018b).

accompagne les gestes ». Dans le cadre du procès d'Anna Stubblefield – condamnée à douze ans de prison ferme pour le viol d'un homme infirme moteur cérébral jugé incapable de consentir avec lequel elle avait mis en place la communication facilitée –, cette communication a été discutée afin de savoir si elle permettait de connaître la vérité (c'est-à-dire le point de vue de l'homme abusé). Participant d'une économie de la preuve, telle que dans une éthique formaliste, la place faite au contenu issu de cette communication pose, pour les auteurs, la question suivante : « comment respecter les personnes dont la capacité d'agir, de décider et de s'exprimer ne trouve pas de forme partageable ? Comment les aider précisément à exercer cette capacité de la façon la plus complète possible, tout en s'y substituant parfois afin de les protéger des abus ? » (p.118). Les tensions pointées entre d'un côté le souhait d'aider et de protéger un proche (adulte avec handicap), et de l'autre, la superposition des intérêts et interprétation de chaque acteur impliqué, montrent que les intentions sont certes toujours toutes bonnes, mais que prises dans le quotidien, les pratiques ordinaires de l'éthique sont, d'une part, plus complexes que la simple question du consentement et d'autre part, qu'elles dépendent des relations entre les acteurs. Les conclusions des auteures me semblent particulièrement pertinentes lorsqu'il s'agit de comprendre, à la lumière unique de la notion de consentement, la manière dont les parents et les professionnels agissent pour protéger les enfants face aux chercheurs.

Afin de démêler et de comprendre les imbrications des définitions, quasi contradictoires, du consentement, Alderson conduit une analyse transversale des domaines de la médecine et des sciences sociales, et conclut qu'il existe trois niveaux d'engagement des enfants dans la recherche, chacun constitutif, d'une certaine manière, du spectre du consentement défendu par Geneviève Fraisse (Coste et al., 2008, p.10). Le premier niveau identifié par Priscilla Alderson correspond au fait que les enfants ne savent pas, car ils n'ont pas été consultés, qu'ils font l'objet d'une recherche. Dans ce cas, Priscilla Alderson les considère tel un objet inconnu du chercheur (*unknowing object of researcher*) (Alderson, 2005, p.29). Le second niveau atteste d'un engagement plus important des enfants car ils sont des sujets conscients (*aware subjects*) de la recherche, leur volonté de participer ayant été sondée. Enfin, le troisième et dernier niveau est celui offrant une marge de manœuvre la plus grande aux enfants puisqu'ils sont des participants actifs (*active participants*) (*Ibid.*, p.30). Cette situation implique que les enfants sont engagés dans « le planning, la réalisation et/ou la restitution du projet de recherche », en plus de pouvoir, dès le départ, choisir librement de

participer. De cette analyse menée par Alderson, apparaît en filigrane un point commun à l'une des problématiques traitées dans la littérature relative au consentement des enfants, à savoir le rôle des « *gatekeepers* » (Coyne et al., 2009; Garcia-Quiroga & Agoglia, 2020; Punch, 2002). Qu'il s'agisse des parents, des gardiens ou des professionnels de santé, ils sont ceux qui, sous couvert de prendre soin des enfants, facilitent, ou au contraire restreignent, l'accès aux enfants.

Plusieurs stratégies, plus ou moins (in)conscientes et/ou proactives, peuvent être mises en place, afin de rendre silencieux les enfants, à l'opposé les consulter, ou encore les intégrer au processus de recherche. Lorsque les enfants sont des objets inconnus du chercheur, il est pertinent d'affirmer que la recherche est sous le contrôle total des adultes. Ces cas sont de plus en plus rares, les parents étant quasi systématiquement informés – même si dans la pratique, les informations transmises n'ont pas réellement permis de créer un contexte dans lequel le consentement libre et éclairé des *gatekeepers* soit respecté. Dans les cas où les enfants sont des sujets conscients de la recherche, il apparaît que le fonctionnement du projet reste adulte-centré (Alderson, 2005, p.29), les *gatekeepers* dressant des barrières formelles¹⁰⁵, telle « une série de portes solides », pour empêcher d'avoir accès aux enfants (Alderson & Goodey, 1996, p.111). Dans ces cas, bien que la volonté des enfants ait été sondée, il est notable que celle-ci, sous l'autorité des adultes, puisse facilement être passée sous silence au profit de la décision de ces derniers (Punch, 2002, p.323). Les stratégies conduisant à ces situations peuvent être plus ou moins manifestes. Par exemple, les *gatekeepers* peuvent user de procédures administratives restrictives, impliquant que les enfants soient les derniers à être consultés, c'est-à-dire une fois que l'ensemble des *gatekeepers* ont donné leur avis. Comme le pointent Priscilla Alderson et Christopher Goodey, il est pertinent de se questionner sur la liberté des enfants à ne pas consentir, alors qu'ils savent, sont conscients, que tous les adultes ont accepté et d'ores et déjà initié la recherche (1996, p.111). Les *gatekeepers* peuvent également « manipuler » le planning des soins, y amenant par exemple les enfants au moment des entretiens (*Ibid.*, Coyne et al., 2009,

¹⁰⁵ À l'inverse, des barrières informelles sont identifiées par les auteurs. Ce sont les barrières mentales que les chercheuses et chercheurs se mettent ou possèdent avant leur arrivée dans un contexte de recherche, et elles incluent : les mots, nos efforts pour trouver les bons mots et comprendre le sens qu'ils donnent aux mots qu'ils usent ; nos préjugés et notre ignorance sur les multiples handicaps que la recherche challenge ; les préjugés sur le développement des enfants, que les enquêtés réfutent ; la précaution et la crainte des enquêtés de donner des mauvaises réponses ; les différences entre nos perceptions et les sentiments, comportements et expériences des enquêtés. (Alderson & Goodey, 1996, p.111-112).

p.421). Dans d'autres circonstances, comme observé sur mon terrain, le fait que les enfants soient des sujets conscients n'empêche pas certains parents de forcer les enfants à participer. Sous prétexte qu'ils ont accepté de répondre à mes questions, ou du moins qu'ils sont informés des raisons de ma présence, ils ne peuvent se raviser et sont dans l'obligation de se soumettre à la dynamique de la recherche imposée par les *gatekeepers* – malgré mes réactions pour tenter de faire contrepoids. « Elle te parle, réponds », « Dis-lui ce que tu as fait » « Écoute ce qu'elle te dit » « Chante une chanson »... : autant d'injonctions à parler, à dire, qui témoignent que, même « conscients » de la recherche, les enfants ne sont pas toujours totalement libres de choisir comment interagir avec les chercheurs. Ce type de comportement et de frictions autour de la participation et des manières dont celle-ci peut se manifester, rejoint l'idée que, finalement, le consentement ne devrait jamais être considéré acquis une fois pour toutes au début de la recherche, mais plutôt qu'il varie selon les moments du processus de recherche. Les raisons de ces divers agissements sont multiples et dépendent des interactions, des liens, des contextes de chaque recherche et des personnes concernées, incluant *gatekeeper*, enquêté et enquêteur. Par contre, je note que l'hypothèse formulée par Priscilla Alderson et Christopher Goodey, stipulant que ces stratégies visent à maintenir les enfants à distance pour éviter qu'ils ne racontent des choses gênantes (réf ?), semble être une stratégie d'éloignement inutile, car comme documenté par Fabienne Héjoaka (réf ?) – mais aussi par les auteurs et associations travaillant par exemple sur les violences envers les enfants –, ces derniers savent « garder les secrets » et donc les informations sensibles qui mettraient en danger leurs *gatekeepers*¹⁰⁶. Enfin, concernant le troisième niveau distingué par Alderson, et dans lequel les enfants sont des participants actifs, il est raisonnable de penser qu'adultes et enfants disposent des mêmes marges de manœuvres et poids dans le processus décisionnel puisqu'ils décident, conjointement, de la recherche et de la contribution de chacun. Les enfants prennent part s'ils le souhaitent, les outils utilisés modèrent les rapports de domination entre enfants et adultes, notamment en employant des « *children-friendly methods* » (introduites précédemment), et ils sont impliqués à tous les niveaux de la recherche. Si, en amont de ma recherche, cette modalité de relation avec les enfants était un idéal à atteindre, cette configuration est restée une sorte d'idéal imaginaire non éclos sur mon terrain.

¹⁰⁶ Alderson et Goodey rejoignent d'ailleurs les conclusions de F. Héjoaka car l'enfant (un enfant de leur recherche ?) ayant un différend avec une infirmière n'en avait pas parlé lors de l'entretien – alors que les manœuvres de la professionnelle avaient été analysées en ces termes.

En effet, dans la réalité, l'existence de ces trois niveaux est beaucoup moins compartimentée et plus complexe, entraînant des situations de confusion et des questionnements lorsqu'il s'agit de comprendre, mais aussi de s'assurer, du consentement de chacun des acteurs avec lesquels, en tant que chercheurs, nous avons à interagir. Comme commenté ci-dessus, j'avais pour objectif de conduire une recherche dans laquelle les enfants pouvaient, sur la base de leur volonté, participer ou non à la recherche. J'imaginai aussi qu'ils allaient pouvoir, à tout moment, interrompre leur participation, sans devoir justifier une telle décision. Mais je dus me rendre à l'évidence que sur le terrain, les négociations amenant à l'obtention du consentement des enfants sont faites de multiples couches d'autorité et de rapports de domination qui dépassent les « simples » liens adultes/enfants. Les relations de pouvoir sous-jacentes aux accords négociés déterminent la teneur d'engagement conscient et volontaire du patient, et de ses parents pour les plus jeunes.

Comme pour toute personne prise en charge dans une structure hospitalière psychiatrique, la vulnérabilité associée à son statut de patient décrédibilise le contenu de son énonciation qui, par prolongement, fait que ses paroles ne sont pas nécessairement écoutées (Velpry, 2008). Ces perspectives sont d'ailleurs les raisons pour lesquelles des niveaux d'engagement variés sont, peu ou prou, visibles. Sur ce point, j'ai fait le même constat, expérimentant « la configuration mouvante » des négociations autour du consentement et des procédures éthiques. De manière concrète, voici comment je pourrais synthétiser les configurations de négociation sur mon terrain.

Dans un premier temps, la direction administrative de l'hôpital et le chef de service m'avaient autorisée à entrer dans le service et à faire des observations et des entretiens. Le consentement des professionnels de santé avait donc été validé implicitement par les autorités hiérarchiques puisque je pouvais, par l'autorisation donnée, m'entretenir avec les professionnels et participer aux consultations. Les patients étaient invisibles dans les propos de l'administration, les professionnels étant ceux qui me donnaient accès aux patients dont l'avis n'était, a priori et administrativement, pas nécessaire. Je fais l'hypothèse que ne parlant pas darija, l'administration avait peut-être anticipé que mes entretiens ne seraient qu'avec les professionnels parlant français, négligeant le fait que je tenterais de parler avec les enfants et les parents – un point pourtant inscrit dans le protocole de recherche transmis. Malgré moi, nous avons été dans un niveau d'engagement pour lequel les professionnels –

même si je m’assurais toujours qu’ils étaient d’accord pour me parler – étaient, en quelque sorte, des objets de recherche selon la perspective adoptée par la direction de l’hôpital.

Dans un deuxième temps, et en contradiction avec la direction administrative de l’hôpital, le comité d’éthique sur la recherche biomédicale (CERB), conformément à son rôle de défenseur des patients et d’organe de surveillance du respect des procédures bioéthiques, m’informait que je n’avais pas le droit de parler aux patients sans leur demander, directement, leur consentement par écrit. Néanmoins, les membres du CERB considéraient que les parents seraient ceux qui donneraient leur avis pour toute la famille. Selon leur logique, ils penchaient davantage pour une consultation ou une sorte d’assentiment, plutôt qu’un véritable consentement de la part des enfants, considérant qu’ils n’étaient pas (tous) en mesure d’avoir un acte réflexif, libre et éclairé au sujet de leur participation et des enjeux que celle-ci pouvait inclure (notamment en fonction de leur âge et des troubles avec lesquels les enfants avaient été diagnostiqués). Par ailleurs, ce second aval (obtenu en abordant les parents/mère dans les couloirs de l’hôpital) m’a donné la possibilité d’avoir accès à l’ensemble du service, avec le probable renforcement du sentiment, chez les professionnels, d’être obligé de me parler et de me laisser observer leurs consultations.

Dans un troisième temps, une fois que j’étais avec les professionnels « face » aux familles, de nouvelles dynamiques de négociations se sont mises en place. Au début, j’étais présentée aux familles, certains demandant aux parents s’ils étaient d’accord pour que j’observe la consultation. Le consentement écrit n’était cependant jamais requis, les professionnels ayant « le pouvoir de dire oui » pour les familles (*Ibid.*). Par la suite, surtout lorsque les professionnels étaient habitués à ma présence à leur côté, il arrivait que « ma présentation » soit oubliée.¹⁰⁷ Un peu plus loin, Muriel Darmon précise que « l’accord des parents n’est pas entré en ligne de compte, même pour les patients mineurs » (*Ibid.*). Les mêmes faits étaient visibles sur mon terrain, les professionnels ne considérant pas toujours (éthiquement) nécessaire de demander aux parents ou aux patients s’ils étaient d’accord pour participer à la recherche. S’agissant des enfants, cela était d’autant plus remarquable, s’il était considéré que l’âge et le diagnostic anticipé ou posé altéraient leur capacité à prendre une décision et comprendre les enjeux introduits par la participation à une recherche en sciences sociales (je

¹⁰⁷ Ces éléments confirment une fois encore les propos de Muriel Darmon au regard de l’appartenance des discours des patients : « Dès lors, si tout le discours des patients à l’hôpital n’appartient pas aux médecins, ces derniers possèdent suffisamment de pouvoir sur la situation d’entretien clinique pour donner un accord qui vaut pour celui des patients » (p.99)

pense par exemple à un enfant de 7 ans avec une déficience intellectuelle). D'après mon expérience, l'analyse des chaînes de négociations et d'autorisation révèle les rapports hiérarchiques et montre qu'à chaque niveau de pouvoir (administration, comité éthique, professionnel, parents, enfant), l'entité dominante, *in fine* incarnée par des personnes, peut très facilement se passer de l'avis des parties prenantes qu'elle domine, définissant son propre jugement comme celui le plus à même de répondre, de manière éthique, aux besoins et à la protection des personnes, parfois perçues comme vulnérables selon leurs statuts et dont elle a la charge. Ces chaînes sont faites de fractions au sein desquelles le pouvoir s'incarne et se négocie à chaque échelon, à savoir entre l'administration et ses employés ; entre le comité et les patients ; entre les professionnels et les parents ; et enfin entre les parents et les enfants. En tant que chercheurs, nous sommes amenés à être présents à chaque niveau, à la fois acteur et observateur de ces chaînes de pouvoir dans lesquelles nous agissons comme partie prenante du terrain. Cette position explique d'ailleurs le fait que notre posture éthique ne peut être définie une fois pour toutes dans un protocole, de même pour les questionnements qu'elle implique, puisque les enjeux éthiques, comme montrés, apparaissent à chaque niveau d'interaction, en fonction des acteurs (et de leur échelon dans la hiérarchie) et des circonstances (par exemple l'entretien clinique) des rencontres.

Du fait des rapports de domination inhérents à la relation d'enquête, la question du consentement apparaît comme un sujet de vives préoccupations par crainte de répéter les situations d'abus et de non-respect du droit des enfants à participer à la recherche (Caldairou-Bessette et al., 2017; Mahon et al., 1996; Rabiee et al., 2005; Stalker, 1998). Si j'ai précédemment montré que les méthodes et outils d'enquêtes ont pour objectif de mitiger les effets des rapports de domination entre enquêteurs et enquêtés, j'aimerais montrer, en partant des trois niveaux identifiés par Alderson et des configurations mouvantes de l'éthique, que les manières d'aborder et d'obtenir le consentement des enfants sont pareillement révélatrices de la prise en compte, par les chercheurs, des dynamiques de pouvoir.

2.2.2.3. Les pratiques ordinaires du (pré-)consentement

Comme argumenté par Priscilla Alderson et Christopher Goodey (1996), dont les travaux portent justement sur le consentement, et donc l'inclusion dans la recherche d'enfants avec

des handicaps physiques et psychiques, l'approche formaliste et contractualiste laisse hors-champ certaines des complications révélées par la pratique du travail de recherche avec les enfants. Approche située, empirique ou en pratique du consentement, j'explique les manières dont j'ai obtenu le consentement des enfants lors de la recherche. Dans l'analyse déroulée à propos des configurations, ou chaînes de négociation, parcourues, un point est frappant : l'enfant, pourtant situé au cœur de ma recherche, aurait été le dernier à être consulté si j'avais respecté les procédures administratives et bioéthiques – un paradoxe également pointé par Coyne et ses coauteurs qui soulignent que les sujets principaux sont ainsi relégués en fin de processus (Coyne et al., 2009, p.421). Ainsi, il me semblait que la volonté des enfants était mise à l'écart, comme quelque chose de dérisoire, d'insignifiant, alors que je désirais qu'elle soit centrale. De même que je ne tenais jamais pour acquis le consentement des professionnels et m'assurais toujours de leur accord avant de rentrer dans leur bureau, j'ai opté pour des approches similaires avec les familles, rompant avec les chaînes de négociations et d'autorisation existantes dans l'institution.

Afin de m'entretenir avec les enfants et leurs parents, j'ai donc procédé en deux temps : le premier à l'hôpital (éthique située et interactionnelle) et le second lors des visites à domicile (éthique formaliste et contractualiste). À l'exception d'une famille qui m'a été présentée par l'infirmière psychiatrique en charge du secrétariat car elle avait jugé qu'il s'agissait d'« un cas intéressant » (possible dans une dynamique d'éthique plutôt contractualiste), pour le reste des 13 familles, j'ai toujours agi de la même manière, favorisant les relations interpersonnelles lors de temps d'observations participantes. Au cours de cette première phase à l'hôpital, je rencontrais donc les enfants et leurs familles soit dans la salle d'attente, soit dans le bureau où j'avais rejoint un médecin ou un membre de l'équipe paramédicale. Loin des logiques administratives, j'ai avant tout mis en place des stratégies de rapprochement auprès des enfants, afin de pouvoir être en accord avec mon choix de sonder et de respecter leur volonté. C'est dans le souci d'inscrire l'enfant au cœur de la chaîne de consentement, ou du moins, non plus à la fin de ce processus, que la pratique du *préconsentement*¹⁰⁸ a vu le jour. Cette recherche de préconsentement auprès de l'enfant permet, *a posteriori*, de défendre la nécessité, d'un point de vue méthodologique, mais aussi épistémologique, d'une éthique située et interactionnelle, plutôt que formaliste et

¹⁰⁸ Je remercie Carla Vaucher pour sa relecture de ce chapitre et les propositions d'articulation entre consentement et préconsentement.

contractualiste. Je qualifie et inclus cette approche parmi « les pratiques ordinaires » du consentement : par cette expression, j'entends montrer le caractère situé du consentement, c'est-à-dire ses aspects relationnels et intersubjectifs, tout en révélant la base émotionnelle, voire charnelle, des rencontres au cours desquelles les acteurs cheminent, plus ou moins tacitement et/ou inconsciemment, vers des formes de consentement. Pour reprendre les termes de Florent Coste et de ses coauteurs, ce centrage sur les pratiques ordinaires du consentement permet de « souligner les écarts qui peuvent exister entre cette définition idéale et prescriptive du consentement et ses déclinaisons concrètes » (Coste et al., 2008, p. 10)(réf, page ?). Un peu plus loin dans le texte, ils ajoutent : « Lorsque l'on renonce à l'un de ces deux qualificatifs (libre et éclairé), sinon aux deux, d'une part, on s'éloigne sensiblement de la sphère juridique, et d'autre part, on se rapproche des pratiques ordinaires et des descriptions empiriques [...] » (Coste et al., 2008, p.10) Je souhaite donc montrer aux lecteurs les pratiques concrètes du consentement, en décrivant les manières dont j'ai approché les enfants.

Par ailleurs, en abordant le consentement sous un angle non prescriptif, les chercheurs sont obligés de faire avec la contingence des rencontres, conduisant à un indispensable lâcher-prise face aux exigences du terrain et par rapport aux pratiques pensées et imaginées en amont de la rencontre avec les enquêtés. À ce propos, Florent Coste et ses coauteurs considèrent qu'opter pour une pratique circonstanciée du consentement « [...] ouvre ainsi un espace où la contrainte et la méconnaissance occupent une place de facto, qu'on ne saurait négliger » (*Ibid.*). En effet, comme je le montrerai avec les extraits de mes carnets de terrain, une grande partie des rencontres, et donc de la constitution de l'échantillon d'enquête, était déterminée par la qualité des liens tissés entre les enfants, les familles et moi-même. Les critères pour participer à la recherche sont devenus anecdotiques, les relations interpersonnelles constituant le véritable paramètre d'incorporation à la recherche. C'est par le corps que celle-ci s'est tissée. À la manière de Lise Causse, dans le cadre de son travail avec les aides-soignants en maison de retraite (Causse, 2007), j'ai développé une méthode, celle du préconsentement avec les enfants et du consentement informel avec les familles, qui se fondait sur les dynamiques relationnelles plutôt que sur les impératifs désincarnés d'une démarche scientifique hypothético-déductive. Sur ce sujet, Lise Causse écrit : « Plutôt que de choisir le nombre de personnes à voir, il valait mieux se laisser guider, glisser par le terrain et saisir les opportunités de rencontres, jouer avec les réseaux d'affinité existants. La

qualité des matériaux recueillis s'avérera supérieure » (2007, p.224). À l'exception du fait que je considère que les réseaux d'affinité se sont construits au fil des rencontres, je parviens aux mêmes conclusions que Lise Causse, affirmant que les atouts de ma recherche reposent davantage sur ma capacité à « se laisser guider, glisser sur le terrain et saisir les opportunités des rencontres » (*Ibid.*) que sur la validation d'un supposé échantillon représentatif établi sur la base de critères tels que l'âge, le genre, la scolarité, ou encore la situation socio-économique¹⁰⁹.

Concrètement, le principe de préconsentement avec les enfants, consentement en pratique, induisait de demander à une famille si elle souhaitait faire partie de la recherche *uniquement* si l'enfant avait manifesté une forme d'attention, de curiosité ou d'intérêt à mon égard dans les couloirs de l'hôpital ou lors d'une séance. La première étape des pratiques ordinaires du consentement constituait donc un moment de mise en œuvre, d'incarnation d'un potentiel souhait de communiquer, d'interagir, d'échanger avec moi. Selon les enfants et les situations, il pouvait être plus ou moins compliqué de cerner les manifestations de telles attitudes, car certains enfants étaient très concentrés et absorbés par ce que parents et médecin disaient. D'autres, au contraire, cherchaient à se dégager de cet entretien, comme pour échapper aux discours produits sur eux, profitant de ma présence pour se distraire. Lors de nos rencontres, une attention réciproque pouvait donc naître, même si j'avais conscience qu'elle n'était pas motivée par des finalités similaires¹¹⁰. Néanmoins, l'attention première était de se rencontrer, de partager un moment et de communiquer.

Extrait de mon carnet de terrain

« Debout dans le couloir (près du secrétariat), je regarde les enfants courir autour des barrières de l'accueil. Trois garçons jouent ensemble. Je reconnais Hamza que j'ai déjà vu en séance, un autre que je reconnais aussi, vu dans le couloir, mais jamais en séance, le dernier je ne le connais pas. Ils jouent avec un avion en papier

¹⁰⁹ Ce souci du respect des critères est à mettre en lien avec le protocole d'éthique auquel j'ai dû soumettre ma recherche. Au début de mon terrain, je pense que j'étais préoccupée par la constitution d'un échantillon au sens où la psychiatrie (et le CERB) l'avait défini.

¹¹⁰ Pour les enfants et les adolescents rencontrés je dirais que les finalités de leur participation étaient nourries d'un intérêt pour la personne étrangère que j'étais et pour l'écoute et la discussion autre que les adultes avec lesquels ils avaient l'habitude de converser. Par rapport aux enfants avec lesquels je peux interagir, la patience dont je fais preuve (qui sur ce terrain s'est traduit par une mise à leur rythme) a pu être un avantage. Le fait que je sois également non-respectueuse des règles instaurées par les adultes de l'hôpital (ou de la maisonnée) pouvait faire rire les enfants

et le jettent par-dessus du grillage. Je les regarde, fais des signes de tête pour les féliciter, je lève les sourcils quand l'avion passe d'un bout à l'autre, je souris, impressionnée ; je pince les lèvres, fronce le nez quand ça rate. Je rigole, nous rigolons quand il tombe entre les trous du grillage, tombant presque sur les gens qui passent en dessous. L'un d'eux doit aller le chercher. Ils m'ont incluse dans le groupe, nous faisons le décompte ensemble, avant que l'avion soit lancé. L'avion est planté au milieu du grillage, comme je suis la plus grande c'est à moi de le récupérer. Ça a duré 15 minutes. L'un d'eux part en séance. Fin de jeu. »

Dans cet extrait, nous voyons comment mes expressions (grimace, mimique, froncement, etc.) vis-à-vis du jeu mené par les enfants les ont incités à m'intégrer à celui-ci. À cet instant, bien que je susse que nos intérêts, sur le long terme, étaient distincts, je constatais qu'une attention commune s'était dessinée, tout affairés que nous étions à surveiller et à chérir les prouesses de cet avion. De mon côté, il s'agissait d'établir des relations avec des enfants qui pourraient éventuellement se joindre à ma recherche. De leur côté, il s'agissait de m'inclure comme public, comme compagne de jeu, comme aide éventuelle pour, à un moment donné, récupérer l'avion. Mais leurs regards de plus en plus systématiques à mon égard, afin de guetter comment je réagissais, me confirmaient que, pour un instant, je faisais partie de ces cercles, cercle de regard et cercle de jeu. Je peux supposer que cela était d'autant plus troublant pour eux que dans la clinique, les jeux libres (*play*) ne se produisent pas, ils ne sont pas encouragés et ne suscitent pas d'attention particulière ; dans les couloirs de l'hôpital, ils sont autorisés dans la mesure où ils ne sont pas trop bruyants, sinon ils sont réprimés. Ainsi, me voir m'allier à eux dénotait dans le paysage hospitalier.

Je connaissais déjà Hamza avant ce jeu d'avion, car je l'avais rencontré deux fois, lors de la première rencontre avec le médecin fin janvier puis avec l'orthophoniste le mois suivant. Mais ces deux rencontres m'apparaissaient comme forcées, ne constituant pas, selon les principes d'une éthique relationnelle, des formes de consentement. En effet, si le professionnel donnait son aval pour que j'assiste aux séances, il ne demandait pas forcément à l'enfant et/ou aux parents s'ils acceptaient ma présence, et indirectement, s'ils étaient d'accord de participer à ma recherche. En séance, Hamza était assez réservé et n'envoyait pas de signaux très clairs quant à son envie de jouer avec moi ou de me connaître davantage.

Il était curieux, me regardait, mais de manière distante, peu souriante, sans chercher à établir une ébauche de complicité – ce que d'autres enfants, au contraire, poursuivaient avec obstination. Toutefois, à partir du jour où nous avons joué ensemble dans le couloir, nos interactions ont radicalement changé. Le même jour, pendant la séance suivant cet épisode, Hamza avait agi comme à son habitude, concentré et sérieux. Mais en fin de séance, alors que la psychomotricienne et sa mère discutaient ensemble, il était venu tout près de moi pour chuchoter quelque chose à mon oreille. Je n'avais pas tout compris, mis à part les mots « jeu » et « encore », mais il avait refusé de répéter pour qu'elles traduisent plus précisément ce qu'il m'avait dit. J'étais donc restée avec l'idée que quelque chose s'était joué pendant notre séance improvisée de jeu, sans pour autant savoir exactement ce qu'il en était. Mon impression avait d'ailleurs été confirmée par la professionnelle pour qui Hamza montrait, par un tel comportement, qu'il « m'aimait bien ». De fait, je pris cet élan vers moi comme la manifestation d'un intérêt et ce moment fut décisif : je leur proposai alors de les rencontrer à l'hôpital et en dehors de l'hôpital pour un entretien.

Ces formes d'attention, de curiosité ou d'intérêt, entraînant des moments d'accordage¹¹¹, pouvaient donc se traduire par des jeux de mains sur le bureau de consultation ou sur le muret de la salle d'attente, par des sourires, des grimaces, des jeux de regards... Le corps, et tout particulièrement le visage, sont une vaste ressource pour qui joue avec¹¹² d'autant plus que mon niveau de darija était nul au départ et moyen par la suite. Ces manœuvres, avec le recul, m'ont évoqué des stratégies de *séduction*. À propos de celle-ci, Goffman note qu'elle peut prendre plusieurs dimensions, dont l'une est sociale. Il explique que l'observateur (dans ce cas, la chercheuse) « *cultivate the kind of social relationship to his subject such that candor and trust on the latter's part becomes a natural expression of the bond* » (je souligne) (E Goffman, 1971, p.37). Au sens goffmannien, il semble pertinent d'affirmer que la séduction sociale a été un outil de prise de contact dont je me suis servie lors de la première phase de contact pour le préconsentement des enfants. Cependant, envisager la séduction sociale sous cet angle stratégique (au sens de Goffman) soulève deux importantes questions.

¹¹¹ J'emprunte à Marco Motta la notion d'accordage – traduction faite de l'idée d'« *attunement* » chez M. Lambeck – qui « suggère à la fois un processus d'harmonisation au sens musical et l'accord au sens de l'entente, le pacte » (Motta, 2016, p.302).

¹¹² Au moment d'écrire ces mots, nous vivons au quotidien avec la Covid qui a redéfini, du fait du port obligatoire du masque dans les espaces publics, la place du langage infraverbal dans les interactions. Intervenant auprès d'enfants en école primaire où le masque est obligatoire pour moi – mais pas pour les enfants – je constate de manière aiguë les conséquences de l'absence de ce moyen d'expression qu'est le visage (septembre 2020).

La première a trait au détournement, voire à la mise à l'écart engendrée par une telle stratégie, puisque comme le rappelle Michel Laxenaire en introduction d'un article dédié à la séduction dans la littérature : « Séduction vient du latin *se ducere*, qui signifie conduire à l'écart ou amener à soi. Séduire, c'est tirer quelqu'un à l'écart du groupe avec lequel il se confondait, le sélectionner, le persuader qu'il est unique, remarquable, et qu'il a été remarqué. » (Laxenaire, 2004, p.3). Peut-être qu'à certains moments, du fait des jeux de séduction, les enfants ont été hors du chemin qui les conduisaient initialement à l'hôpital pour y rencontrer le médecin, travailler sérieusement et avec concentration, apprendre à agir et réagir selon certains types d'interactions cadrées, etc. Peut-être qu'à d'autres moments, les relations et instants privilégiés partagés, par la mise à l'écart des enfants vis-à-vis de leur famille et des professionnels, ont contribué à renforcer mon pouvoir de domination sur eux, les isolant de la protection de leurs *gatekeepers*, faussant leurs visions et attentes des raisons de nos jeux. Je dois reconnaître que l'utilisation de cette stratégie comme un outil méthodologique, de type « corporel », a été effective pour nouer des relations avec les enfants, mais j'ajouterai que tout comme la flatterie (Jodelet & Moscovici, 1989, p.139), la séduction fait partie des modalités interactives sociales communes, attestant plutôt, une fois encore, du caractère situé et intersubjectif des dynamiques relationnelles dans le contexte d'enquêtes. Elle est une pratique ordinaire qui, dans l'interaction, donne lieu à la création d'expressions communes et d'accordage à des instants précis.

L'autre question relative au jeu de séduction concerne la dualité présumée entre émotions et raison. Cette tension émerge du fait que la séduction suppose l'existence et l'usage d'une certaine habileté émotionnelle pour s'attacher à l'autre et, inversement, qu'il s'attache à nous/moi – expliquant son emploi pour l'établissement de relations d'enquête. Processus interactionnel, résolument charnel et corporel, la séduction laisserait entendre qu'en tant que jeu émotionnel, aucune délibération rationnelle ne peut y être associée. Coste et ses coauteurs détaillent les éléments d'un tel raisonnement :

« « Par “libre”, il faut entendre, dans la tradition de la liberté négative (Taylor, 1999), un accord souscrit en l'absence de contrainte physique (violence, coercition...) ou psychologique (manipulation, séduction, supercherie...). “Éclairé” » renvoie ici à un acte réfléchi et intentionnel : le consentement éclairé est un acte de la raison distinct d'une passion ou d'un désir éphémère et contingent. » (Coste et al., 2008, p.10).

Est-ce à dire, comme le définit l'approche formaliste et contractuelle, que je n'ai pas respecté le (pré)consentement libre et éclairé des enfants ? Mon approche est néanmoins tout autre. En m'appuyant sur l'existence de nos émotions et des dynamiques ordinaires d'accordages qui donnent lieu aux pratiques ordinaires du consentement, je défends une approche autre de la séduction sur le terrain pour comprendre les liens qui se tissent entre enquêteurs et enquêtés – je vais ainsi dans le même sens qu'Arlie Hochschild qui encourage un travail avec les émotions pour mener la recherche (Hochschild, 1983b). Je ne pense pas avoir contraint les enfants à venir vers moi. Je ne l'envisage pas ainsi, car je considère que les enfants et moi étions ensemble pris comme acteurs de ce jeu, et reconnaître les enfants comme acteurs conduit à discerner cette capacité à jouer et donc à influencer réciproquement sur nos comportements et attitudes. De plus, le fait que, par exemple, j'ai pu aussi construire des relations avec des enfants qui finalement n'ont pas intégré la recherche montre également le caractère désintéressé des interactions, ou l'envie de montrer mon attention à leur égard, mon souci d'eux. Maintenant une position et une approche résolument interactionnistes et situées de l'éthique, et plus particulièrement du (pré)consentement, je montre que, comme dans le cas de l'avion en papier, nous nous sommes séduits par l'accordage. Avec l'extrait ci-dessous, j'aimerais souligner la manière dont les émotions, et l'accueil de celles-ci ont pu faciliter la création de certains liens avec une enfant.

Extrait du carnet de terrain : en séance (août 2014)

« J'essaie de montrer que je l'écoute. Je lui souris quand elle se retrouve seule avec nous (le médecin et moi). Je hoche la tête quand elle parle, signe d'encouragement et de soutien. Lorsque sa mère revient et parle à son tour, c'est toujours Mufida que je regarde et que j'écoute. Mes épaules sont tournées dans sa direction – je ne leur fais pas face (à la mère et à elle), mais je tente de créer une diagonale invisible entre Mufida et moi. Elle a de grands yeux noirs en amande. Elle est si différente de sa mère, les joues rondes, un peu bouffie, les yeux marrons, des chaussures souillées. Je vois tout le soin qu'elle a mis sur elle. Un élan vers elle, l'envie de lui parler, de la prendre à part et de lui dire que ça va aller. »

Dès notre première rencontre, j'ai porté une attention toute particulière à son égard, mes yeux étaient sur elle, quasi exclusivement. Contrairement au médecin, qui faisait des aller-retour entre la mère et la fille, je ne m'intéressais qu'à cette fille de 11 ans. Lorsqu'elle s'occupait de sa petite sœur¹¹³ alors que sa mère parlait, c'est elle que je regardais – et non la mère. Lorsque le médecin parle, c'est elle encore que je regarde. Ces regards auraient pu paraître trop insistants. Mais dans cet échange, mon attention au corps, dires et attitudes de l'enfant a été reçue, je le suppose, comme le signe d'un souci de sa personne, d'une attention à son égard (une forme de *care*) – ce qui était effectivement le cas. Le médecin l'écoutait et posait des questions. J'étais simplement, et pleinement, présente, je l'écoutais, je la regardais parler, j'observais et recevais ses émotions, sans les commenter verbalement mais en tentant de les encourager physiquement, notamment par des acquiescements. À propos de ce qu'elle a vécu sur le terrain (en maison de retraite auprès des aides-soignantes), Lise Causse écrit : « nous apprendrions plus tard que ce qui n'était pas dit était situé du côté de la dimension tactile, du corps à corps [...], de la vue et du contact [...]. » (2007, p.220). Si Lise Causse parle « des déjections humaines, du sang, des odeurs nauséabondes, des cris et des appels de détresse », je crois que dans la réception des affects de cette fillette s'est joué quelque chose de similaire. J'accueillais ce qui, dans le contexte de vie qui était le sien, devait rester caché, à l'image de ces matières corporelles repoussantes. Alors que par la suite, j'ai pu entendre l'assistante sociale, et parfois sa mère, lui dire que les pleurs, la tristesse, les plaintes ne servaient à rien et qu'elles n'avaient pas leur place dans sa vie, ce jour-là, lors de notre première rencontre, je recevais ses larmes, je les regardais, je les acceptais¹¹⁴. Lorsque j'ai demandé en fin de séance si fille et mère étaient d'accord pour que je parle avec elles, la fille, à son tour, ne me quittait pas des yeux. J'ai eu l'impression qu'elle attendait que je parle. Ma prise de parole, dans un mélange de français et de darija, avait renforcé son attention à mon égard. La curiosité était palpable. Cette famille est l'une de celles avec qui j'ai partagé de nombreux moments à l'hôpital et en famille, en public et dans l'intimité quotidienne.

¹¹³ Comme je l'expliquerai plus tard dans ce travail, il n'est pas rare que les mères et l'enfant pour qui la consultation a lieu soient accompagnées d'autres membres de la fratrie, notamment les plus jeunes pour lesquels aucun moyen de garde n'a pu être organisé. Lors de cette première rencontre, la petite sœur de Mufida est présente, et comme à son habitude, Mufida s'occupe de celle-ci.

¹¹⁴ C'est dans ce type de moments que mes propres difficultés en tant qu'enfant – avec des répercussions sur le terrain – m'ont je pense amenée à prêter une attention soucieuse envers les enfants.

Lors de la phase de préconsentement, les outils d'enquête n'avaient pas de place. Dans les cas où les enfants et moi avions « accroché » – ce que je décelais par les accords, les accordages, plus ou moins implicites entre nos corps (sourires, grimaces, clins d'œil, rapprochements et contacts physiques par les mains, les épaules, des bisous) –, je demandais en fin de consultation si les familles acceptaient de participer à ma recherche. Toutes les familles, à l'exception d'une¹¹⁵, ont dit oui. À la suite du préconsentement avec les enfants avait lieu le premier contact informel, avant que ne soit présenté le formulaire de consentement. Cette démarche officieuse me permettait de parer à l'inconfort protocolaire engendré par cette attitude formaliste. Je sortais le formulaire de consentement lors de la deuxième phase de nos rencontres, une fois à leur domicile et mon astreinte à leur contexte de vie, devenu le nouvel environnement de la recherche, démontrée. Contrairement à Beaudevin, qui a d'ailleurs commenté et regretté cette éthique protocolaire et vide de sens (réf), j'usais de cet outil relativement tard dans la trame de nos rencontres, lui conférant un autre mode d'existence.

À la suite de cette première phase (préconsentement et accord informel) venait la seconde, officielle, au cours de laquelle je demandais aux enfants et aux parents de signer les formulaires de consentement. Ce n'était que lorsque les entretiens devenaient formels, enregistrés, traduits, que je les sortais. Comme exigé par le CERB, ils avaient été traduits en arabe littéral¹¹⁶ pour les familles, avec des exemplaires en français pour moi. Malgré la mise en garde du chef de service au sujet des effets potentiels de faire signer des documents aux familles, je n'ai essuyé aucun refus. En effet, pour les parents dont la maîtrise de l'arabe littéral ou de l'écriture et de la lecture n'étaient pas complètes ou étaient totalement absentes, signer un document dont le contenu ne pouvait être vérifié pouvait entraîner une méfiance – c'est du moins ainsi que le chef de service m'en avait parlé. D'après lui, des situations d'abus envers les plus démunis et vulnérables faisaient partie de l'histoire du pays. D'autre part, comme l'a souligné Claire Beaudevin (2008, p.8), je constatais que pour les personnes lettrées, le formulaire de consentement avait un caractère intelligible du fait de son langage

¹¹⁵ Je n'ai malheureusement pas eu l'occasion de connaître davantage cette mère pour pouvoir formuler une hypothèse solide quant à ce refus. Je dirais simplement que sa « timidité », sa distance vis-à-vis des professionnelles, s'était muée en un refus par rapport à la recherche.

¹¹⁶ L'arabe littéral est utilisé pour tous les documents puisque le darija est une langue parlée dont l'écriture (et son officialisation) est en cours depuis maintenant quelques années, mais pas arrêtée.

protocolaire, contribuant à valoriser une meilleure entente et une certaine confiance vis-à-vis de moi et de mon attachement institutionnel. Néanmoins, un fait important mérite d'être pointé à propos de l'usage du formulaire de consentement pour les enfants. Malgré les réticences du CERB et leur affirmation que les enfants n'en comprendraient pas le contenu, j'ai constaté qu'ils *se prenaient au jeu*. Ils signaient les documents que je leur présentais, parfois maladroitement, ajoutant un semblant de lettre, une croix, un gribouillis. Souvent, j'ai aussi remarqué qu'ils paraissaient gênés, comme s'ils faisaient quelque chose d'interdit, les documents officiels touchés par les parents étant tenus éloignés des mains des enfants, comme j'ai pu le constater à l'hôpital quand un enfant tentait de regarder de plus près un papier obtenu au guichet ou sorti par la mère de son sac. Il semblait ridicule à certains parents que les enfants signent (je présenterai plus en détail cette scène chez Amar (7 ans)), mais pour autant, il ne s'agissait pas d'un simple jeu : s'ils ne comprenaient pas le contenu (comme certains parents d'ailleurs), la forme de l'acte « obtenir un consentement » avait un sens. En effet, par l'acte d'endossement du formulaire de consentement, je souhaitais montrer que les enfants étaient pris au sérieux (Sirota, 2012) et souligner qu'ils étaient tout aussi importants que leurs parents dans le processus de la recherche et dans le processus décisionnel. Le formulaire était un moyen de montrer à l'enfant que dans ce travail que nous allions réaliser ensemble, chacun avait quelque chose à faire, un rôle à jouer. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme Claire Beaudevin à propos du contrat passé entre le chercheur et l'enquêté (Beaudevin, 2008), « ce contrat parapluie »¹¹⁷ me semble pouvoir avoir une portée autre. Le document n'arborant pas les signes du gouvernement marocain, j'expliquais qu'il était exigé par l'université en Suisse. Mais je dois aussi avouer que, craintive des conséquences potentielles et esseulée sur mon terrain, je préférais certainement être aussi dans la possibilité de démontrer que cette recherche était « consentie » au sens où l'administration locale, sous l'influence du comité d'éthique pour la recherche biomédicale (CERB), l'entendait. Avec le recul, et après lecture de situations similaires vécues par d'autres chercheurs, je rejoins le point déployé par Imelda Coyne et ses coauteurs (2009, p.426) qui voit dans les relations tissées entre comités et chercheurs l'opportunité, pour ces

¹¹⁷ Expression employée pour signifier que les formulaires de consentement ne sont qu'un outil de façade pour protéger les chercheurs et les autorités de l'inclusion de certaines populations perçues comme vulnérables ou sur des sujets sensibles dans un processus de recherche.

derniers, de promouvoir une approche respectueuse des enfants à participer à la recherche, tant vis-à-vis des parents que des professionnelles.

Dans mon carnet de notes, les premiers mots à propos de la situation décrite ci-dessous étaient « aujourd'hui erreur de débutante ». En effet, j'eus affaire à un refus – non pas d'un enfant, mais d'une mère. L'enfant – appelons le Karim – avait accepté de commenter sa venue à l'hôpital, il avait même commencé à le faire pendant les séances auxquelles j'assistais avec l'orthophoniste. Il était devenu de plus en plus à l'aise et curieux de ma présence, multipliant les commentaires et les regards dans ma direction. J'avais donc décidé, naturellement, de poursuivre avec lui les entretiens et d'engager sa mère dans la procédure avant d'aller plus loin, c'est-à-dire avant d'enregistrer ce que Karim disait. Mais un jour, en sortant d'un entretien avec un autre parent, j'avais gardé mon enregistreur en main. Croisant, dans le même temps Karim et sa mère, je me dirigeai vers eux pour leur demander s'ils voulaient bien discuter un moment. Sachant que nous nous connaissions déjà, je m'étais avancée vers eux d'une manière assurée. La mère commença à parler puis vit que j'avais l'enregistreur. Elle refusa de poursuivre, pensant que j'avais fait quelque chose – l'enregistrer ou la filmer - à son insu. Malgré nos tentatives, à l'interprète et moi, de lui expliquer que rien de tout cela ne s'était passé et que nous souhaitions entendre son expérience, d'autant que Karim souhaitait nous parler, elle refusa. Dans ce cas, le consentement en pratique avait « fonctionné », mais l'aval final revenant à la mère, il fut impossible de poursuivre nos interactions avec Karim. Peut-être est-ce dû, en partie ou complètement, à l'erreur de ma part d'avoir gardé l'enregistreur en main. Je ne pourrai jamais savoir bien sûr. Néanmoins je tire de cet échec – au-delà de la question du consentement de l'enfant qui peut être étouffé par celui d'un parent – la leçon que chaque entrée, chaque interaction doit être soignée. Cette situation confirme que les enfants restent dépendants de la décision des parents. Malgré mes précautions pour faire valoir, en premier lieu, le consentement ou préconsentement des enfants, leur participation à la recherche demeurerait toutefois sous l'emprise décisionnelle de leurs parents, rappelant que les chercheurs sont pris dans les dynamiques locales.

2.2.3. Ma mise en je(u)

Comme brièvement exposé dans la partie sur le consentement en pratique, j'ai joué avec mon visage et même l'ensemble de mon corps pour approcher les enfants et initier des liens avec eux – ce que Samantha Punch nomme « *build rapport with children* » (Punch, 2002). Le point sur lequel j'aimerais ici porter l'attention n'est pas tant le corps, mais plutôt le *jeu*, voire une forme particulière du jeu. Comme évoqué plus haut, amener des jouets et autres matériels dans les dispositifs d'entretiens avec les enfants me semblait inadéquat étant donné le manque de ressources dans le service. De plus, il me semblait que ces jeux venaient faire écran, rompre la spontanéité, « *'immediacy' of that relationship* », que je pouvais rechercher avec les enfants (Alderson & Goodey, 1996, p.108). Dans leur article sur le consentement des enfants avec des handicaps, Alderson et Goodey se demandent si en tant que chercheurs, nous ne nous créons pas nos propres challenges en ne considérant pas les enfants comme nos égaux (*Ibid.*). Si leurs remarques concernent initialement les conséquences de la multiplication des réflexions sur les enfants et leur supposé monde qui, *in fine*, ferait que nous nous les représentons tels des « aliens et menaçants » (*Ibid.*), il n'en demeure pas moins qu'ils évoquent également les « stratégies de survie » qui découlent de ces préjugés quasi fantasmagoriques. Pour ces auteurs, la qualité de coprésence des chercheurs auprès des enfants est ce qui, concrètement, peut permettre d'envisager le terrain autrement et produire d'autres résultats de recherche. Prise dans les relations et les circonstances de mon terrain, les jeux, sortes de « stratégies de survie » selon moi, occultaient cette qualité de coprésence par laquelle je souhaitais m'approcher des (futurs) enquêtés. Ces jeux me pesaient et semblaient contribuer à un alourdissement des procédures avec lesquelles j'avais d'ores et déjà dû m'accommoder.

De fait, j'ai dû – par les contraintes organisationnelles du terrain – et souhaité – prise dans la spontanéité des rencontres – faire appel à d'autres formes de jeu. Comme expliqué par Jean-Bertrand Pontalis dans la préface de la version française de l'ouvrage de Winnicott, le jeu peut recouvrir plusieurs formes et significations (Winnicott, 1975). L'une d'entre elles, établie par le psychanalyste anglais, pose une distinction entre *game* (jeux) et *play* (jeu). Pontalis le synthétise ainsi : « [...] l'auteur de ce livre [...] tient pour essentielle la distinction entre le jeu strictement défini par les règles qui en ordonnent le cours (*game*) et celui (qui) se déploie librement (*play*). » (1975, p. VIII). Cette distinction a été reprise dans l'ensemble

des études sur le(s) jeu(x), quelles que soient la discipline ou les approches théoriques d’ancrage (Delchambre, 2009). Cette distinction est fondamentale pour comprendre le jeu que j’ai mis en place avec les enfants sur mon terrain ainsi que les conséquences de cette mise en jeu de ma personne avec eux.

Dans une perspective socioanthropologique du jeu, Jean-Pierre Delchambre reprend la distinction entre jeux et jeu, à laquelle il ajoute une dimension spatio-temporelle qu’il semble important de noter étant donné le contexte spatio-temporel singulier dans lequel les enfants et moi avons joué. Il décrit les jeux tels « les pratiques et les dispositifs ludiques définis de façon conventionnelle et le plus souvent *localisés dans des espaces-temps prévus à cet effet* » (je souligne) ; quant au jeu, il en parle comme une « notion permettant de cerner une composante de nos expériences ou de nos investissements dont on dira qu’elle joue un rôle important, voire constitutif dans le cadre des formes de vie humaines » (*Ibid.*, §3). En effet cette distinction est fondamentale : un des premiers points que j’ai remarqués est que les jeux étaient organisés de manière très spécifique à l’hôpital.

Dans les couloirs de l’hôpital, et plus précisément dans les salles d’attente, il n’y avait pas de jeux mis à disposition des enfants. Les professionnels m’ont rapporté qu’il y en avait au début, mais qu’ils avaient été abimés ou volés et que par conséquent il avait été décidé de ne plus en mettre à disposition des familles. Certains mettaient cela sur le compte de la « mauvaise éducation des Marocains » – Marocains dont ils faisaient pourtant partie. Cette dénomination tendait en fait à désigner les Marocains n’ayant pas d’éducation (scolaire) et donc pas de règles de bienséance (savoir-vivre)¹¹⁸. Quant aux jeux que les enfants improvisaient, ils étaient tolérés uniquement si jugés ni trop mouvementés ni trop bruyants – le cas échéant il était interrompu par les parents, l’hôtesse ou encore les professionnels passant dans les couloirs, rappelant à l’ordre les enfants pour qu’ils soient plus calmes.

Exemple de jeu : jeu de mains

« Nous étions assis sur le petit muret de la salle d’attente du bas. [...] Avec Adil on a joué, au début, à pierre, caillou, ciseaux. C’est lui qui a proposé. Je n’avais pas compris lorsqu’il m’a dit le jeu en arabe, alors il m’a montré et j’ai confirmé que je

¹¹⁸ Le regard porté par certains membres du service sur les familles sera davantage détaillé au chapitre (lequel ?), notamment car il est une des raisons de certains comportements professionnels lors de la guidance parentale et de l’issue des parcours thérapeutiques des enfants.

connaissais. Et puis de sa main feuille qui enveloppe ma main pierre, il a fini par m'attraper les mains, me les écraser ensemble, les bloquer, appuyant avec force pour les coincer sur le petit muret où nous étions assis. Je lui dis et grimace que cela me fait un peu mal (il met trop de force). J'ai introduit un nouveau jeu pour pouvoir protéger mes mains qui me faisaient mal. On devait entasser, l'un après l'autre, chaque main l'une au-dessus de l'autre. Le jeu a dévié en un chahut de mains. Ça a fait rire Adil, qui aime bien quand on peut faire un peu le bazar, et j'ai ri aussi. [...] Son père est venu dire à Adil d'aller doucement et de me laisser tranquille. (Il me traduit ce qu'il lui a dit en s'excusant auprès de moi pour le comportement d'Adil). »

Dans un tel environnement où le(s) jeu (x) sont limités et contenus par les règles établies par les adultes, je pense que ma manière d'amener le jeu (libre) dans l'espace de la salle d'attente était une façon de marquer ma différence avec les autres adultes et de créer un contexte favorable à un rapprochement avec les enfants (si tant est que les enfants me mettaient dans cette catégorie adulte¹¹⁹). Dans l'exemple cité, j'ai suivi ce qu'Adil (8 ans) m'a proposé, en adaptant aux douleurs que je ressentais, mais j'ai opté pour ce type de stratégie de contournement sans en mentionner les raisons, choisissant de ne pas blâmer ses manières de faire ou de réprimer son comportement, car j'avais conscience que *mes* douleurs rhumatismales m'obligeaient à de telles tactiques. En décidant de suivre ce qu'Adil précisait, mon attitude tranchait avec celle de son père qui, dès qu'Adil faisait quelque chose débordant du cadre imposé – occuper un espace trop large sur le muret, jouer avec excitation, force et rapidité, imposer un jeu à l'adulte – intervenait pour réguler son comportement.

Une autre distinction importante est apportée dans l'article de Jean-Pierre Delchambre (2009) à propos des jeux (*game*) entendus comme jeu avec règles, jeu social ou encore jeu de société, et du jeu (*play*) défini comme jeu libre ou jeu sans règles de l'autre. Le premier est dit téléologique, c'est-à-dire qu'il tend vers une fin qui, comme le note l'auteur, « peut être la victoire, le gain, le succès ». Il suppose également, au-delà de la connaissance des règles, « une habileté stratégique ou tactique ». À l'inverse, le jeu

¹¹⁹ Je discute cette question du flou de l'identité d'adulte en p.20 de ce chapitre (plutôt chapitre 3 ? peut-être éviter de renvoyer à des pages précises dans la thèse, on risque de s'y perdre s'il y a des changements de mise en page à la fin. Plutôt renvoyer au chapitre et au titre de la partie en question).

« (...) est généralement associé à la spontanéité, à la gratuité, à la créativité, voire à l'absence de contrainte et de finalité. Deux de ces traits importants sont en effet son caractère *processuel* (ce qui importe, c'est le déroulement, le trajet, le transport, la déambulation, le transit ou la transitionnalité, et non le but, le terme, la destination), ainsi que son caractère autotélique (le *play* est à lui-même sa propre fin, le joueur qui recherche le *playing* ne vise rien d'autre que de s'impliquer et d'être "pris par le jeu", d'être captivé ou porté par le flux ou le flow). » (*Ibid.*, p.21)

Cette définition, certes longue du fait des nombreuses caractéristiques énoncées, décrit néanmoins très bien l'intérêt d'une méthodologie dans laquelle le jeu, et non les jeux, est le support de dispositif d'enquête avec les enfants. D'ailleurs, du fait du caractère improvisé et spontané de nos rencontres, il y avait rarement des jeux (*games*) impliqués. Ces moments reposaient sur la rencontre entre l'imaginaire des enfants et le mien et sur une série d'actions et de réactions entre nous. L'imaginaire et les jeux ont été efficaces et réels, avec des effets tangibles, permettant nos rencontres et nos accroches. Voici ci-dessous un exemple de jeu dans lequel la spontanéité, la créativité et l'absence de règle nous a permis d'être dans la rencontre, chacun de nous amenant un élément à ce jeu en développement dans l'instant.

Exemple de jeu : jeu de mains (avril 2015)

« Aujourd'hui, jeu avec Hamza avant la séance. J'étais appuyée sur le muret à l'étage, il est venu près de moi. Il m'a regardé du coin de l'œil, il a souri, il attendait. Il est reparti en face, mais continuait de me regarder, il a tourné sur lui-même et sauté. J'avais l'impression qu'il voulait que je fasse la même chose, ou quelque chose. J'ai tourné sur moi-même, je me suis allongée à moitié sur la barrière, comme si je glissais et tombais. Il est revenu près de moi et a fait la même chose (plus petit donc plus difficile pour lui). Il s'est rapproché un peu plus de moi. J'ai déployé ma main, bougé mes doigts comme si c'était une marionnette avec une petite voix : "Bonjour Hamza, ça va ?" J'ai fait glisser ma main le long de la barrière en bougeant mes doigts et je lui ai chatouillé le bras. Sa main a sauté sur la mienne comme pour l'écraser. J'ai reculé ma main en arrière. Loin de son bras, agitant mes doigts, j'ai recommencé (sans parler). Nous faisons ces gestes plusieurs fois. Hamza a fini par monter de plus en plus haut sur mon bras, jusqu'à atteindre mon cou pour

me chatouiller (je suis restée assez basse pour qu'il atteigne mon cou). J'ai fait la même chose, j'allais là où il allait. »

Dans cet extrait, le caractère autotélique du jeu déployé est primordial, notamment en raison du contexte psychothérapeutique. En effet, je mettais en place des activités qui d'une part ne nécessitaient pas de connaître des règles et d'autre part ne visaient pas à vérifier l'apprentissage de certaines règles. Mon approche ne supposait pas des enfants la mise en place d'une stratégie – dynamique qui, je le montrerai plus en détail dans la suite de ce travail, correspondait aux attentes et aux exigences du travail (psycho)thérapeutique dans lequel ils étaient engagés, dont les jeux éducatifs sont un idéal éducationnel porté par les classes supérieures (Gavarini, 2001, p.54-55). J'avais à cœur de respecter cet objectif, à savoir ne pas imposer de contrainte aux enfants, tout en suivant, ou parfois inventant, des formes de jeu imaginaire¹²⁰, c'est-à-dire sans règles qui ne soient pas créées dans le processus interactionnel. Dans la continuité de ces postures, j'estime que « jouer le jeu » contribue à prendre les enfants au sérieux, à entendre leur demande de jeu, c'est-à-dire prendre *leur jeu* au sérieux, en ayant pour objectif d'être, avec eux, dans le jeu. Dans l'extrait suivant, mon travail de terrain est quasiment terminé, et le garçon (environ âgé de 8 ans) avec qui je joue ne participe pas à ma recherche. Cette séquence reflète cette attention sérieuse au jeu, ce souci permanent de prêter attention aux enfants.

Exemple de jeu : un simple bout de ficelle (juin 2015)

« J'attendais pour rentrer en séance avec Bouchra, dans l'angle entre le bureau et le secrétariat, un peu à l'écart, mais tout en pouvant jeter un œil de temps à autre sur la salle d'attente et les arrivées en bas. Il fait très chaud aujourd'hui avec beaucoup de vent et je m'étais mise là pour recevoir l'air de la fenêtre et avoir une fausse sensation de fraîcheur. Ryan est venu près de moi pour me dire bonjour. Comme moi, il a vu que le vent jouait avec un bout de ficelle brillant accroché aux barreaux de la fenêtre. Selon la force et le sens du vent, la ficelle bouge dans un sens

¹²⁰ J'inventais avec ma main une chose parlante, un animal peut-être ? Mon imagination (nourrie des Arts de la Marionnette auxquels j'ai une grande sensibilité) est un outil spontané dans ces jeux de mains ou autres jeux corporels développés avec les enfants.

ou dans l'autre. Nos doigts sur le bord de la fenêtre, on essaie tour à tour de l'attraper, de la toucher, de faire quelque chose avec. Il a commencé par le faire, en m'invitant du regard à faire la même chose, ou essayer quelque chose d'autre. Je me suis mise accroupie. Nous alternons, une fois lui, une fois moi, ajoutant des feuilles ramassées dans le couloir, des poussières traînant par terre. Tout est parti d'un petit bout de ficelle. Moment paisible. »

Tout est parti d'un bout de ficelle auquel il a porté une attention que j'ai suivie. Il n'y avait pas vraiment de règles, mais éventuellement un objectif : à chaque nouvelle tentative, nous étions supposés produire un effet, être en interaction avec la ficelle. Dans son propre imaginaire, chacun de nous avait sa propre idée sur cette ficelle et ce qu'elle représentait. Je ne lui ai pas demandé. Je n'ai pas noté et ne me souviens plus de ce que j'y voyais. Mais je me souviens m'être prise au jeu. Parce que nous avons joué sérieusement, que nous étions impliqués, ce « simple » bout de ficelle a créé l'occasion de nous faire interagir en regardant dans la même direction, espérant, ensemble, que quelque chose – de drôle, de surprenant, d'épatant – se passe. Par le jeu imaginé, sans mot et avec des mouvements composés dans cet espace construit autour de cet objet, nous avons abouti à un moment partagé.

Au sujet de ce type de relations nées de ces instants, j'aimerais souligner une dernière dimension du jeu tel qu'analysé par la socio-anthropologie du jeu et pouvant être utile pour penser la place du jeu dans les politiques de la recherche avec les enfants. Jean-Pierre Delchambre écrit que le jeu peut être compris « comme l'ouverture d'un "entre-deux" entre le sujet et le monde (ou entre le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur), "aire intermédiaire d'expérience et de jeu" » (Delchambre, 2009, p.29-30). Cette dynamique d'ouverture entre le sujet et l'environnement est à mon avis centrale pour comprendre ce que nous pouvons mettre en place avec les enfants : plutôt que de chercher à aller vers l'enfant dans un impossible « être comme lui », je pense qu'il est plus efficace (au sens de l'efficacité pragmatiste qui permet la relation) et adéquat (au sens d'une éthique relationnelle et située) de créer un espace commun dans lequel chacun, adulte et enfant, puisse rencontrer l'autre. Ainsi, cet espace potentiel, au sens de Winnicott et comme l'a repris Jean-Pierre Delchambre, peut être poursuivi comme outil méthodologique. Sur cet espace, il écrit :

« « [...] l'espace potentiel nous semble dès lors pouvoir être défini comme un espace relationnel aménagé et non constant, aire vitale ("le lieu où nous vivons", selon une formule de Winnicott) caractérisée par la survenance de phénomènes transitionnels (jeux, objets et artefacts, croyances, voix ou regards, mélodies, attachements, processus cognitifs et affectifs, etc.), exerçant une fonction de support ou de véhicule [...]. » (Delchambre, 2009, p.30)

Cet espace transitionnel est donc, à mon sens, ce que nous avons créé avec les enfants. Dans les deux extraits cités, nous percevons les manières dont s'est mis en place, entre nos corps, un espace de jeu, de créativité, et plus largement d'attention réciproque. Ces moments et ces dynamiques interactionnelles nous ont permis de nous rencontrer ou, pour le dire en d'autres termes, de trouver des « formes partageables » d'expressions afin de démultiplier nos capacités de s'exprimer les uns avec les autres (Le Goff & Velpry, 2018). Dans l'instant de la rencontre, ou au fur et à mesure des semaines passées ensemble, nous avons appris à nous connaître et à ajuster nos formes d'expression, m'offrant la possibilité, en tant qu'anthropologue, de comprendre et d'analyser les manières d'être et de faire des enfants rencontrés. Ces choix méthodologiques, pour la plupart déclenchés instinctivement sur le terrain se sont avérés être, *a posteriori*, des outils d'enquête à même de produire des résultats et des réflexions nouvelles en termes méthodologiques et épistémologiques.

Lors de mes rencontres et échanges avec les enfants, j'ai pris soin de toujours penser nos interactions en fonction de l'espace et de nos corps dans celui-ci. L'attention particulière accordée aux corps m'a accompagnée, a formaté et produit mon travail ethnographique, c'est-à-dire qu'elle a modelé mes manières d'être et de faire avec les enfants. Qu'il s'agisse de nos tailles, de nos forces, de notre mobilité, de notre dextérité, de notre mémoire et des multiples différences entre ces diverses caractéristiques, ces éléments corporels ont été quelques-uns des vecteurs de nos interactions. Je les ai toujours eus en tête comme des indicateurs de mes rapports de domination, convaincue que les inégalités de pouvoir se transposaient tout autant qu'elles émanaient de ces relations corporelles. En ce sens le jeu (*play*), et le fait de m'adapter à ce que les enfants proposaient, de veiller à être à leur hauteur, ou d'ajuster ma voix au moment a été un moyen de travailler les rapports de pouvoir.

Je ne suis évidemment pas la première socioanthropologue de l'enfance à considérer le corps comme un des vecteurs de domination entre les adultes et les enfants. Je propose dans la suite du texte de revenir sur les propositions faites par les auteurs pour penser ces rapports

de pouvoir et d'en faire une lecture critique sur la base de mes expériences de terrain. Cette démarche me permet de détailler, et de complexifier, les façons de concevoir les rapports entre « adultes » et « enfants » selon les contextes dans lesquels les enquêtes s'inscrivent.

2.3. Un corps d'« adulte » parmi des corps d'« enfants » ?

Dans son travail sur les méthodes de recherche avec les enfants, Nancy Mandell a développé l'idée d'un rôle d'adulte minimal (*least adult role*) (Mandell, 1988). William A. Corsaro, pour sa part, parle d'adulte atypique (2005 [1997]). Ces postures impliquent deux suppositions/présumptions.

La première, évoquée par William A. Corsaro lui-même, consiste à affirmer que les enfants perçoivent que « nous » ne sommes pas comme eux. Ce « nous » sur lequel l'auteur semble n'émettre aucun doute et au sujet duquel, a priori, nous nous accordons tous, crée deux groupes distincts : les enfants et les adultes. Les aspects physiques sont la première évidence de cette distinction : notre taille ainsi que, peut-être, nos manières de nous vêtir sont différentes ; nos cheveux sont peut-être blancs ; nos voix sont plus graves ; des plis couvrent peut-être certaines parties de nos visages ; nous avons peut-être des bijoux distinctifs ; nous avons peut-être du maquillage, du vernis à ongles, des tatouages, etc. Et puis d'autres indices viennent creuser davantage l'écart entre « eux » et « nous » : notre manière de parler, nos activités...

Mais cette distinction, cette ligne de partage entre « eux » et « nous » n'est finalement pas si nette. Du moins, telle que je l'ai expérimentée – et je ne crois pas que ce soit lié à un refus de ma part *de ne pas voir* les différences. À propos du genre, Béatrice Lecestre-Rollier a écrit : « le fait qu'être femme, ici, n'équivaut pas à être femme, là-bas. C'est une évidence, certes, mais que l'on a tendance à négliger » (Lecestre-Rollier, 2011, p.143). Si cela est une évidence pour le genre, puisqu'il est finalement quelque chose de performé et de performatif (Butler, 1988), si c'est aussi un fait reconnu pour les catégories d'âge entre les enfants (Diasio & Vinel, 2014), alors il m'est apparu quelque chose d'équivalent concernant le fait d'être adulte. Reprenant les propos de Lecestre-Rollier, je dirais donc que le fait qu'être adulte ici n'équivaut pas à être adulte là-bas. Cette évidence a été le fruit de l'anthropologie structuraliste et de l'attention aux rituels, mais dans la socio-anthropologie contemporaine,

cette distinction n'est pas toujours posée et travaillée. En effet, ce statut varie selon les contextes (en France, au Maroc, aux USA) ainsi que selon les interlocuteurs (des dits enfants, adultes, auxquels s'ajoutent les liens intergénérationnels entre ces enfants et ces adultes). Dans ces variations se trouvent des possibilités de manœuvres, d'ajustements et de nuances dont je me suis servi pour créer une position atypique avec les enfants rencontrés pour ma recherche. Avant de la détailler, j'aimerais pointer un autre aspect des propositions de Mandell et Corsaro.

La deuxième supposition implique que certaines activités soient caractéristiques des adultes. Or j'ai pu constater que pour appliquer et tenir cette position, il fallait, de nouveau selon les contextes, faire des ajustements : on n'est pas adulte partout de la même manière. Ainsi, dans la lignée des critiques sur l'*agency* et l'ethnocentrisme que cette thématique de recherche a pu susciter, il semble que les chercheurs impliqués avec des enfants dans des contextes géographiques non européens doivent également formuler des questions restées insoupçonnées par les recherches jusqu'alors menées. À ce propos, les recherches conduites dans le cadre d'Enspedia avec des enfants hospitalisés en Afrique de l'Ouest ont très bien mis en avant les limites des méthodes telles qu'abordées par l'anthropologie de l'enfance européenne. Les chercheurs, comme le raconte Helene Kane au sujet de sa recherche doctorale, se sont trouvés dans l'impossibilité de parler seuls avec des enfants (Kane, 2015). Sacro-sainte configuration, le tête-à-tête est censé être libérateur pour l'enfant mais dans certains contextes, il est tout simplement impossible : est-ce à dire que les enfants ne sont pas libres de parler car en présence de leurs parents ? Cela dépendra des familles. L'explicitation de la méthode est un exercice complexe tant il peut très vite apparaître comme un livre de recettes dans lequel la singularité tend à fondre dans la masse des systématisations que l'exercice lui-même induit.

Les notions de rôle d'« adulte minimum » ou d'« adulte atypique » doivent donc être contextualisées, au risque de réitérer une vision essentialiste au regard des différences entre adultes et enfants. Si d'un point de vue légal, cette structuration et ces multiples ramifications et conséquences sont réelles, les questions demeurent et les réponses fluctuent selon les contextes : qu'est-ce qu'un adulte ? Qu'est-ce qu'un enfant ? Qu'est-ce qui fait d'un adulte un adulte ou d'un enfant un enfant ? Les activités ou les caractéristiques physiques sont des éléments de réponse : pour certains enfants rencontrés par exemple, un adulte au Maroc est

celui qui a des enfants lui-même, qui est marié, qui a sa maison et/ou qui vit avec son mari. À plus de 30 ans passés, mais non mariée et sans enfant, passant la plus grande partie de mon temps avec des enfants, mon statut d'adulte n'était donc pas une évidence pour les enfants (et peut-être pour leurs parents) – même s'il était toutefois évident que je n'étais pas non plus une enfant. Je n'étais pas comme eux, mais le fait que je ne sois pas non plus comme leurs parents laissait le champ ouvert pour d'autres formes de relations, pour d'autres possibilités d'interactions. Quelles ont été nos modalités d'interactions ? Quelles sont ces attentions que j'ai délibérément mises en œuvre afin de donner à nos interactions une dynamique différente de celles expérimentées avec les autres adultes ?

2.3.1. S'interdire d'interdire

Dans leurs relations aux enfants, certains parents sont systématiquement dans une position de restriction. Leur manière de prendre soin et de porter attention se traduit par des interdictions et par un contrôle des mouvements du corps des enfants. Ces remarques, également faites par Christina El Ouardani à propos des parents et instituteurs au Maroc (Christine El Ouardani, 2018), s'inscrivent par ailleurs dans une réflexion plus vaste sur l'appropriation du corps des enfants en lien avec la responsabilité de leur éducation (Bonnardel, 2020)¹²¹. Que ce soit dans l'espace avec l'endroit où il est possible de s'asseoir (un mur, un parterre, une chaise, un bureau), la manière de s'asseoir (les jambes croisées, les pieds au sol, le dos droit), ou ce qu'il est possible de toucher (un livre, un jouet, une vitrine, un bouton dans le bus), la manière dont il faut toucher (avec prudence, avec énergie, avec douceur). En prêtant attention aux façons dont les parents agissaient avec leurs enfants, j'ai pris le parti de ne pas intervenir sur l'ensemble de ces aspects des comportements des enfants. Je me suis interdit d'interdire afin de ne pas répéter ce que les parents ou les professionnels faisaient. J'ai pris le parti de ne pas interdire – sauf si la vie de l'enfant était en danger (ce qui ne s'est jamais produit au cours de mon enquête) – afin de disloquer le rapport d'autorité caractéristique de la relation enfant/adulte. Cette posture était d'autant plus remarquée que pour certains enfants, surtout ceux dont les comportements attiraient de nombreuses réprimandes, les interdictions, avérées avec plus ou moins de violence verbale

¹²¹ Ces points seront largement détaillés et analysés dans les chapitres 7 et 8 en lien avec le travail clinique et la guidance parentale.

ou physique, représentaient une quasi-constance. Par moment, il me semblait que les seuls mots adressés étaient pour empêcher, pour dire non. Consciemment, et en réaction à ces manières d'être avec les enfants, il me semblait relativement facile de se décaler, ne pas faire ce que les autres adultes, représentants de l'autorité, faisaient – selon du moins ce qu'en j'en percevais – afin de créer des liens avec des enfants. Il faut souligner que cette posture « s'interdire d'interdire » était généralement tenable car j'étais présente en tant que chercheuse, sans aucune responsabilité clinique, psychoéducative ou pédagogique (contexte forgeant une majorité des attitudes des adultes et des enfants en présence).

Extrait du carnet de terrain : éviter le « non » frontal (mai 2015)

« La psychomotricienne est sortie pour aller voir quelque chose au secrétariat. Je reste avec Amar dans la salle de consultation. (...). D'un seul coup, il crache sur le miroir et se retourne vers moi en rigolant. Je ne crie pas. Je ne le touche pas, je ne le bouscule pas. Je lui demande calmement, avec un air curieux et intrigué, pourquoi il a fait ça. Il ne répond pas, mais ne rigole plus non plus. Tranquillement, j'attrape un mouchoir dans mon sac à dos. Je lui donne. Je lui dis : "Nettoie s'il te plait". Il prend le mouchoir, s'exécute aussitôt, sans rien dire, ses petits sursauts et le sourire taquin qu'il peut avoir des fois ont disparu. Il met le mouchoir à la poubelle. »

L'extrait ci-dessus est, à première vue, en contradiction avec le principe « s'interdire d'interdire ». Mais dans un cas comme celui-ci, un « éducateur » (parent, professionnel ou autre adulte représentant de l'autorité) aurait certainement grondé Amar (7 ans) en lui disant qu'il ne fallait pas faire ce qu'il avait fait (même s'il le savait), pointant ainsi que ce qu'il avait fait « n'était pas bien » (comme j'ai pu l'entendre dire à propos de ce type de comportement). Mais puisque j'avais le confort de ne pas devoir créer un cadre éducatif ou thérapeutique, ce *non* tant entendu par Amar, et d'autres enfants, ne faisait pas partie de mon vocabulaire. Comme j'ai su, par mon attitude, éviter une réponse négative frontale et brutale,

telle que crier, le secouer, le punir, lui mettre une gifle ou une fessée, j'ai pu préserver cette position décalée recherchée¹²².

Pour le reste, d'ordinaire, « s'interdire d'interdire » était synonyme, en ma présence, d'une plus grande marge de manœuvre pour les enfants. Par exemple, je laissais les enfants regarder dans mon sac, prendre mon stylo, dessiner sur mon carnet de terrain, toucher ma montre, m'enlever et essayer une de mes bagues. Il en allait de même pour ce qui ne m'appartenait pas. Dans le bureau de l'infirmière, du médecin, ou d'un autre soignant, je laissais les enfants toucher un crayon, un jouet, un petit calendrier, la télécommande de la climatisation. Tout ce qui était à la portée des enfants le restait, même si je savais que cela aurait constitué sous d'autres regards une infraction au cadre. Avec mon interdiction d'interdire, je leur laissais quelques secondes supplémentaires avant l'intervention du garant du cadre dans lequel nous nous trouvions, que ce soit à l'hôpital, à la maison ou dans la rue. Les enfants le savaient. À l'image de Régine Sirota sur son terrain des anniversaires, les enfants savaient qu'elle était :

« « Un adulte qui fait ce qui ne se fait pas : dresse les listes de cadeaux, demande qui a offert quoi, photographie les murs, la décoration, le buffet, s'intéresse au gâteau, pénètre dans la chambre d'enfant, examine les contre-cadeaux. Je poursuis visiblement d'étranges règles de conduite, inconnues des parents comme des enfants. » (Sirota, 2010, p.132)

Pour ma part, les enfants sur mon terrain savaient qu'à l'inverse, *je ne faisais pas ce qui se faisait*, comme les rappeler à l'ordre ou leur interdire de toucher certains objets. Ils ont appris à connaître comment je me positionnais vis-à-vis de leurs comportements, témoignant de leur capacité à distinguer les statuts et fonctions des personnes avec lesquelles ils interagissaient. En entretien, parents, médecins ou autres soignants étaient par moment absorbés dans leurs discussions ; les enfants pouvaient alors se glisser sur le côté du bureau, jouer avec le fil du rideau, faire rouler une voiture sur mon sac ou mettre un stylo dans la bouche. En optant pour le refus de signaler aux enfants qu'ils ne respectaient pas ce qui était attendu d'eux, j'ai créé un espace d'expérimentation dans lequel ils pouvaient initier ce qu'ils souhaitaient, leur ouvrant un espace de non-jugement.

¹²² Ces réactions à l'exception de la gifle ou de la fessée que je n'ai observées que chez les parents, pouvaient aussi être du fait des professionnelles.

Cette position implique de faire confiance aux enfants et de le leur témoigner. En les laissant toucher mes objets, je ne leur renvoyais pas l'idée qu'ils allaient les casser, les voler, les perdre. Je parlais du principe qu'ils étaient curieux, voulaient connaître et que, très certainement, je récupérerai ces objets, car ils savaient qu'ils m'appartenaient, ou alors une discussion aurait lieu sur le fait qu'ils puissent, ou non, garder l'objet en question. Cette idée de confiance m'amène vers une autre posture que j'ai adoptée, à savoir accepter de suivre les enfants.

2.3.2. Se laisser guider

Se laisser conduire, donner aux enfants les commandes de l'entretien, ou plus largement du temps des rencontres : si cette idée fait inmanquablement écho à la question de l'*agency*, je ne souhaite pas la penser en ces termes pour le moment. Je préfère l'aborder d'un point de vue pratique, réfléchissant à ce que j'ai mis en place soit pour créer des espaces de liberté aux enfants, soit pour me glisser dans les espaces qui étaient les leurs. Pour ce faire, j'aimerais aborder le travail réalisé sous l'angle des émotions, en référence à l'ouvrage d'Arlie Hochschild (Hochschild, 1983a), lui-même repris par Stina Bergman Blix et Asa Wettergren (Bergman Blix & Wettergren, 2015) qui opèrent une distinction entre les diverses formes de travail sur les émotions accomplies par les chercheurs. Elles sont particulièrement pertinentes au regard de mon travail en lien avec les enfants dans un souci de rompre les rapports d'autorité. L'une des modalités est le travail de réflexivité émotionnelle engagé par les chercheurs qui se rendent « attentifs aux signaux émotionnels observables sur le terrain, qu'il s'agisse de l'expression de ses propres émotions ou de celles de ses interlocuteurs. Ce travail de réflexivité émotionnelle lui permettrait d'adapter sa position et ses actions sur le terrain » (Vaucher, 2020, p.194).

À l'hôpital, cette posture pouvait s'adopter aussi bien dans les observations que lors des temps de discussion. Lors des observations, cela signifiait que si les enfants m'invitaient à participer à un jeu, je les suivais et je les imitais, y compris si cela n'était pas vraiment accepté par les professionnels – par exemple lors d'une partie de cache-cache dans les couloirs, des lancers d'avion entre les étages ouverts ou une sorte de loup entre les salles d'attente. Je prenais soin de suivre, c'est-à-dire de faire en miroir d'eux, entrant dans leur

imaginaire pour percevoir la piste d'atterrissage, saisir mon pistolet ou entrer dans ma cabane.

Une partie de cache-cache (avril 2015)

« Aujourd'hui, je pense que c'était la première fois que je participais autant au bazar de la salle d'attente. Nous avons joué à cache-cache avec les enfants (en haut, en bas, dans les coins, en dessous de l'escalier). Peut-être que j'y suis allée un peu fort. Madame Amina n'était pas contente et même s'elle ne m'a rien dit directement, elle a crié après les enfants (mais j'ai fait profil bas comme eux après). C'est rare qu'elle intervienne. J'ai fait le pari d'être avec les enfants, voilà le résultat. Mais je ne pouvais pas dire non, je ne voulais pas dire non, surtout qu'ils sont venus me chercher pour jouer avec eux. »

Je dirais que comme toute posture adoptée, il était question de rompre la hiérarchie adulte-enfant, mais j'ajouterais qu'il s'agissait également dans ces cas de « se laisser guider » et d'inverser ce rapport autoritaire. En effet, en laissant les enfants dicter et me montrer ce qu'il me fallait faire, c'était eux qui avaient autorité sur moi. Il n'était pas toujours très facile de tenir cette posture, notamment vis-à-vis des professionnels, qui pouvaient regarder d'un œil critique et confus mon comportement, comme ce fut le cas avec Madame Amina (Alderson & Goodey, 1996; Mandell, 1988). Néanmoins, je pense qu'observant la régularité de ces attitudes et mon souci, lors de nos discussions, de placer les enfants au centre de mes préoccupations, ils avaient probablement compris que cela faisait partie de ma recherche. Lorsque des réprimandes étaient adressées envers les enfants, soit par les professionnels soit par leurs parents, j'optais pour un comportement similaire aux enfants, à savoir faire profil bas. Ces moments m'apportaient satisfaction lorsque des regards plus ou moins complices pouvaient suivre, attestant d'une forme de connivence ; cependant, ils m'apportaient aussi une sorte de gêne craignant que mes comportements ne soient pas compris par les « adultes », avec le risque de paraître, comme l'ont dit les acteurs de terrain de Régine Sirota, « légèrement cinglée » (2010, p.129) ou « drôle » comme cela a pu m'être dit par les enfants et quelques professionnelles. Mais la recherche guidant ma qualité de présence, je pensais ces moments intéressants et pertinents d'un point de vue méthodologique et épistémologique afin de penser les rapports d'autorité entre ces catégories « adultes » et « enfants ».

Accepter de se laisser guider peut donc amener son lot d'inconvénances par rapport aux règles locales de bienséance (à l'hôpital par exemple) ainsi qu'une certaine incertitude, rendant « la situation d'observation peut-être inconfortable et déroutante » (Tillard & Robin, 2010, p.39). En effet, en confiant aux enfants le déroulement des temps d'observation, je me laissais porter par eux, ne sachant pas ce vers quoi ils m'emmenaient. Allégorie de la démarche inductive, cette posture de « se laisser guider » donne aux enquêtés la possibilité de partager leurs manières d'être et de faire avec l'enquêteur – charge à lui de s'y adapter. En ce sens, cette posture peut également mettre en branle les barrières du chercheur, par exemple en termes de distance physique. Certains enfants sont (de)venus très proches de moi physiquement, posant de manière accrue la question de la « bonne distance ». Si cette question ne se limite pas à l'aspect matériel de la distance, à savoir l'espace entre les corps des personnes engagées dans le processus de recherche (enquêteur et enquêté), le rapprochement physique en est une illustration. Ce fut tout particulièrement le cas au domicile des familles où j'ai partagé avec les enfants, ainsi qu'avec certains parents, des expériences d'intense proximité. Dans ce contexte, les liens se tissent autrement et les corps, à l'abri des regards des autres enfants, parents et professionnels, peuvent être moins contraints ou tendus, et donc plus relâchés et marqués par de la familiarité. À propos du recueil de données au domicile, Monique Robin et Bernadette Tillard notent qu'il « amplifie le caractère intimiste de la situation » (année, p.40). Il est vrai qu'en entrant dans le lieu de vie des familles, les enfants sont devenus, pour un grand nombre d'entre eux, plus proches, me montrant leur jouet ou activité favoris, me donnant baisers et câlins. Comme l'écrit Régine Sirota, « suivre les enfants de l'entrée du salon, puis à la chambre, en passant par le jardin public, c'est accorder de l'importance à tous les éléments spatiaux ou matériels, symboliques de la vie quotidienne qui structurent le rite, c'est les prendre au sérieux » (2010, p.134). Si les configurations spatiales sont différentes sur mon terrain (la plupart des enfants visités n'avaient pas de chambre à eux), l'idée du déplacement dans l'espace, en fonction de ce que les enfants montrent, suivent et racontent, implique pareillement de « les prendre au sérieux », posture que j'associe à une forme de confiance que nous devons témoigner envers les enfants (Roucous & Dauphagne, 2015). Dans l'intérieur des maisons ou au minimum à l'extérieur de l'hôpital, les enfants qui souvent étaient montrés ou désignés par les professionnels et leurs parents via les problèmes diagnostiqués, devenaient, en quelque sorte, *complets*, me donnant à voir les facettes de leur personnalité. Les subtilités de leurs

caractères se déployaient dans l'espace familial dans lequel ils gagnaient en confiance. Au sein de leur maison, ils m'indiquaient où m'asseoir, quoi regarder, comment jouer : ils étaient les meneurs.

Quant à la posture consistant à se laisser guider pendant les entretiens, elle consistait à laisser la parole libre, sans poser de question – le début de l'entretien, durant lequel je rappelais aux enfants les raisons pour lesquelles nous nous rencontrions, suffisant, à mon sens, à susciter des « réponses ». Face à des jeunes à qui les adultes donnent systématiquement des ordres, des conseils, des orientations, posent des questions, attendent des réponses spécifiques, il m'importait de briser ces modalités d'interactions. Bien sûr, j'ai essayé dans un premier temps de poser des questions, suivant les recommandations des livres (notamment généralistes) de méthodologie, mais mes questions restant sans réponse, j'ai alors choisi de les taire. J'aurais pu insister sur certains thèmes, en refusant par exemple de commenter ce qu'ils faisaient ou disaient ; j'ai préféré « rebondir » sur ce que les enfants me donnaient.

Extrait du carnet de terrain (septembre 2014)

« Ce matin, discussion avec Faraj... Partagé, on a parlé un peu des choses dont il est content. Peut-être aurais-je dû parler de sa sœur, mais demander cash me semblait risqué. Possibilité de refus, de détourner. Il n'est pas dupe. Finalement, j'ai choisi de ne pas en parler et voir si ça venait, s'il abordait le sujet. »

Peut-être ai-je laissé passer certains sujets, certaines possibilités d'être creusées et davantage extraites. En ne guidant pas de manière plus directive les entretiens, le risque de « digression » par rapport à l'objet visé est alors grand (Thierry, 2010, p.69), transformant l'entretien en une digression infinie. Est-ce à dire que je n'ai pas su maintenir de « cadre propre à l'entretien de recherche » (*Ibid.*, p.71) ? Je n'en suis pas si sûre.

À ce propos, Stéphane Beaud conçoit l'entretien ethnographique comme une situation d'observation : « la situation d'entretien est, à elle seule, une scène d'observation, plus exactement seule l'observation de la scène sociale (lieux et personnes) que constitue l'entretien donne des éléments d'interprétation de l'entretien » (1996, p.236). En optant pour

une attitude générale d'écoute et d'accueil, y compris dans les relances, j'ai favorisé la rencontre plutôt que l'entretien, j'ai fait une place à ce que l'autre voulait donner, rejoignant ainsi l'idée de Delphine Bruggeman qui affirme : « je ne suis pas venue chercher quelque chose, mais je **vis** quelque chose » (je souligne) (Bruggeman, 2010, p.85).

Dans l'après-coup de la recherche, temps durant lequel nous revenons sur ce qui s'est produit sur le terrain, l'auto-analyse de mes comportements m'aide à comprendre que si je n'ai jamais pu prévoir ce que le vécu des situations allait être, j'ai dû, et finalement pu, faire avec ce que j'ai reçu. L'écriture (me) révèle les atouts des choix interactionnels que j'ai opérés et elle permet, d'un côté, de minimiser la crainte et l'éventuel regret d'avoir omis *quelque chose*, et de l'autre, d'éviter de réifier la parole des enfants, tant elle a pu parfois sembler difficile à obtenir. En abordant la question du vécu d'un point de vue réflexif, je m'oblige également à ne pas perdre de vue la place depuis laquelle j'ai entendu les enfants ainsi que les moments dans lesquels nous étions, me forçant à rendre compte du cadre, de la scène sociale de ces entretiens. La valeur scientifique des données concerne les multiples manières d'être et de faire que j'ai mises en place pour m'ajuster aux enfants et *in fine* tempérer les relations de pouvoir et d'autorité que la relation entre les enquêteurs-adultes et les enquêtés-enfants implique.

En lien avec cette posture appelant à « se laisser guider », deux autres attitudes émergent lors de mon ethnographie, notamment au domicile avec les enfants : la première consistant à accepter de « faire rien », forme extrême de « se laisser guider » précédemment commentée ; et la deuxième impliquant de ne pas être systématiquement surprise de ce qui surgit dans la rencontre.

2.3.3. Apprendre à « faire rien »

L'une des dernières postures sur laquelle je souhaiterais apporter quelques commentaires concerne ce que je nomme « faire rien » – bien que grammaticalement incorrecte, je choisis sciemment cette formulation pour en souligner le caractère actif – et non passif. Celle-ci est une sorte de climax ou de condensé des autres postures détaillées, dans la mesure où elle implique de ne forcer ni le rythme, ni les déplacements, ni la teneur ou l'intensité des

interactions. Elle requiert d'ajuster en permanence la qualité de présence en fonction de ce que nous percevons chez l'autre. Dans cette posture, je devais souvent prendre sur moi. Même s'il s'agissait également d'une forme de dissonance émotionnelle, elle m'était personnellement plus difficile à gérer que celle de ne pas me montrer surprise : le travail émotionnel accompli afin de réduire et cacher la dissonance émotionnelle, « changeant ce que nous ressentons ou changeant ce que nous feignons » (Hochschild, 1983b, p.90), m'apparaissait poussé à l'extrême dans cette posture tant il était aux antipodes de l'attitude du chercheur engagé sur le terrain, faisant de l'observation flottante, de l'observation participante, etc. Le chercheur doit toujours être à l'affût d'une donnée qui surgirait de l'observation, contrant la crainte de « manquer quelque chose » (Snow in Vaucher, 2020, p.201). Pourtant comme le rappelle Jean-Pierre Olivier de Sardan, « Il faut, sur le terrain, avoir perdu du temps, beaucoup de temps, énormément de temps, pour comprendre que ces temps morts étaient des temps nécessaires » (Olivier de Sardan, 1995, p.3). En effet, « faire rien », attendre, accepter un apparent ennui, était nécessaire et ne pouvait être évité. Les mots de Sarra Mougel sur ce rapport au temps décrivent parfaitement certains aspects de mon vécu : « Je me laisse happer par les enfants “seuls” au point de m'inquiéter d'avoir perdu de vue les raisons de ma présence dans le service. Étais-je simplement en train de perdre mon temps ? » (Mougel, 2007, p.11). A posteriori, j'ai effectivement adopté une attitude équivalente, me laissant « happer », n'incitant rien, n'initiant rien, me glissant seulement dans le rythme pris par les enfants. Je pense que, dans cette posture, j'ai eu davantage un sentiment d'ennui et de perte de temps lorsque j'étais dans les familles que lorsque j'étais à l'hôpital, où l'activité était plus soutenue du fait du nombre de personnes en activité et présentes dans l'institution. Au domicile, je me suis demandé ce que je pouvais bien faire ici, pendant autant de temps, avec l'impression de n'avoir rien de spécial à voir, à entendre, à faire, sentant le poids du quotidien sur moi-même. Je savais – conformément à mes envies, certes utopiques, de connaître les pratiques ordinaires des enfants – que je devais me prémunir de me/nous divertir, afin de suivre les rythmes enfantins à tout prix, y compris au détriment de ma propre fatigue mentale et physique. J'estimais que cette approche, « faire rien », était la méthode la plus à même de me donner à voir ces pratiques ordinaires.

2.3.4. Ne pas systématiquement être surprise

Concernant le fait de ne pas être surprise, je fais référence aux manières d'être et de faire des enfants qui sont en décalage par rapport à ce qui est d'ordinaire visible et attendu d'un enfant. Cela peut être ses façons de parler, de marcher, de se balancer ou de bouger inlassablement, d'émettre des cris incontrôlés, d'avoir des élans de tendresse ou des accès de colère soudains avec des contacts physiques (très) proches, qui peuvent amener familiarité et intimité. Ce travail renvoie à une des autres modalités développées par Bergman Blix et Wettergren à propos des chercheurs (Vaucher, 2020). Il s'agit ici de la « dissonance émotionnelle » qu'Arlie R. Hochschild décrit ainsi : « *A principle of emotive dissonance, analogous to the principle of cognitive dissonance, is at work. Maintaining a difference between feeling and feigning over the long run leads to strain* » (Hochschild, 1983b, p.90). Ainsi, Arlie R. Hochschild fait état de la différence entre, d'un côté, ce que nous ressentons et, de l'autre, ce que nous devons afficher comme expression sur notre visage en raison de notre métier. Le principe consistant à ne pas être surprise reposait exactement sur cette tension relevée par l'auteure. Ainsi, il me semblait important, toujours en cohérence avec l'idée de suivre et d'accueillir ce que les enfants me donnaient, ou du moins, ce que je recevais d'eux, de ne pas être surprise des différences ; de ne pas les relever, de ne pas accentuer les différences qui sont sans cesse notifiées par des injonctions de type : « ne crie pas », « parle moins fort », « marche ici, donne-moi la main », « calme-toi ». Si, par moments, je réagissais spontanément sans surprise à ces attitudes, il y eut d'autres moments durant lesquels je devais travailler sur mes propres ressentis afin de maintenir la posture valorisée.

Ces interactions avec les enfants occuperont une large place dans les pages suivantes, mais il semble important de pointer, dès maintenant, que ma posture de chercheuse a été façonnée par cet environnement et ces dynamiques relationnelles ambiantes, forgeant ma conviction et mon désir de laisser les enfants faire. Je tentais donc de repérer et de noter les traits distinctifs (et ce pourquoi je les trouvais singuliers, par rapport à qui, à quoi, en fonction de l'environnement, du moment), tout en essayant de suivre ce qu'ils déclenchaient sans forcément montrer aux enfants que je les remarquais. J'avais ainsi l'impression et la volonté de leur offrir un espace dans lequel le fait d'être et de faire en fonction de soi n'était pas sans cesse commenté. En réagissant autrement que les parents et professionnels, je souhaitais

jouer sur les frontières de la normalité et/ou de l'anormalité des comportements. Au lieu de poser des questions sur ce qui était différent, je laissais la place à ces différences, observant où elles nous mèneraient.

Mais cette attitude consistant à « ne pas systématiquement se montrer surprise » peut aussi faire référence aux événements inattendus qui peuvent « brouiller le cadre de l'entretien », par exemple des visites de tierces personnes aux domiciles lors de l'entretien : charge au chercheur de faire preuve d'imagination et de créativité pour suivre, saisir un fil et s'adapter, ouvrant à la mise en place d'un autre cadre éventuel (Bruggeman, 2010, p.89). Ce cas de figure s'est présenté plusieurs fois sur mon terrain, et j'ai également pu me retrouver invitée à aller rendre visite aux voisins ou à la famille alors que je venais voir la famille de l'enfant. Les imprévus, notamment dans le contexte du domicile, font partie des entretiens, car les conditions de réalisation de l'ethnographie sont ouvertes aux va-et-vient de la vie familiale dans laquelle nous entrons pour la recherche. De plus, malgré leur apparent détournement des « objectifs » fixés, ils sont toujours une source de connaissances approfondies, autres, sur les relations et l'environnement des familles des enfants. Je pense par exemple à une visite chez une voisine durant laquelle j'avais pu entendre comment elle était surprise de voir une enfant suivie à Al-Balkhi être plus souriante et sortir de nouveau dans les rues.

Quelles que soient les postures choisies, un trait commun paraît les caractériser : vaincre une sorte de précipitation que l'excitation et le désir de mener la recherche pouvaient entraîner. Il me fallait effectivement être vigilante envers moi-même afin d'éviter des formes d'imposition improvisée dans laquelle je prenais le risque de fermer la porte aux actions spontanées des enfants. Je devais lutter, me donnant l'impression parfois de ne pas être si proactive, de ne pas être organisée, de ne plus être engagée dans la recherche, mais c'était un choix afin de trancher avec la rigueur des rendez-vous hospitaliers et des ordres donnés en ce lieu. Dans mes expériences passées avec les enfants, dans des contextes non professionnels notamment, je n'ai jamais eu aucun souci à adopter spontanément le rythme des enfants, mais en tant que chercheuse sur le terrain – lieu dans lequel je ne pouvais pas revenir facilement aux vues de la distance et des aménagements nécessaires pour me rendre au Maroc – je sentais une certaine pression relative à l'obligation d'effectuer mon travail¹²³.

¹²³ Cette attitude est aussi à comprendre à la lumière de ma première expérience en tant qu'anthropologue. Si j'ai effectué des entretiens semi-directifs pour l'un de mes mémoires de master, j'étais novice en matière d'ethnographie.

Mais ces approches ne « fonctionnaient » pas toujours, et surtout, pas avec tous. Il y eut des ratés dans les liens, si je raisonne en termes de potentiels entretiens, par exemple avec Leila, une petite fille de 9 ans à l'époque, dont j'ai suivi 5 ou 6 consultations et avec qui j'ai joué dans les couloirs. Nous n'avons jamais fait d'entretien, car le lien ne s'est jamais consolidé, il m'a toujours paru fragile, dans le sens où elle ne cherchait pas, contrairement aux autres, à rester avec moi. Elle pouvait m'inclure dans ses jeux, mais n'attendait pas de moi que je m'y investisse, passant très vite à autre chose et avec quelqu'un d'autre, notamment des enfants de la salle d'attente, si je ne faisais pas ce qu'elle voulait. Je pense que je ne parlais pas assez à son goût. À l'inverse, elle me parlait souvent, très vite, mais je ne comprenais pas tout ce qu'elle disait, ce qui, je le voyais à ses expressions et l'entendais à son ton de voix, la faisait rire un peu, mais la frustrait également. Nos interactions étaient faites de malentendus, ce qu'elle n'aimait pas, et elle n'avait pas la patience, contrairement à d'autres enfants, de prendre des détours pour m'expliquer autrement ce qu'elle essayait de me faire comprendre. Je pense que j'agaçais un peu Leila, car je ne pouvais lui répondre verbalement, avec la même vivacité langagière qu'elle. Ce point m'amène d'ailleurs à voir les effets des sortes de privilèges et de faveurs inconscientes accordés aux enfants qui parlaient peu, pas ou lentement. Finalement, nous nous comprenions mieux. Avec ces enfants, nous avons des modalités similaires de communication, d'expression, à savoir les mains, les yeux, les corps, les bruits... Cela ne suffisait pas à Leila, comme à d'autres, qui sont par conséquent absents de ce travail.

2.4. Se connaître soi-même, une connaissance nécessaire

À l'image du positionnement de certains chercheurs dans d'autres domaines, je considère que « la distanciation neutre n'est [...] ni possible, ni humainement acceptable : c'est l'implication du chercheur qui est nécessaire » (Benoist & Desclaux, 1996). Ces propos sont à mon sens valables pour toute recherche et terrain que les chercheurs ont « choisi ». Si pour Jean Benoist et Alice Desclaux, il est question de l'engagement des chercheurs vis-à-vis du sida, je suggère qu'il est du devoir de chaque chercheur de cerner, de palper, d'identifier ce qui est acceptable ou non pour lui en fonction des thématiques sur lesquelles il travaille. Car finalement notre engagement de chercheur peut, comme relaté en préambule, n'être jamais très loin de nos causes personnelles, dépendant ainsi de manière plus ou moins remarquable

(au sens propre comme figuré) de notre histoire personnelle. Pour clore la partie intitulée « Se mettre au rythme », j'aimerais donc aborder les façons dont ces parcours biographiques devraient être pris en compte dans la recherche en anthropologie.

2.4.1. Chasser ses fantômes

En mars 2019, devant une assemblée de chercheurs spécialistes de l'enfance réunis autour du thème des marginalités, Aimee Meredith Cox nous invitait « à chasser nos fantômes » lors de nos recherches ethnographiques. Ancienne danseuse professionnelle chez Alvin Ailey II, puis directrice d'un foyer pour jeunes femmes noires dont elle fera son terrain de recherche doctoral, elle est désormais professeure associée au département d'anthropologie et d'études afro-américaines de l'Université de Yale. Voici la manière dont elle se décrit elle-même en introduction de son ouvrage *Shapeshifter* :

« « I was a PhD student, a program director with the power to hire and fire, and a middle-class Black woman. [...] I was grateful for the opportunity, through the gift of these young women's honesty and critical insight, to learn more about myself, especially my blindness to my own presumptions and biases. [...] I was never surprised, but often disappointed, by just how much I was a product of the very norms I set out to disrupt through my research. [...] With my own complicated relationship to the various ways capital was inscribed in and out my body [...]. » (Cox, 2015, p.33-35)

Voici la manière dont des jeunes filles du foyer l'accueillent lors de son premier jour de travail : « *You can write what you want, but don't get it twisted. You are Black just like us. We are going to want you to do more than write while you're here* » (*Ibid.*, p.35).

Ce qui me frappe dans ces lignes et qui mérite notre attention est l'honnêteté avec laquelle l'auteure révèle ce qui, chez elle, est venu bousculer, surprendre et contrarier ses conceptions de chercheuse. J'en retiens qu'il est une chose d'être dans le monde académique et de conceptualiser une recherche, mais qu'il en est une autre d'être prise dans et par le terrain, et d'être assignée à une ou des positions par nos enquêtés. Sans que nous puissions anticiper ces mouvements d'attribution d'identité, nous sommes ramenés de manières plus ou moins paisibles, agréables, perturbantes à nos façonnements les plus intimes (« *capital was inscribed in and out my body* »). Après avoir entendu Aimee Meredith Cox parler, je

comprends que ces lignes sont une forme d'explication de l'expression « chasser ses fantômes ». J'en conclus et je suggère qu'il nous faut connaître, en tant que chercheurs, ce qui nous anime, notre désir de mener cette recherche. Pour le dire autrement et reprenant les mots de Pierre Bourdieu :

« « Le sociologue n'a quelque chance de réussir son travail d'objectivation que si, observateur observé, il soumet à l'objectivation non seulement tout ce qu'il est, ses propres conditions sociales de production et par là les limites de son cerveau, mais aussi son propre travail d'objectivation, les intérêts cachés qui s'y trouvent investis, les profits qu'ils promettent » (Bourdieu, 2004, p. 102).

Ainsi, je conçois qu'une démarche réflexive vise à appréhender ce qui nous habite, ce qui fait notre intimité, par-delà notre statut social – ce que Stéphane Beaud appelle l'autoanalyse verticale. Ces « intérêts cachés » devraient être débusqués afin, me semble-t-il, de rendre visibles les sources de nos interprétations et aiguïser ainsi notre attention réflexive. Car au contact des autres, lorsque nous ne maîtrisons plus l'environnement dans lequel nous sommes (c'est-à-dire sur le terrain de nos interlocuteurs – au domicile des familles par exemple comme ce fut mon cas), surgissent ces fantômes, ceux auxquels nous n'avions pas songé et qui pourtant font partie de nous. Si notre parcours de formation en sciences sociales nous a appris à faire un usage critique des catégories d'analyse et de pensée que nous mobilisons, nous n'abordons que rarement et/ou de manière que je qualifierais de superficielle l'usage critique de nos affects et de nos vécus (je parle ici de ce qui nous amène sur le terrain et qui, par la suite, nous fera réagir sur celui-ci). En ce qui me concerne, je savais, par exemple, que je devais être très vigilante par rapport aux catégories de pensée de « la pédopsychiatrie » : l'un de mes parents travaillant dans le domaine depuis plus de trente ans, je l'avais entendue parler, débattre et commenter tant les changements politiques que les histoires de vie des familles dont elle nous exposait les situations. Thématique imprégnée d'un « double sentiment de familiarité et d'étrangeté » (Céfaï in Sirota, 2010, p.141), je devais sans cesse m'interroger sur cette impression de connaissance de la pédopsychiatrie, héritage parental à double tranchant, qui fut néanmoins une ressource en l'abordant d'un point de vue critique. Mais je fus plus démunie lorsque sur mon terrain, au début d'une consultation en orthophonie, un jeune garçon ne fut pas en mesure d'effectuer ses exercices de respiration tant il était impressionné et mal à l'aise du fait de ma présence. Je voulus quitter le bureau, mais l'orthophoniste insista pour que je reste car, avait-elle dit, « Il doit

s’habituer au monde, nous sommes un hôpital universitaire, si ce n’est pas toi, ce sera des stagiaires¹²⁴. » Je m’étais alors décidée à rester, mais j’avais dû dissimuler les larmes qui m’avaient envahie face à cette situation dont je comprends au moment de l’écriture seulement que la violence, plus ou moins symbolique, m’avait littéralement terrassée, anéantie. Silencieuse, assise dos à la table d’auscultation sur laquelle l’enfant, le regard vers le plafond et les mains sur le ventre, était assis avec l’orthophoniste à ses côtés, je ne comprenais pas ce qui m’arrivait. Je n’avais pas alors les outils pour tisser les liens entre « données ethnographiques » et « vécu personnel ».

Je dois avouer que je ne sais pas s’il est nécessaire, en termes de recherche, de rendre totalement transparents ses fantômes. Nous avons eu ces débats avec mes collègues – des avis tranchés en sont nés. De ces échanges a éclos une pensée paradoxale à laquelle, jusqu’à ce jour, je n’ai pas réussi à me soustraire. Ces fantômes sont si intimes qu’il me semble que leur place est dans l’ombre du personnage public de la chercheuse que je suis, mais en même temps, quelque chose de profondément politique, et qui par conséquent requiert une forme d’engagement et donc de visibilité, demeure. Cette tension demeure car *in fine*, elle est le fruit d’un sujet (ici la santé mentale des enfants) dont les sciences sociales s’emparent afin de comprendre ce qui nous fait en tant que communauté humaine et d’appréhender comment nous habitons ce monde. Pour ma part, je crois que je me questionne encore entre la distance à mettre entre mes ombres privées et la transparence publique... Et je décide finalement de ne dévoiler que partiellement quelques-unes de mes trames intimes de vie : je considère que leur place n’est pas dans ce travail, mais je les convoque tout de même, convaincue qu’un engagement politique est crucial (et je reconnais ainsi qu’il s’agit de quelque chose de plus vaste qu’un travail uniquement académique). De mes intérêts (dé) cachés sont nés mes terrains professionnels sur lesquels je m’engage, car ils représentent ce que je qualifie et considère d’« inacceptable » : l’invisibilité sociale et/ou la non-reconnaissance politique des souffrances mentales des enfants.

La mise en lumière de cette présence de mon intimité sur mon terrain et de ses conséquences sur mes manières de penser et de faire de la recherche n’aurait peut-être pas été si intense et conséquente si je n’avais pas commencé l’apprentissage d’un nouveau métier durant ma recherche doctorale.

¹²⁴ Sur les 11 mois de présence, je n’ai vu néanmoins que deux stagiaires dans tout le service.

2.4.2. Le sous-terrain

Toujours en introduction de son livre, Aimée Meredith Cox raconte ce qui l'a conduite au poste de directrice du foyer qui fut son terrain ethnographique :

« « Thus this is important that I am transparent about my less academically motivated intentions in taking on the boundary-crossing roles that inflected many of the events in this book. The idea of being the director of a homeless shelter was appealing to me for several reasons. Having been graduate school for nearly four years and witnessing the passing of normative milestones such as the birth of babies, job promotion, and marriages in the lives of my nonacademic peers, I craved a concrete, discernible example of forward movement in my life. The position of shelter director was a way for me to project a shift in my life that I believed would be read as an appropriate adult achievement by my friends and family. » (ref, p.33-34).

Ses mots m'incitent à emprunter cette même voie de l'honnêteté et à clarifier le moment où j'ai entamé ce nouveau parcours professionnel. Cette décision rejoint l'idée développée par Marc Abéles (2004) sur l'importance de prendre en compte la vie quotidienne et de famille du chercheur, c'est-à-dire « le sous-terrain » de l'anthropologue. Sur ce point, mon sous-terrain de thèse est inévitablement présent dans ce travail, révélant par ailleurs les tensions qui furent, et sont toujours les miennes, autour de l'engagement de la chercheuse par rapport à son objet d'étude. À ce propos, je ne pense pas que le fait de m'être engagée dans cette voie, avec cette voix, à ce moment de ma recherche, soit un hasard.

En parallèle de mon doctorat, je me suis inscrite en septembre 2015 en formation d'art-thérapie, option danse. L'institut, basé en France, fut choisi pour deux raisons. La première est son ancrage psychanalytique : j'avais une vague idée du concept d'inconscient – de toute évidence liée aux discussions et échanges avec ma mère sur son métier et ses manières de travailler – et il me semblait donc nécessaire que le type de pratiques que j'allais élaborer se construise autour de ce présupposé théorique. La deuxième est la reconnaissance étatique du diplôme délivré par l'institut, favorisant l'engagement professionnel auprès de certains établissements de type hospitalier. Ce fut trois ans de formation durant lesquelles je dédiais 50 heures par mois à la lecture de travaux théoriques et à l'écriture de notes réflexives ; chaque mois, je partais trois jours à Grenoble, pour les sessions de formation en présentiel

durant lesquelles j'apprenais le cœur du métier, la création et la réalisation de dispositifs art-thérapeutiques, et recevais des cours de psychopathologie clinique et d'analyse de la pratique. Et puis il y eut les stages : à Lausanne, dans une association de soutien psychologique aux enfants victimes d'abus sexuels ; ensuite aux États-Unis auprès d'adultes fréquentant un centre de soins pour personnes avec le VIH et/ou en réinsertion sociale, notamment après des incarcérations. Et enfin, le mémoire d'étude que j'ai réalisé sur la question du transfert et du contre-transfert dans la clinique des enfants victimes d'abus sexuels – une thématique que j'avais trouvée *étrangement absente* de mon terrain ethnographique au Maroc. J'y reviendrai.

Si j'avais eu l'idée de suivre cette formation bien avant 2015, je n'avais pas encore fait le pas, attendant le « bon moment ». Avec le recul, j'ai constaté que mon inscription à ce moment particulier de ma vie professionnelle, c'est-à-dire à mon retour de 6 mois de terrain au Maroc, était significatif d'une partie de l'expérience que j'y avais vécue, m'éclairant autrement sur des moments ethnographiques singuliers, à l'image de ce qui m'apparut plus tard comme un sentiment d'impuissance face à la violence imposée à cet enfant durant la séance d'orthophonie durant laquelle j'avais dû cacher mes larmes. En formation, je pus acquérir et développer des outils en les pratiquant *et* en étant accompagnée. En formation, je parlais de mes émotions en lien avec les expériences cliniques que nous analysions avec les autres apprenties art-thérapeutes et formateurs. En tant que chercheuse, j'étais seule sur le terrain et seule face à mon écran, m'amenant à minimiser, voire à négliger l'ampleur de la dissonance émotionnelle et les « formes délétères » qu'elle peut produire sur le bien-être des chercheurs (Bergman Blix & Wettergren, 2015; Causse, 2007).

Au début de cette formation, les encadrants pédagogiques m'ont reproché, et ensuite constamment mise en garde, « mon écriture » qui était jugée « trop académique », trop théorique, et pas assez axée sur mes émotions. Dans le monde académique, à l'inverse, j'entendais que mon écriture était originale, très romancée, avec des descriptions détaillées et sensibles. Une forme d'écriture n'aurait pas dû empêcher l'autre, mais je fus longtemps confuse sur ces remarques qui me semblaient contradictoires. Je réalise néanmoins aujourd'hui que ces critiques étaient le fait de ma non-appropriation, à l'époque, de ces nouvelles identités d'apprentie anthropologue et d'apprentie art-thérapeute. Ce que je m'étais figuré être dans une forme d'opposition ou de parallèle se transforma progressivement pour devenir une mise en miroir, perspective qui me força à repenser mon

écriture, à trouver ma voix, quel que soit le domaine dans lequel j'écrivais. En cherchant à comprendre comment articuler les différentes approches que je lisais et vivais, j'appris à faire place à mes émotions pour qu'elles puissent éclairer autrement des situations vécues, « introspection émotionnelle » m'aidant à comprendre pourquoi et comment je proposais telle interprétation plutôt qu'un autre. C'est donc dans l'après-coup que j'ai réellement fait une place à mes émotions pour les mettre au service de la recherche (Pouchelle in Vaucher, 2020).

Je me souviens tout particulièrement d'un exercice accompli durant la formation qui vint contribuer de manière significative à cet apprentissage. Une personne était assise et une personne debout. La première dansait, bougeait, racontait, en mouvement, une histoire qu'elle inventait en fonction de ce qu'elle ressentait et de la musique diffusée. La seconde personne devait percevoir, identifier, et surtout recomposer l'histoire au travers des effets des mouvements de l'autre sur elle. À la fin, la personne assise racontait. Ensuite venait le tour de celle qui bougeait. L'histoire ne coïncidait jamais, seules des bribes ici et là se faisaient écho et trouvaient un terrain commun. Chacune était partie quelque part en fonction des résonances de son histoire. Évidemment, il s'agissait d'un exercice et le contexte y était vaste puisqu'il s'agissait de l'imaginaire de l'une qui rencontrait l'imaginaire de l'autre. Néanmoins, cet exercice était un rappel du pouvoir de notre imaginaire, instance que Bazin évoque également dans son texte sur le fait anthropologique et l'interprétation de la scène du vol de la vache. Il montre comment un fait – le vol d'une vache – peut être interprété de diverses manières selon les connaissances que nous avons des règles et normes locales (Bazin, 2014). Nous n'y échappons pas, notre imaginaire – teinté de ces connaissances - prend le dessus et, en raison de notre métier, nous devons toujours jongler avec ce qu'il produit et induit et ce que nous élaborons comme savoir anthropologique. L'exercice relaté et Bazin nous le montrent : le travail des anthropologues consiste à collecter un grand nombre de données (non exhaustives) afin de cadrer les histoires qu'ils voient, entendent, perçoivent, mais aussi auxquelles ils prennent part. Cet exercice pratique sur le transfert et le contre-transfert a modifié ma manière de voir, d'entendre et de percevoir les actions du terrain car j'ai modifié ma façon de *me* percevoir sur le terrain. Ainsi, à la relecture de mes carnets de notes, réalisant alors ce que Florence Weber appelle l'auto-analyse horizontale, j'ai compris ma place dans les nœuds d'existence tissés avec mes interlocuteurs de terrain. J'ai appris à différencier ce qui m'appartenait (mes rapports non-dits et ce que je pouvais

avoir l'impression que les enfants taisaient) et ce qui influençait mon regard de ce qui leur appartenait (leur refus de (me) dire): comme le rappelle Delphine Bruggeman, nous écrivons une histoire qui ne nous appartient pas (je préciserais du moins, pas pleinement) puisqu'il s'agit, avant tout, de l'histoire de vie de nos interlocuteurs (Bruggeman, 2010, p.94). De fait, tel que le note Carl Lacharité, chercheur en psychologie et psychologue clinicien, il ne faut pas se méprendre sur le fond de la démarche de visibilisation du chercheur : s'inclure dans les descriptions « signifie se centrer sur l'autre tout en demeurant présent à soi ». (Lacharité, 2010, p. 151). En décidant de partager mes intérêts cachés et fantômes, je me rends certes visible car je fais le choix d'être « présente à moi-même », mais ce processus ne constitue qu'un détour obligé dans les boucles d'interprétations et de compréhensions proposées au sujet des expériences de vie des enfants et des adultes rencontrés sur mon terrain. Son usage vise à la connaissance entendue comme une « construction académique » résultant de « l'autorité de l'anthropologue en tant que professionnel » (Cunin & Hernandez, 2007, p.2).

Extrait du carnet de terrain : remarque sur le dossier de Mufida (février 2015)

« Je parcours le dossier de Mufida, c'est du lourd, laborieux, difficile, galère, la totale, un suivi qui ne se concentre pas sur son histoire. On traite le symptôme de dépression, mais à ma connaissance l'abus, la maltraitance n'ont jamais été traités... Comment va-t-elle avancer... Je suis pessimiste. Son histoire est sale. Enfin l'histoire subie dans sa vie est sale. Comment oublier, réparer, guérir, aller mieux. »

L'ironie est qu'avec le métier d'art-thérapeute, j'ai appris à en faire le moins possible et à ne pas *faire faire* afin de laisser à la personne en demande de soutien la possibilité de trouver au sein de l'espace art-thérapeutique un lieu et un moment où elle puisse faire ce qu'elle souhaite – ce qui est finalement très rare dans les structures de soins psychiatriques et psychiques dans lesquelles les équipes soignantes sont souvent mues par cette idée de l'accompagnement comme la provision de conseils, de directives et de recommandations¹²⁵. Ainsi, j'ai essayé de transposer ce sens de la réserve dans ma thèse en nuancant le plus possible mes avis, en amenant toujours le contre point de ce que je supposais avant d'écrire mes interprétations, soucieuse de ne pas basculer vers des formes d'« interprétation » –

¹²⁵ Sauf dans les structures d'inspiration psychanalytique très prégnante.

signe que j'aurais la prétention de savoir pour l'autre. Consciente de ma sensibilité au contexte et à la thématique sur laquelle j'ai travaillé, je sais néanmoins que j'ai documenté et travaillé de longues heures pour parvenir à ces conclusions. Elles sont certes le fruit de qui je suis, mais elles sont avant tout le résultat d'une attention soutenue portée aux autres et au contexte. Alors que le cœur de notre métier d'anthropologue repose sur la relation enquêteur-enquêté, il me semble vital, tant pour la recherche que pour les chercheurs et leurs interlocuteurs, que les fantômes et nos affects soient une *connaissance nécessaire* lorsque nous construisons et que nous nous engageons dans de telles relations. À propos de la formation de chercheur en psychologie dans le domaine de la maltraitance envers les enfants, Carl Lacharité écrit qu'« elle rejoint étroitement celle du clinicien », avant d'ajouter : « La sensibilité à ses propres zones de résonance personnelle devient un élément central dans la formation des chercheurs » (2010, p.154). Suivant les recommandations de cet auteur, je suggère que pour les chercheurs, quelle que soit leur discipline et les domaines de recherche, un travail personnel sur ces intérêts cachés doit être effectué afin qu'à la « capture idéologique produite par les discours dominants d'un champ de connaissances » (2010, p.147) soit associée ce que je nommerais la capture affective de chacun.

Pour conclure, je dirais que mon sous-terrain a modifié mon rapport à la connaissance et je voudrais, en ce sens, réintroduire un peu de scepticisme ou de réalisme vis-à-vis des justifications faites autour de la visibilisation de mes émotions. Si les propos suivants peuvent paraître contradictoires avec le déroulement de ma pensée livrée ci-dessus, ils sont surtout amenés pour nuancer l'approche que j'ai certes choisie, mais pour laquelle des traces d'incertitudes, de doutes et finalement des ombres doivent demeurer visibles, y compris dans un travail de thèse. Ces traces, plus ou moins exposées aux lecteurs, résultent de ce que de nombreux auteurs et cliniciens nomment l'inconscient. Mais une manière de cerner les effets de cette instance sur notre travail revient à considérer, comme le fait Michaël Cordey, notre rapport à « notre volonté de savoir » (Cordey, 2020, p.229). Même si j'ai constitué des savoirs objectivés et objectivants, je garde à l'esprit le fait qu'ils sont, malgré tout, le résultat de mon rapport à la connaissance. Pour cet auteur, notre savoir anthropologique pourrait être autre si nous prêtions attention au « rôle central que notre vie avec la connaissance joue dans nos vies de chercheurs et d'êtres humains. » En défendant que nous avons « une vie avec la connaissance » et que celle-ci influence notre rapport au terrain, il engage les chercheurs à considérer leurs émotions tel le révélateur de nos rapports à la connaissance et au savoir

anthropologique. Je pense que la vulnérabilité vécue sur le terrain et dans l'après-coup a notamment été un vecteur important vis-à-vis de mon recours aux éthiques du *care*.

L'imagination doit nous inviter à penser autrement et à reconnaître notamment que quelque chose nous échappe sans cesse. Comme le synthétisent Alice Le Goff et Livia Velpry dans leur article à propos de l'affaire Subbtlefield (Le Goff & Velpry, 2018), beaucoup plus de choses qu'on ne le pense, dans les liens ordinaires comme dans la recherche, sont inaccessibles, y compris – par conséquent – chez les personnes avec des capacités dans les normes de la rationalité et de la verbalisation. Ce rapport à l'inaccessibilité de la connaissance (absolue) devrait être davantage présente dans notre rapport à la connaissance, et donc aux fondements des processus de recherche.

2.5. Conclusion

Dans le chapitre 4, j'ai questionné la pertinence des politiques de la recherche spécifiques aux enfants, prenant acte de la récurrence de cette interrogation dans la littérature. Rejoignant les remarques de certains auteurs, j'ai toutefois considéré que la spécificité des démarches mises en place ne devait pas tant chercher à cibler les compétences des enfants, mais davantage se nourrir d'un souci d'atténuer les rapports de pouvoir entre adulte-enquêteur et enfant-enquêté.

En partant du constat que la plupart des démarches spécifiques pour enquêter auprès des enfants avaient été menées puis discutées à la lumière des contextes euro-nord-américains, et relevant ainsi le faible nombre de travaux avec des enfants vivant hors de ces régions, j'ai souligné l'importance de questionner le contexte de recherche ainsi que l'importance du lieu – rappelant la nécessité de cultiver une approche réflexive y compris dans le choix des méthodes. Ainsi, j'ai montré que le contexte de l'hôpital pédopsychiatrique, où règne une « culture de *compliance* » (Alderson, 2005), des dispositifs tels que le dessin ou le tableau d'activités apparaissent très similaires aux activités thérapeutiques imposées aux enfants et entraînent le risque de produire certaines attentes chez les enfants, associant le travail d'enquête au travail thérapeutique. Élargissant ma réflexion sur l'usage de dispositifs d'enquête dit « *child-friendly* » j'ai pointé le fait qu'ils correspondent à une forme de « faire

faire » (aux enfants) pour (leur) « faire dire », approche qui est apparue très éloignée de la volonté initiale de modérer les rapports de pouvoirs entre adultes et enfants.

Ainsi, à la suite de la remise en question d'un usage, que j'ai qualifié d'inflationniste, des outils d'enquête, j'ai proposé, dans une analyse *a posteriori* de mes manières d'(inter)agir avec les enfants, une approche interactionnelle et situationnelle (plutôt que contractualiste et formaliste) du consentement et de la participation des enfants. J'ai proposé la notion de pratiques ordinaires du préconsentement, ou consentement en pratique, afin de décrire et qualifier les multiples dynamiques singulières mises en place avec les enfants pour faire connaissance et m'approcher d'eux. Ainsi, j'ai voulu favoriser des échanges non contraints et m'assurer de leur volonté, ou du moins leur absence de refus, d'être présent avec moi pour partager des moments. Je conçois cette manière de faire de la recherche et/ou d'être chercheuse comme une alternative pragmatique à une logique du consentement reposant sur une délibération rationnelle qui, me semble-t-il, n'avait pas toujours sa place dans mes interactions avec les enfants. J'ai, de fait, préféré parler de *rencontres* plutôt que d'*entretiens* – percevant, dans nos échanges, la marque de notre différence générationnelle. Des rencontres régulières ont été organisées avec les enfants et leur famille, si – et uniquement si – un lien, une attention, une curiosité ou un intérêt s'était tissé avec ou manifesté chez les enfants – inversant ou rompant ainsi la chaîne (de pouvoir) de négociations et d'autorisations relative à l'engagement des patients dans la recherche, faisant des enfants le dernier maillon consulté de cette chaîne. L'instauration de cet environnement de travail est passée par un important travail sur le corps, premier outil d'enquête du chercheur. Contrairement aux réflexions de la socio-anthropologie de l'enfance sur les multiples dispositifs pouvant être et étant effectivement implémentés dans la recherche avec les enfants, j'avance que, selon les contextes, le corps et le jeu libre (*play*), et parfois les objets ordinaires à disposition dans le lieu de l'enquête (un couloir ou une salle d'attente par exemple), peuvent être les outils d'enquête le plus appropriés.

Enfin, reprenant la notion de distance au terrain, j'ai conclu ce chapitre avec l'idée qu'une *connaissance nécessaire de soi-même* est vitale afin de comprendre nos implications émotionnelles sur le terrain, avec les acteurs, ou de manière plus vaste, sur le sujet de recherche. Je souhaite ainsi participer aux débats sur la place des émotions dans la recherche, thématique qui demeure, me semble-t-il, une donnée occultée dans le travail réflexif que la

plupart des chercheurs mènent et qui peut pourtant, comme dans mon cas (qui n'est certainement pas unique), être à l'origine du travail académique mené. J'explique néanmoins que j'ai pu entamer cette élucidation, ou cette « chasse aux fantômes », en parallèle de mon doctorat lors de ma formation d'art-thérapeute, reconnaissant que les formations doctorantes en sciences humaines ne sont actuellement pas prêtes à prendre ce pas. Il semble être un exercice de fin de carrière (à l'image de Pierre Bourdieu), plutôt qu'un prérequis de la recherche, comme je le soutiens.

Prenant conscience de la nécessité de clarifier un trouble postulat enfoui au cœur de ce travail, il a fallu reconnaître, malgré la démarche inductive de cette recherche, l'existence de l'intuition qui était la mienne, à savoir que les enfants qui ne disent rien ne sont pas nécessairement des enfants qui n'ont rien à dire. La clinique pédopsychiatrique me semblait être un lieu privilégié pour écouter autrement : il le fut, mais de manière distincte de ce que j'avais imaginé – je pensais que mon sentiment allait être partagé par les professionnelles du service, mais j'ai eu l'impression qu'elles n'écoutaient pas – du moins, ai-je réalisé et dois-je admettre, qu'elles le faisaient, mais autrement que l'anthropologue (avec ses fantômes) que je suis. Je suggère que nous devons écouter autrement pour entendre leur « voix différente » – posture portée par les éthiques du *care* sur lequel ce travail s'appuie (Molinier et al., 2009). Le travail avec mon corps et en interaction avec leurs corps a été la première réalisation d'une forme de recherche autre. Je ne cherchais pas à leur *faire faire* pour leur *faire dire*, mais à écouter et à regarder ce qu'ils faisaient avec moi et (me) disaient. La sensibilité et l'attention manifestées à l'égard des enfants rencontrés, soit le *care* tel qu'il est défini en préface du *Souci des Autres* (Paperman & Laugier, 2011) ont ainsi été mes outils d'enquête avant même d'être une orientation théorique. Dans la suite du travail, je montre comment de posture sur le terrain, le *care* devient objet de recherche.

Partie II
Prendre soin de l'enfance et de l'adolescence
troublée

Organisation des soins et figures de l'enfance et de l'adolescence dans un
service de pédopsychiatrie au Maroc

Chapitre 3.

Géographie des lieux et portrait d'un jeune service où les TCC sont reines

Quel est cet hôpital ? Comment se déroule l'arrivée des enfants et des adolescents et de leur(s) parent(s) à l'hôpital ? Quel est le fonctionnement de ce service de pédopsychiatrie et comment sont organisés les espaces de soins ? Dans quelle mesure cette organisation et les trajectoires des professionnelles nous renseignent-elles sur les figures de l'enfance et de l'adolescence à l'œuvre dans ce service et sur les manières d'en prendre soin ?

3.1. Introduction

À présent que les lecteurs ont pris connaissance des méthodes mobilisées pour étudier mon objet d'étude et les conditions d'entrée sur mon terrain, j'aimerais les introduire à la vie quotidienne du lieu, les guider dans les dédales d'Al-Balkhi et de son environnement proche. Si la partie 1, « Se mettre au rythme », a été l'occasion d'expliquer ma posture de chercheuse, j'invite maintenant les lecteurs à faire connaissance avec les professionnelles¹²⁶ qui, chaque jour, œuvrent pour prendre soin des enfants et de leurs parents.

Dans ce chapitre, je décris l'arrivée des familles à Al-Balkhi, l'hôpital dans lequel elles viennent chercher de l'aide. Je commence avec *la géographie des lieux*¹²⁷, longue description déroulée chronologiquement selon ma propre routine instaurée sur le terrain, avec pour

¹²⁶ J'ai fait le choix, contrairement à ce qui est d'usage, de féminiser les pluriels dans la mesure où, sur l'ensemble de l'équipe exerçant à Al-Balkhi dans le service enfants et adolescents, seuls deux hommes y travaillent. Il me semble que cette féminisation du pluriel reflète davantage la réalité du terrain qu'un masculin pluriel qui dénaturerait le portrait du service ici dressé.

¹²⁷ Dans son ouvrage intitulé *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Robert Barrett, anthropologue et psychiatre s'intéressant à la schizophrénie, décrit l'environnement de l'hôpital (Ridgehaven) d'une grande ville australienne dans lequel il a conduit sa recherche en tant que soignant (1998). Il y pointe que le lieu est un indicateur du traitement (moral) « des fous » ; suivant ses traces, je dévoile le traitement réservé aux familles, en y incluant le chemin pour entrer dans l'hôpital jusqu'à l'arrivée dans la salle d'attente.

premier objectif d'introduire les lecteurs au contexte local au sein duquel des soins singuliers sont dispensés. En effet, avec un fonctionnement inspiré de la pédopsychiatrie de secteur à la française, un sentiment de familiarité (pourtant faux) peut habiter les lecteurs, leur donnant l'impression de connaître ce système. Mais, comme je le montre dans ce chapitre, au Maroc comme ailleurs, l'hôpital est traversé de valeurs, de normes et de représentations sociales locales qui, *in fine*, façonnent l'organisation des soins de manières uniques (Fortin & Knotova, 2013; Van der Geest & Finkler, 2004). Gardant la focale sur la danse des corps dans l'espace (comme je l'ai présentée dans le chapitre 1), je rapporte l'épreuve que constitue le fait de trouver son chemin jusqu'à Al-Balkhi pour les familles rencontrées.

La découverte des lieux se fait en trois étapes. Premièrement, l'entrée dans la première salle d'attente, située au rez-de-chaussée et attenante à l'accueil, rend visible ce que j'ai appelé, « les petites mains du *care* », c'est-à-dire le personnel d'accueil et d'entretien, ces travailleuses invisibles qui, à leur manière, participent aux soins dispensés dans ce lieu – leurs compétences administratives et leur travail sur leurs émotions, comme je le montrerai, leur permettant un tel accomplissement (Denis & Pontille, 2012). M'appuyant sur la géographie sociale, qui postule que les faits sociaux s'inscrivent dans l'espace, afin de révéler les dimensions sociales, politiques et affectives de l'hôpital (Da Costa Gomes & Musset, 2015), je dévoile ainsi comment, lors de cette première étape, parents – et surtout les mères¹²⁸ - et enfants deviennent, à leur tour, visibles aux yeux de l'hôtesse d'accueil dans le « territoire de l'attente ». L'analyse menée permet d'appréhender de façon plus spécifique les positions hiérarchiques (des professionnelles) et les relations de pouvoir (entre professionnelles et parents) qui traversent cet espace. Deuxièmement, j'enrichis ce tableau par un compte rendu exhaustif des diverses modalités de prises de rendez-vous accomplies par les mères afin de rencontrer une professionnelle. Je rends compte de ce qui se passe dans la deuxième salle d'attente, attenante au secrétariat : dans ce lieu sont pris les rendez-vous avec les médecins (alors que la première salle d'attente, au-delà de l'accueil, concernait le public ayant un rendez-vous programmé d'orthophonie ou de psychomotricité). Troisièmement, je me concentre sur le portrait du service pour présenter les professionnelles exerçant à Al-Balkhi en dehors de l'accueil et du secrétariat : elles sont réparties en deux groupes, l'un médical (les médecins) et l'autre paramédical (les psychologues, les

¹²⁸ À l'exception de quelques pères, ou couples, la plupart du temps se sont les mères des enfants et des adolescents qui sont présentes à l'hôpital.

orthophonistes, les psychomotriciens et les assistantes sociales)¹²⁹. Cette partie a pour objectif, d'une part, de présenter, en m'appuyant sur les entretiens menés avec les professionnelles, l'organisation de leur travail et ses impacts en termes de dynamiques collaboratives et, d'autre part, de dévoiler les représentations des figures de l'enfance locale et d'envisager ses répercussions sur les parcours de soins des enfants et des adolescents.

Dans un premier temps, ce portrait est donc l'occasion de livrer des renseignements sur le fonctionnement de l'équipe, un collectif pensé dans une perspective multidisciplinaire mais dont l'éclatement quotidien est tangible, faute de temps collégial et en raison d'un turnover médical important (selon les professionnelles). J'y détaille les significations sociales et politiques des choix et modalités de la formation des différentes professions. Dans un second temps, je mets à jour les enjeux de collaboration entre les membres de l'équipe, et je décris, via les usages de certains des outils de la clinique, la construction de pratiques communes, qualifiée de « difficile » par les professionnelles. Pour conclure, si cette incursion au sein de la clinique offre quelques pistes d'appréhension de la culture locale et des dynamiques interactionnelles au sein de l'équipe mais aussi entre les professionnelles et les familles, elle donne par ailleurs l'occasion, comme je l'analyse, de saisir les définitions locales de l'enfance et des enfants. Le portrait de service est un apport utile à la compréhension de l'organisation des trajectoires de soins des enfants et des adolescents dans la mesure où il permet de cerner les conditions de travail des professionnelles, de clarifier les logiques médicales sous-jacentes aux types de thérapies proposés et d'appréhender les représentations des professionnelles vis-à-vis des enfants et des adolescents – éléments cruciaux afin de saisir les fondements des traitements élaborés pour prendre soin de l'enfance et l'adolescence troublée.

3.2. Trouver son chemin

L'hôpital Al-Balkhi dans lequel j'ai conduit mon travail ethnographique est situé dans un contexte urbain, mais à l'extérieur de la ville. Cet hôpital universitaire est une structure publique qui, en théorie, accueille tous les types de patientèle mais qui, en pratique, est

¹²⁹ Je reprends ici la distinction mentionnée par la psychologue

principalement fréquentée par les familles les plus modestes¹³⁰. Le service réservé aux enfants et aux adolescents, ouvert en 2010, est proche de celui des adultes dont la rénovation visait à parer à la vétusté des bâtiments les plus anciens. En ville, tout le monde connaît cet hôpital : selon les dires des habitants, sa réputation oscille entre admiration du travail qui y est fait auprès de ces « pauvres fous », et peur et moquerie à l'égard de ces « sans esprits » qui font rire autant qu'ils effraient. Les enfants semblent épargnés par cette renommée : une certaine empathie plutôt que la raillerie domine les propos entendus, même si des professionnelles rapportent que certains enfants refusent de venir, ou du moins sont gênés de le faire car il s'agit de « l'hôpital des fous » : leur présence implique qu'ils ne sont pas « normaux ». Ce lieu est étrange et impressionnant pour tout étranger y pénétrant pour la première fois.

Longeant une grande avenue peuplée de moyens de locomotion en tout genre, l'hôpital s'étend sur plusieurs pâtés de maisons, avec des entrées multiples, certaines pour les consultations ambulatoires et d'autres pour les hospitalisations, y compris en urgence. Il est situé au croisement de trois grands axes : un premier vers le quartier moderne et le vieux centre-ville, un second vers une autre vieille ville et ses nouvelles infrastructures, et un dernier vers la banlieue délaissée et vers le reste du pays. En face de l'hôpital, un immense cimetière brasse perpétuellement quantité de personnes habillées par la tristesse. Un vieux monsieur aux rides profondes, aux yeux bleus pétillants et aux cheveux blancs est assis sur un petit tabouret en plastique le long du mur blanc de l'enceinte de l'hôpital, près de l'entrée de la consultation pour enfants. Sur les genoux de ce représentant des (sur)vivants de l'économie informelle repose une caissette contenant des paquets de mouchoirs, des chewing-gums et des cigarettes, le tout vendu à l'unité contre quelques pièces. Adossé au mur blanc défraîchi de l'hôpital bordé par un trottoir maculé de flux corporels et de déchets matériels variés, il fait face au large boulevard où la circulation s'emballe. Tantôt immobile,

¹³⁰ Le service sanitaire public, malgré deux importantes réformes pour améliorer son fonctionnement - une première en 2005 avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et une seconde en 2012 avec le Régime d'Assurance Médicale aux Économiquement Défavorisés (RAMED) -, est source de revendications multiples de la part de la population. Face au mécontentement populaire, qui a finalement été entendu en 2018, le gouvernement et le Roi ont reconnu l'échec. Les problèmes peuvent être résumés comme tels : « une offre vétuste, peu réactive, incomplète et de qualité discutable ». (Heikel, 2020, p. 27) À l'inverse, le secteur privé bénéficie d'une « image positive » et est rentable (*Ibid.*, p.28) Ces constats sont dressés par Jaafer Heikel qui a conduit une thèse sur la couverture sanitaire universelle (CSU, politique générale d'accès aux soins dont l'AMO et le RAMED sont les plans d'actions) qui a conduit une étude quantitative et qualitative dont l'échantillon, tenant compte d'un taux de réponse de 10%, était de 1596 ménages. Elle fait partie des rares études (se revendiquant l'unique de cette envergure) à documenter le parcours de soins de différentes catégories cibles de la population marocaine.

les yeux dans le vide, tantôt souriant et m'offrant régulièrement chewing-gums ou mouchoirs, je ne sais pas dire s'il paraît parachuté de manière incongrue dans ce lieu ou, au contraire, s'il se fond parfaitement dans ce paysage. Les enfants et moi n'avons jamais parlé de lui, mais il attire le regard de toute et tous, que nous soyons nouveaux ou habitués à ce lieu. De temps en temps, lui et moi échangeons quelques mots, mais les professionnelles, fuyant ses éventuelles interjections, ne comprennent pas pourquoi je discute avec lui – rares sont les personnes lui adressant la parole ou même un regard. Pourtant, dans cet environnement quelque peu impressionnant et étrange, j'essaie de créer de la familiarité et du lien avec les personnes que je croise de manière régulière.

À l'image du parcours émotionnel, mais aussi administratif, qu'il faut faire pour se rendre à la consultation de pédopsychiatrie, l'accès à ce lieu par l'un des trois axes mentionnés est tout aussi ardu. Les berlines nouvellement acquises par la classe moyenne émergente¹³¹ croisent les petits taxis bleus qui recueillent, à tout instant sur le bord des routes, les piétons moins fortunés toutefois prêts à déboursier quelques dirhams pour une course en centre-ville. Se joignent à eux de vieilles Mercedes blanches – grands taxis où six passagers s'entassent dans l'habitacle pour rentabiliser la course – qui transitent vers les banlieues tentaculaires de la ville. Aux voitures individuelles et aux taxis collectifs se mêlent les bus publics. Apparents vestiges d'une autre époque dont la survie mécanique ne cesse de me surprendre, ils s'imposent par leur corpulence et une sorte de fierté – pourtant sérieusement rognés par le temps – d'avoir un jour été mis au service de citoyens démunis, autrefois totalement isolés. Puis, de temps à autre, sur ce grand boulevard, apparaissent des charrettes tirées par un âne, guidé par des maîtres venus de la campagne environnante pour le marché quotidien dans la vieille ville. Les grands plateaux en bois sur lesquels ils sont assis regorgent, selon les récoltes de chacun, de divers fruits et légumes de saison. Ils en tireront quelques dirhams aussitôt dépensés pour l'acquisition d'un ou deux kilos de thé, de sucre, de farine, d'huile d'olive et de semoule. À leur côté, n'avançant guère plus vite, les vélos-moteurs, autres reliquats d'un temps où les automobilistes étaient moins nombreux. Ils sont toutefois encore capables – et plus ou moins autorisés à le faire – de transporter une à trois personnes. Au milieu de ces véhicules multiformes, les tramways neufs flambent. Les riches passagers, goûtant au luxe du chauffage ou de la climatisation selon les saisons, s'engouffrent dans cet

¹³¹ Selon les Eco Maroc, le nombre de véhicules immatriculés, qui a plus que doublé entre 2000 et 2016, marque la croissance économique et le mode de vie qui prévalent dans les grands centres urbains marocains. <https://leseco.ma/maroc/rapport-international-sur-la-securite-routiere-progres-enregistres-par-le-maroc.html>

énorme tube argenté aux couleurs intérieures pastel où le calme a élu domicile, comme un pied de nez au charivari extérieur. Ils sont l'étendard d'une ville qui se veut, comme me le disent ses habitants, un exemple de « modernité » et initiative phare, à l'échelle continentale, d'une politique pro-environnement¹³². Mais ils constituent encore un autre symbole : construites en 2011, les lignes de tramways desservent l'hôpital et un arrêt a été construit à quelques mètres de l'entrée pour les consultations ambulatoires. Par-delà la modernité associée à cet effort écologique, cet arrêt manifeste aussi l'autre regard que le gouvernement aimerait promouvoir sur la santé mentale : atténuer, voire cesser, la stigmatisation liée aux maladies psychiatriques¹³³. Dans le chapitre « Espace et temps dans un hôpital psychiatrique » dans l'ouvrage *La traite des fous* cité précédemment (1998), Robert Barrett se penche également un instant sur ce qu'il appelle « le paysage hospitalier » de l'hôpital qu'il a étudié dans les années 1980. Alors qu'il analyse la volonté de progrès portée par les administrateurs de l'hôpital, il note que « [l]e progrès ne constitue pas seulement le thème central des histoires officielles ou non de Ridgehaven, il est également inscrit dans le paysage lui-même » (*Ibid.*, p.46). Bâti originellement en zone rurale pour que les patients accomplissent des travaux en plein air, Ridgehaven est désormais entouré par la modernité (banlieue, « bâtiments modernes ») et il est situé, comme Al-Balkhi, au bout d'une ligne de tramway afin d'en faciliter l'accessibilité. À Al-Balkhi comme à Ridgehaven, la modernité – à la fois extérieure et intérieure grâce aux travaux de rénovation entamés avec la construction du service pour les enfants et adolescents et étendus ensuite aux autres secteurs adultes – se lit dans le paysage hospitalier. Le directeur de l'hôpital, très investi en faveur de cette cause, multiplie avec d'autres médecins les passages à la télévision sur la chaîne nationale pour informer le grand public des tenants et des aboutissants de cette psychiatrie qui se veut moderne. Il rassure également les plus inquiets sur les liens qui se tissent entre les villes et l'hôpital, ces espaces autrefois compartimentés qui se rejoignent grâce à l'aménagement du territoire. Toutefois, située à une vingtaine de mètres de l'entrée principale, une zone de transition, reliquat de l'ancienne séparation de ces espaces, demeure visible : y déambulent des mendiants, de (probables) malades psychiatriques sans familles, des sans domicile fixe, des usagers de drogues errant seuls, perdus dans un autre monde ou au contraire échangeant avec d'autres. Il m'est déconseillé de passer à pied dans cette zone

¹³² <https://journals.openedition.org/vertigo/9956>

¹³³ J'ai moi-même pu constater cet effort avec, par exemple, les apparitions télévisées du directeur de l'hôpital pour parler de l'hôpital et du travail conduit dans ses murs, normalisant ainsi les soins de types psychiatriques.

pour regagner le centre-ville ; marcher seule au bord de la route n'est d'ailleurs jamais conseillé aux femmes seules, sauf au cœur de la vieille ville où les regards s'avèrent être aussi contrôlants que protecteurs. Même en dehors de cet espace, être piéton n'est jamais une position facile dans les grandes villes marocaines et les abords d'Al-Balkhi ne dérogent pas à cette règle. Les piétons doivent rester à l'affût du bruit des klaxons permanents et des sonneries stridentes résonnant de tous les côtés afin d'identifier d'un regard vigilant une possible voie et se faufiler entre les carcasses métalliques en tout genre lancées à folle allure. Le Code de la route est plus ou moins respecté, chaque usager adaptant les règles à son véhicule. Le pont du chemin de fer domine la dangereuse agitation de cette scène à quatre voies, comme un appel au voyage pour fuir ce rythme urbain effréné. Carrefour frénétique où la couleur des feux ne semble préoccuper personne, il est à l'image de ce qui se passe dans l'ancre qu'il dessert.

Les piétons souhaitant accéder à l'hôpital doivent donc franchir ce rempart mouvant infernal afin d'entrer dans son enceinte. L'arrivée à l'hôpital est une épreuve en soi, d'autant que fréquenter les grands axes ne fait pas partie des habitudes de vie de certains. Beaucoup des familles rencontrées vivent dans des quartiers piétons des médinas, se déplaçant principalement à pied pour les courses, l'école et les visites amicales dans le voisinage. La traversée de ce rempart est tumultueuse. Les mains des mères et des enfants sont liées, accrochées, comme un nœud qui ne devrait céder sous aucun prétexte. Les bras entrecroisés, tendus ou pliés, soit s'étirent pour donner de l'espace et de la fluidité aux corps, soit se recroquevillent sur eux-mêmes pour les stopper. Ces mouvements visent à éviter tout incident jusqu'à l'entrée de l'hôpital. Certains enfants – les plus jeunes ou ceux avançant avec difficultés comme Rezik (10 ans) – frôlent tout juste le sol, automatiquement décollés par leurs mères qui les tirent derrière elles. Ils doivent suivre, sans s'attarder au milieu de la route pour regarder ce qui s'y passe. Ce n'est ni le moment ni l'endroit. Khadija par exemple, la petite sœur de Mufida (11 ans), fait partie de ces petits gabarits quasi soulevés de terre. D'autres enfants, comme Amar (7 ans), sont freinés dans leurs élans à la conquête de l'espace s'ouvrant devant eux : ils foncent tête baissée sans vraiment voir ce qui se trame autour d'eux, et leurs mères les retiennent tant bien que mal pour éviter un quelconque carambolage, plus ou moins dramatique. Et puis il y a ceux qui, comme Assia et Faraj (13 ans), se montrent plus avertis face à ces potentielles embuscades routières. Dépassant au minimum d'une tête leurs mères, ils paraissent être soit leurs guides à travers ce tumulte, soit un électron libre, solitaire, tant leurs grands pas leur donnent une longueur d'avance sur leurs mères. Les moins

à l'aise, quant à eux, restent proches, cherchant un soulagement et un appui dans le corps parental accolé. Comme Mufida (11 ans) ou Halima, la petite sœur de Faraj (13 ans), ils vont, bras dessus, bras dessous, avec leurs mères, apeurés et irrités par le vacarme ambiant. Les manières d'avancer des enfants dans ce capharnaüm routier dévoilent partiellement certains aspects de leurs relations à leurs mères – les téméraires qui souhaitent être seuls, les plus peureux préférant la sécurité et le confort d'être guidés par leurs mères, ou encore ceux qui orientent leurs mères, dans ce dangereux dédale. De l'observation de ces scènes, j'ai pu aussi percevoir la relation des enfants avec leur environnement immédiat, par exemple au danger – car circuler dans les rues de cette grande ville est périlleux, les accidents macabres sont là pour le rappeler. À force de regarder, j'ai appris à lire l'influence des mères sur les enfants et vice versa.

Parmi les familles rencontrées à l'hôpital, seul le père d'Adil (8 ans) conduisait son fils en voiture ; les autres avaient tous recours aux transports publics : tramway pour les plus fortunés (Faraj (13 ans) et ses parents), taxi bleu ou blanc pour les petits budgets habitant le centre-ville ou ses abords, ou encore le bus pour ceux comptant également chaque dirham dépensé mais vivant à l'extérieur de la ville, dans des zones périphériques lointaines (Mufida (11 ans), Amar (7 ans), Rezik (10 ans) (annexe 1, tableau récapitulatif des enfants, adolescents et de leur famille). À noter que quelques rares familles arrivaient en train, l'hôpital étant la plus grande structure psychiatrique au niveau régional. J'en ai croisé quelques-unes mais pour des raisons logistiques (notamment de ma part), il a été compliqué de développer des liens et donc de les inclure dans la recherche. Il est cependant significatif de pointer que chaque semaine, chaque mois, ces familles prennent le train pendant trente minutes à une heure trente pour venir consulter à Al-Balkhi. Leur engagement, malgré d'éventuelles complications comme la distance, les coûts et d'autres facteurs tels que la garde des enfants ou d'un parent ou les arrangements avec l'employeur, témoigne de la renommée de l'hôpital autant que de l'espoir des familles à l'égard des visites médicales réalisées par des professionnelles nouvellement formées.

Ne rentre pas qui veut dans cet hôpital, du moins en apparence. Derrière le portail blanc aux fins barreaux espacés, un homme habillé d'un uniforme bleu marine, képi sur la tête, régule les entrées et les sorties. Employé du service de sécurité de l'hôpital, son menton s'avance comme pour pointer un potentiel interlocuteur dès qu'une personne ou un groupe de personnes s'approche de lui : « Vous venez pour qui ? » Il suffit de *dire quelque chose*,

donner à sa question, une réponse : « Le Docteur Untel », ou « Je viens prendre rendez-vous », ou « J'ai rendez-vous », et éventuellement glisser le nom de celui ou celle à rencontrer. Le silence ne fonctionne pas comme sésame. Ce contrôle sécuritaire questionne autant qu'il alimente les préjugés fusant dans les esprits à l'égard d'Al-Balkhi, « l'hôpital des fous ».

Derrière ces barreaux, la cour intérieure, habillée d'un revêtement orange clair et d'espaces de pelouse surplombés de hauts palmiers, accueille les patients et leurs familles. À gauche, légèrement en retrait et doté d'un auvent sous lequel sont nichés quelques bancs, se trouve le bâtiment administratif et le service de consultation ambulatoire des adultes. Assez bas, peu de fenêtres, toutes avec des barreaux, il y fait sombre et il se remplit rapidement de monde dès l'ouverture du service. À droite, un bâtiment aux formes irrégulières et aux grandes baies vitrées, avec une terrasse surplombant sa devanture, est dédié aux enfants. Rien n'indique la différence entre la section pour adultes et celle pour enfants : aucun panneau, pas de marquage au sol. Seul le gardien peut orienter les visiteurs à gauche ou à droite. Une ligne invisible, immatérielle, pourtant clairement existante et active dans le sens où les adultes sont d'un côté et les enfants de l'autre, peut être perçue à qui y prête attention. Les enfants ne s'aventurent jamais du côté gauche de la cour – sauf lorsqu'ils accompagnent leur mère pour régler la consultation au guichet situé dans ce bâtiment. Peut-être sont-ce les cris des adultes agités, les mouvements électriques de leurs grands corps, et la masse de personnes agglutinées qui matérialisent cette division, édifient cette distinction transparente et maintiennent cette distance.

À l'inverse, l'entrée du bâtiment des enfants est toujours vide et calme. Le large porche n'abrite que rarement les familles qui, fuyant le soleil ou la pluie, semblent plutôt se dissimuler ailleurs, comme si elles ne voulaient pas être vues par les piétons qui empruntent la grande avenue et peuvent, à travers les barreaux, les apercevoir. Seuls un ou deux accompagnants – une grand-mère, un oncle, un frère ou une tante – s'assoient sur l'unique banc qui fait face au service de psychiatrie réservé aux enfants et adolescents.

3.3. Devenir visible

Dans cette partie, à travers la description de mon arrivée matinale dans le service (annexe 1, tableau récapitulatif de l'équipe d'Al-Balkhi), et depuis mon point d'observation que constitue l'accueil (première salle et temps d'attente), je décris l'arrivée des enfants et de leurs familles et le processus administratif auquel ils se plient à l'entrée – un processus qui peut être assez complexe, notamment pour les personnes n'ayant pas les compétences administratives requises (Dubois & Baudot, 2012). Avant toute rencontre plus ou moins approfondie avec une professionnelle formée à la psychiatrie (dont l'infirmière psychiatrique Chadia est la première figure), toutes les familles doivent passer par Aziza, l'hôtesse d'accueil ; par l'ampleur du travail qu'elle réalise, tant au niveau procédural qu'émotionnel, je considère que son rôle incarne la figure de ce que j'ai nommé les « petites mains du *care* » (Denis & Pontille, 2012). Cette proposition s'inscrit dans la continuité des recherches dites « *infrastructure studies* » qui « revendiquant une posture politique et morale », « visent à remettre les travailleurs invisibles au premier plan par un “renversement infrastructurel” qui permet de documenter leurs conditions de travail, l'hétérogénéité des opérations qu'ils accomplissent, leurs savoirs et savoir-faire » (*Ibid.*). Je montrerai ainsi dans quelle mesure il me semble pertinent d'inclure Aziza dans l'équipe soignante, le soin étant ici entendu dans le sens donné par l'éthique du *care*, à savoir l'attention et le souci de l'autre.

Mais avant toute chose, je m'appliquerai à décrire la salle d'attente, point d'entrée du parcours de soins des enfants et lieu premier de mon travail d'observation. M'appropriant certaines analyses de la géographie sociale, je pense que « les lieux d'attente (quelles que soient leur forme et leur origine) doivent être analysés et interprétés comme des territoires de l'attente, dans toute leur dimension matérielle et symbolique » (Da Costa Gomes & Musset, 2015). Je m'attacherai ainsi à mettre en valeur les interactions au sein de ce territoire et leurs dimensions sociales, politiques et affectives.

3.3.1. La salle d'attente, « un territoire de l'attente »

En introduction d'un ouvrage dédié aux territoires de l'attente, Da Costa Gomes et Musset expliquent qu'ils ont souhaité comprendre la manière dont « la fonction d'attente [...] agit sur l'organisation des comportements individuels et collectifs, définis par un système

d'objets et d'actions. » (*Ibid.*, 2015, 7.) Se référant à un courant spécifique de la géographie sociale, ils optent pour une approche de l'attente comme :

« un territoire, avec ses règles, ses normes, ses codes. En symbiose avec l'attente, le lieu change de dimension : il ne se définit plus seulement par des fonctions et des pratiques individuelles et sociales, mais exprime lui aussi un système de représentations, une idéologie et une autorité, pour reprendre et retourner les mots de Guy Di Méo et de Pascal Buléon » (*Ibid.*, 23).

Autre point essentiel soulevé par ces auteurs dans ce même ouvrage : malgré la présence de règles, de normes et de codes, cet espace est « habité », peuplé sur une période plus ou moins longue, par des acteurs « qui le pratiquent » (*Ibid.*, 29). À la manière des auteurs, j'utilise donc l'attente comme outil et comme révélateur pour étudier les faits sociaux, rejoignant leur idée qu'« attendre, c'est aussi et surtout *être* en attente » (*Ibid.*, 32).

Mon parcours pour atteindre le service était toujours le même. Je saluais le vieux monsieur aux yeux bleus qui m'offrait des mouchoirs ou des chewing-gums selon son humeur. Ensuite, me reconnaissant, le gardien m'ouvrait la porte et nous échangeions les salutations matinales formelles. Dès le sas d'entrée du bâtiment enfants franchi, je me dirigeais vers la réception située juste en face, au rez-de-chaussée. Sur son grand tabouret, accoudée au comptoir qui lui servait de bureau et adossée contre le mur à sa gauche qui la séparait de la salle d'attente, l'hôtesse d'accueil, Aziza, était déjà présente, première arrivée.

Parfois silencieuse, elle guettait l'arrivée des familles, prête à inscrire leur nom dans son agenda sous la date du jour ; parfois, semblant parler seule, elle s'adressait en fait à la personne chargée de l'entretien du service, Asma, assise à l'abri des regards dans le petit cagibi situé à la droite du comptoir où Aziza veillait. Asma utilisait ce réduit pour ranger ses accessoires de travail et faire quelques pauses pendant ces journées (d'environ 8 heures) où elle arpentait les couloirs de l'hôpital pour effacer les traces de saleté que la vie pouvait causer. Asma, au-delà de sa mission relative à la propreté de l'hôpital, pouvait aussi s'improviser surveillante : c'était surtout en renfort et à la demande d'Aziza, qui ne sortait jamais de derrière le comptoir, qu'elle remplissait cette autre mission, rappelant l'aspect « polysémique » de certaines fonctions subalternes, et les gratifications symboliques les accompagnant, dans les structures sanitaires en Afrique de l'Ouest (Jaffré, 1999). De fait, à l'occasion, Asma faisait autre chose que chasser la saleté, en contribuant au maintien de l'ordre de la salle d'attente et régulièrement, elle grondait quelques enfants qui dépassaient les limites de l'acceptable dans l'enceinte de l'hôpital : cris et courses étaient les deux bêtes

noires traquées. Comme le notent Paulo Cesar Da Costa Gomes et Alain Musset au sujet des lieux de l'attente, celle-ci est « sédentaire. Elle est marquée par l'immobilité forcée des individus et des groupes qui la subissent » (Da Costa Gomes & Musset, 2015). Il en était de même à Al-Balkhi : les enfants batifolant dans la salle d'attente comprenaient que le moment était venu de se calmer lorsqu'Asma, de corpulence un peu ronde, habillée d'un uniforme blanc, se dirigeait vers eux. Son intervention était aussi un message à l'égard des mères/parents qui comprenaient alors qu'il était temps de rappeler à l'ordre leurs enfants. La salle d'attente en tant que lieu abritant des situations d'attente est un « dispositif » fait de « processus » durant lequel « l'attente a une fonction à la fois régulatrice et normative » (*Ibid.*, §5). Asma, aux côtés d'Aziza, était présente pour le rappeler à ceux qui l'oubliaient.

Par ailleurs, la déambulation qui d'ordinaire n'est pas admise dans un hôpital (Lelièvre & Soulé, 1985), se trouvait renforcée à Al-Balkhi en raison du fait que le rez-de-chaussée n'était pas « qu'un » lieu d'accueil et d'attente : il était aussi un lieu de consultations. En effet, « la pratique de corps assis, immobiles » était un prérequis au bon déroulement des consultations médicales qui se tenaient non loin de cet espace (*Ibid.*, p.27)¹³⁴. Plusieurs bureaux étaient situés à ce niveau : les deux bureaux partagés par trois des quatre orthophonistes et le bureau de l'infirmière-chef, Mme Fathna¹³⁵. À ce niveau se trouvait également l'entrée de l'hôpital de jour qui était réservé aux enfants diagnostiqués, ou en cours d'évaluation, avec un trouble du développement. Les passages réguliers de l'infirmière-chef étaient également un rappel à l'ordre tant pour le public que pour les professionnelles – Aziza et Asma se devant, face à leur supérieure hiérarchique, de remplir leurs missions. En plus de rappeler elle-même à l'ordre certains des enfants, Mme Fathna n'hésitait pas à sermonner les deux occupantes du « territoire de l'attente » si le bruit et les mouvements étaient jugés trop importants.

¹³⁴ Si la lecture de Vincent Lelièvre et Jean-Sébastien Soulé (1985), en tant qu'architectes, est intéressante pour comprendre certaines des évolutions de l'architecture des salles d'attente, je me distancie de leur approche qui reste hermétique aux apports des géographes autour de la thématique des lieux qui permettent de penser ces derniers comme « un formidable terrain d'enquête pour comprendre de l'intérieur, mais avec une focale fonctionnant comme un zoom, l'organisation des sociétés contemporaines. » (Da Costa Gomes & Musset, 2015, §10). Dans le texte mentionné, ils ne parlent pas spécifiquement des salles d'attente en psychiatrie mais ont toutefois ajusté leur propos (comme ils le soulignent en introduction) à l'audience à laquelle ils s'adressent, à savoir des professionnels de la santé mère/enfant.

¹³⁵ Concernant Mme Fathna, je reprends la formulation utilisée par les professionnelles d'Al-Balkhi, qui est signe de respect pour cette supérieure hiérarchique par ailleurs plus âgée que le reste de l'équipe. Les autres membres de l'équipe paramédicale s'appelaient par leur prénom. Elle travaillait principalement à la coordination du travail de l'hôpital de jour (accueillant des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme) et gérait également la partie ressources humaines du service.

Le matin, avant l'arrivée des familles, le service était d'ordinaire calme. Les carrelages au sol étaient encore blancs et contrastaient avec les murs orange ornés de figurines de dessins animés. Ces décorations picturales, comme par exemple un grand lion dans la salle du bas, étaient les traces de la vague d'humanisation qui avait soufflé, entre autres via l'architecture, sur les services de soins pour enfants (Mougel-Cojocar, 2005). L'été, les murs ayant emmagasiné la fraîcheur de la nuit apportaient pendant quelques instants un semblant d'air frais par rapport aux 28 degrés de l'extérieur. En hiver, à l'inverse, le bâtiment était glacial et chacun multipliait les couches pour combattre le froid saisissant de ce lieu où l'immobilité et la position assise étaient les principales postures de travail. La climatisation et le chauffage n'étaient installés que dans les bureaux et pour les familles, qui n'étaient que de passage, les conditions d'accueil étaient plus rudimentaires. Si une certaine attention avait été pensée et mise en œuvre pour rendre agréables les conditions de travail des professionnelles – leurs bureaux étaient d'ailleurs décorés avec des photos noir et blanc encadrées –, la salle d'attente n'avait pas reçu autant d'attention, même s'il était évident que son organisation attestait d'une vision moderne de la fonction d'attente : elle avait en effet été conçue spécialement pour remplir cette fonction, détail architectural qui rappelle que dans la période de l'après-guerre, la salle d'attente était pensée comme un espace perdu et construite, ou plutôt aménagée, dans les espaces négatifs, c'est-à-dire justement non construits (Lelièvre & Soulé, 1985, p. 25). À l'opposé de cette description de ce que furent les salles d'attente, celle d'Al-Balkhi remplissait donc les critères contemporains de l'attente comme une partie prenante de l'organisation de l'hôpital. C'était dans cet espace ouvert qu'Aziza, l'hôtesse d'accueil, travaillait.

Ces endroits pour vivre l'attente, nous disent Paulo Cesar Da Costa Gomes et Alain Musset, « sont conçus pour la mise en œuvre de tâches précises en fonction du type d'attente et des modes de contrôle ou de fonctionnement interne qui ont été pensés à l'avance » (Da Costa Gomes & Musset, 2015). Ouverte sur l'entrée et la zone de passage des professionnelles pour accéder aux salles de consultations, la salle d'attente d'Al-Balkhi s'offrait en spectacle à toute personne entrant dans le bâtiment. Accessible par quelques marches, elle était située en contrebas du sol. Dès 8 h 30, soit 30 minutes avant l'horaire officiel des premières séances, quelques familles s'y trouvaient déjà, prêtes à être reçues par les professionnelles : se pliant à la règle du premier arrivé/premier servi, enfants et mères/parents s'étaient levés tôt pour être présents de bonne heure. Certains enfants paraissaient encore endormis, à moins que ce ne fût cet endroit qui les impressionnait et les

tenait tranquilles sur une chaise face à l'écran de télévision sur lequel passaient en boucle des informations. Assis près de leurs mères, ils mangeaient machinalement leurs yaourts à boire et leurs biscuits. Au fil du temps passé dans la salle d'attente, ils se réveillaient. Certains se détendaient, gagnant en confiance au point de déclencher l'intervention d'Asma, et d'autres, plus timidement, se dégourdisaient de temps en temps les jambes en restant dans un périmètre très proche du/des parent(s) les accompagnant. Cette familiarité semble être propre aux salles d'attente avec des enfants, par opposition au silence, au calme et à l'immobilité quasi totale des salles d'attente pour adultes où seul le journal hebdomadaire peut justifier de se lever (Lelièvre & Soulé, 1985). Toutefois, fait notoire, aucun jeu, aucun journal ou livre n'était disponible dans le territoire de l'attente. Enfants et mères/parents étaient, en quelque sorte, contraints à une attente inactive.

Si le lieu d'attente peut être perçu « comme un lieu d'incertitude et d'angoisse ou, dans le meilleur des cas, de vague espérance » (Da Costa Gomes & Musset, 2015, §11), les relations tissées avec Aziza et Asma ont pu aider à contrebalancer ou, au contraire, à alimenter ces états affectifs associés à l'attente. Il était certain que, en tant que prémisse à l'entrevue avec l'une des membres de l'équipe soignante (qui, selon la temporalité, pouvait constituer des moments décisifs dans le parcours de soins), l'attente pouvait être un moment émotionnel intense. C'est d'ailleurs en ce sens que Fabienne Castagnet¹³⁶ invite à une réflexion institutionnelle sur l'attente car « l'attente est attente de quelque chose ou de quelqu'un » (Castagnet, 1985, p. 63). Si je n'ai que rarement entendu des commentaires sur les temps d'attentes des familles (qui pouvaient être de plusieurs heures) et l'organisation de la salle, je me suis interrogée sur l'influence de ces temps d'attente vis-à-vis du déroulement d'une consultation ou d'une séance. La fatigue et l'énervement, en lien avec l'attente, n'étaient pas propice à une rencontre sereine. Les enfants, agités ou au contraire endormis arrivaient face aux médecins dans un état émotionnel, qui souvent affecté leur mères/parents,

Tant que le nombre de familles présentes dans la salle d'attente était restreint à deux ou trois mères – rarement accompagnées des pères – avec un ou deux enfants (les jeunes frères et sœurs ne pouvant rester seuls à la maison, ils étaient les « enfants fantômes »¹³⁷ des

¹³⁶ Psychiatre des hôpitaux de Paris, praticienne clinicienne pour adolescents, l'auteure développe une approche inspirée de la psychanalyse pour comprendre l'attente. Sa réflexion m'incite toutefois à porter une attention particulière sur ce temps d'attente.

¹³⁷ Cette notion vise à rendre compte de l'invisibilité des enfants accompagnant les parents et l'enfant venus pour la consultation. Ils sont présents, entendent, écoutent ce qui se dit entre membres d'une famille et

consultations), l'ambiance était souvent détendue derrière le comptoir. J'arrivais la plupart du temps entre 8 h 30 et 8 h 45 (soit quelques minutes après l'ouverture par Aziza) et je passais derrière le comptoir pour saluer Aziza et Asma. Nos phrases de salutations s'entremêlaient en même temps que, vigoureusement, nos joues se collaient l'une à l'autre, une fois à droite, et puis une, deux, trois, quatre fois à gauche. Cette familiarité était le signe qu'après un mois de coprésence journalière au sein de l'hôpital, à l'exception du week-end, nos salutations étaient d'ores et déjà chaleureuses. Je m'étais intégrée à la « routine quotidienne » de cet espace, ayant appris à discerner son organisation, ses règles ainsi que les identités et les représentations sociales qui en découlaient (Da Costa Gomes & Musset, 2015). Durant ce laps de temps, assimilant les ficelles de *son* métier et les implications de celui-ci, j'avais d'ailleurs compris que l'hôtesse d'accueil était une personne-ressource. Son travail était peu visible sauf si, comme je l'avais fait, une attention était portée à la géographie du lieu, et notamment à l'entrée du bâtiment et à la salle d'attente, lieux d'exercice de son travail. En lien avec cette manière de penser l'espace, j'analyse donc les tâches accomplies par Aziza et clarifie dans quelle mesure et comment elle participait aux modes de contrôle et au fonctionnement de l'hôpital.

3.3.2. Les petites mains du *care*

J'emprunte l'expression de « petites mains » à Jérôme Denis et David Pontille¹³⁸ qui, se référant aux réseaux de télécommunication et à leur bonne marche, s'attachent à peser l'importance du « travail nécessaire à la production de l'information » (2012). Je soutiens que dans l'environnement hospitalier, au sein duquel (la circulation de) l'information est vitale, le travail d'Aziza était pareillement « nécessaire à la production de l'information » (Denis & Pontille, 2012, p. 1) et, conséquemment, à l'organisation du travail clinique et plus largement à la mise en relation des familles et des professionnelles, prémisses du *care*. Si,

professionnelles mais ils ne sont rarement, voire jamais, inclus dans les interactions ou dans la lecture de la situation d'entretien, comme si leur présence n'était pas prise en compte.

¹³⁸ Jérôme Denis est maître de conférences en sociologie à Telecom ParisTech. Ses recherches portent sur la production et la maintenance des infrastructures informationnelles dans des configurations variées (relation commerciale, sécurité informatique, mobilité urbaine). David Pontille est chargé de recherche au CNRS, cofondateur de l'équipe « Anthropologie de l'écriture » (IIAC CNRS/EHESS). Ses travaux développent une approche écologique et pragmatique des dispositifs d'écriture dans différents milieux professionnels.

dans la littérature dédiée à l'accueil, il est entendu que l'accueil est un soin à part entière dans la prise en charge du patient, la complexité de l'exercice du métier, les conditions de service ainsi que l'inclusion dans l'équipe font douter de l'accomplissement de ce paradigme. Pourtant, à sa manière, il s'agit bien d'un travail de soin visant à informer et à orienter tout en rassurant le patient et sa famille (Chaoui, 2017, p.1-2).

3.3.2.1. *Une travailleuse de l'écrit*

Aziza savait qui entraît et qui sortait du service. Réalisant à quel point sa position est stratégique, je l'avais avant tout approchée comme une personne-ressource et elle a été une précieuse alliée pour la mise en place de mes observations et le suivi des familles. Depuis son tabouret, stylo en main, agenda ouvert à la page du jour et feuilles blanches devant elle pour parer à tout besoin de prise de notes inattendu, elle était en contact téléphonique quasi permanent avec le secrétariat situé au premier étage et tenu par Chadia. Chaque matin, je jetais un coup d'œil dans la salle d'attente du bas afin de distinguer d'éventuels visages connus et surtout je consultais le cahier d'Aziza pour reconnaître les noms de certains enfants. Ainsi, je pouvais commencer à organiser ma journée en listant les prénoms des enfants présents que je suivrais.

En réfléchissant à l'organisation des soins, je me suis rendu compte que ce premier travail d'annotation, de relevé systématique des présences dans la salle d'attente m'était certes utile pour mon travail d'observation, mais qu'il constituait par ailleurs la première étape de l'organisation du travail de Chadia et des médecins. Avec la logique de premier arrivé, premier servi, il était essentiel de connaître cet ordre précis afin de maintenir dans la salle la quiétude due au respect de l'ordre et des règles propres à ce territoire. Le travail d'Aziza y contribuait. Par son statut de « travailleur de l'écrit, matière de l'information », elle faisait partie de ces « petites mains » du *care*, souvent invisibilisées (Denis & Pontille, 2012). Ma disposition, comme je l'ai noté au sujet de mes rencontres avec les enfants dans le chapitre 2, à être attentive et soucieuse à ce qui est ordinaire – ma posture éthique donc – m'a ainsi permise, au sens de l'éthique du *care*, de rendre visible ce travail de *care* réalisé par Aziza.

Avant de noter le nom des enfants dans son agenda à la page du jour, Aziza aidait les mères/parents à constituer le dossier administratif composé, entre autres, de la preuve du

paiement de la consultation à venir. Pour cela, elle leur expliquait ce qu'ils devaient faire : se rendre au guichet situé dans le bâtiment administratif (abritant aussi la prise de rendez-vous en ambulatoire pour adultes) et y payer directement la consultation. Selon le type d'assurance, le prix variait, de 0 à 40 dirhams pour les soignants (soit environ 3,70 euros) et jusqu'à 60 ou 80 dirhams (soit environ 5,70 ou 7,50 euros) pour les médecins¹³⁹. Une grande majorité des familles rencontrées bénéficiaient du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui leur permettait d'être prises en charge totalement quand elles étaient déclarées « en situation de pauvreté » (à l'exception des transports par exemple pour se rendre sur le lieu de consultation), ou partiellement avec le paiement d'une contribution annuelle de l'ordre de 200 dirhams (soit environ 19 euros) quand elles étaient considérées « en situation de vulnérabilité » (ministère de la Santé marocain). À ce guichet, les mères/parents devaient également fournir une copie de leur carte d'assurance maladie justifiant leur régime d'assuré (RAMED ou autre mutuelle publique pour les fonctionnaires ou privée pour tout autre salarié) – cette photocopie était faite dans le petit kiosque placé devant l'hôpital qui, en plus des cafés, sandwiches et bonbons, proposait ce service : aucun parent rencontré ne possédait un tel équipement informatique chez lui.

Face aux mères/parents empressés, inquiets et dont l'analphabétisme compliquait certaines démarches, Aziza expliquait et répétait la même chose plusieurs fois, ne haussant que rarement la voix en réponse à l'incompréhension réelle. Dans certains cas, quand l'incompréhension était patente et que les mères/parents revenaient vers Aziza sans les (bons) documents, j'ai pu la voir saisir de leurs mains les papiers à remplir, pour inscrire à leur place leur numéro d'assuré ou leur nom, ou encore encercler l'information que la personne au guichet devait prendre en compte pour le règlement. Parfois, elle écrivait des messages à destination de la guichetière qui saurait alors quoi faire face à ces mères/parents un peu dépassés et perdus devant ce fonctionnement administratif. À l'image des guichetières étudiées par Yasmine Siblot (2005, 2010)¹⁴⁰, le travail d'aide apporté par les agents aux familles est courant dans des contextes où le français et l'écrit ne sont pas maîtrisés. Mais, tel que relevé par l'auteure, ces compétences ne sont pas reconnues, bien qu'elles soient requises pour assurer le bon déroulement des procédures en vigueur dans

¹³⁹ Entre 2013 et 2015, le cours du dirham a varié entre 11 et 10 centimes d'euros.

¹⁴⁰ Yasmine Siblot est maîtresse de conférences en sociologie à l'Université Paris-1. Elle est membre du Laboratoire Georges Friedmann (CNRS, Paris-1) et chercheuse associée au CSU (CNRS). Son travail se base sur des enquêtes ethnographiques menées dans des quartiers populaires en banlieue parisienne.

l'administration (postière ou hospitalière par exemple) ainsi que la mise en œuvre et la concrétisation du service proposé. Sans Aziza et son travail essentiel, sans son attention particulière aux mères/parents en difficultés (soit une part importante de la patientèle), certains d'entre eux n'auraient pas pu avoir accès au secrétariat et donc à un rendez-vous. Le souci de l'autre faisait partie des compétences qu'elle mobilisait à ce poste d'accueil et elle considérait que cela faisait partie de son travail : « c'est comme ça, il faut [...] c'est mon travail ». En pointant cela, Aziza confirmait que, dans les métiers de l'accueil, « le savoir-faire relationnel est souvent renvoyé au registre des qualités personnelles (écoute, patience, amabilité, etc.) » (Siblot, 2010, p.105). Toutefois, comme mis en valeur par Yasmine Siblot, ce « travail relationnel ne bénéficie que d'une faible reconnaissance professionnelle » (*Ibid.*, p.103) et demeure sous-estimé ou mal apprécié, bien que participant directement à ce que je nommerai les premières attentions de soins à l'égard des enfants et de leur famille. Le manque de reconnaissance de sa fonction par les autres membres de l'équipe, qui ne la saluaient que de loin d'un bref signe de tête, lui conférait ce statut de « petites mains » du *care* – travailleuse de l'écrit quasiment invisible et peu valorisée mais essentielle dans le parcours de soins.

Au fil des semaines passées près d'Aziza, j'ai donc découvert qu'elle n'était pas qu'une ressource pour moi : elle l'était aussi, et l'est certainement encore, pour les familles qui devaient, justement, s'ajuster au mode de contrôle et de fonctionnement du territoire de l'attente. Malgré une anticipation des fonctions de l'attente spécifiques au fonctionnement de l'hôpital, dont Aziza en tant qu'hôtesse d'accueil faisait partie, le vécu de la salle dépendait des personnes s'y trouvant, donnant lieu à des activités impensées. Aziza par sa qualité de présence paraît aux conséquences de ces impensés, à la mise en pratique des fonctions et procédures associées à l'attente. En tant qu'hôtesse d'accueil, comme le commentent Jérôme Denis et David Pontille (2012) au sujet des petites mains, mais aussi Aurélie Jeantet (2001) à propos des agents de guichets de poste¹⁴¹, Aziza possédait des savoir-faire et des compétences insoupçonnés, nullement inscrits sur les fiches techniques de la profession pour laquelle elle avait été recrutée. À titre comparatif et selon un article marocain datant d'avril 2018, les hôtesse d'accueil d'un autre hôpital situé à Tiznit ont, par

¹⁴¹ Aurélie Jeantet est sociologue, maître de conférences, Université Paris 3. Pour la recherche dans l'article mentionné, des entretiens biographiques auprès d'un centaine de postiers ainsi que des observations in situ et des observations participantes dans 8 bureaux de poste à Paris, en banlieue et dans des villes de province ont été conduits avec deux autres sociologues.

exemple, été recrutées en fonction de leur niveau de scolarité, de leurs compétences communicationnelles et des langues parlées¹⁴².

3.3.2.2. *Le travail des émotions des professionnelles de l'accueil*

Aziza ne portait pas d'uniforme d'« hôtesse » à proprement parler comme à Tiznit. À Al-Balkhi, le port de la blouse – blanche, quelle que soit la fonction –, était libre, chaque professionnelle choisissant si elle souhaitait en porter une et décidant de sa forme : manches longues ou courtes, boutons au milieu ou sur le côté, forme ample ou ajustée. Aziza avait choisi d'en mettre une à manches courtes, droite, boutons au milieu – la forme la plus simple. Le port de la blouse, « vêtement chargé de sens », notamment à l'hôpital, est comme une « enveloppe » marquant la transition entre « sphère privée et sphère publique » (Francequin, 2008). Dans la masse de personnes s'agglutinant parfois dans la salle d'attente, la blouse est aussi un moyen de distinction, un artefact rappelant la différence entre le professionnel et le public. En s'appropriant une partie de « l'armementarium »¹⁴³ biomédical, Aziza soulignait son appartenance au monde de l'hôpital (Pordié & Simon, 2013, p. 17), contrecarrant par ce geste le peu de reconnaissance dont jouit sa fonction au sein de son environnement de travail (tel que décrit précédemment).

Contrairement à d'autres professionnelles de la structure qui peuvent sourire, avoir l'air attristés ou encore acquiescer d'un signe de tête à l'écoute du récit de certains parents, Aziza restait souvent impassible et son visage n'était pas particulièrement accueillant ou sympathique. Aziza restait toujours très calme, sa voix et ses expressions faciales ne révélaient que peu d'émotions de mécontentement ou, à l'inverse, d'engouement. Je pense qu'il s'agissait d'un *masque* qu'elle revêtait ou non selon la présence des usagers ainsi qu'en fonction de leurs requêtes et de ce qu'elle estimait devoir accomplir pour eux (Hochschild, 1983a). Si les usagers pouvaient transmettre des signes pour témoigner de leur impatience, j'ai eu l'impression qu'Aziza cherchait justement à ne pas émettre de signaux, à contenir ses émotions dans un espace au sein duquel l'attente était toujours longue, et les manifestations de fatigue et de plaintes plus ou moins ouvertement affichées (Jeantet, 2001, p.67). Dévoiler

¹⁴² <https://fr.le360.ma/societe/video-premiere-des-hotesses-pour-accueillir-les-patients-a-tiznit-163768>

¹⁴³ Cela renvoie aux outils du médecin comme le stéthoscope ou la blouse.

sa propre lassitude, pourtant maintes fois partagée avec moi, aurait pu alimenter les doléances des parents, également nombreuses et révélatrices de leurs frustrations à attendre.

Dans son ouvrage sur la gestion des émotions en public, Arlie Hochschild s'intéresse à ce qu'elle nomme le « travail émotionnel », entre autres celui réalisé par des hôtesse de l'air (Hochschild, 1983a). À propos de ce travail, elle écrit : « This labor requires one to induce or suppress feeling in order to sustain the outward countenance that produces the proper state of mind in others » (*Ibid.*, p.6-7). Ce masque imaginaire aux effets toutefois tangibles correspond aux variations émotionnelles dont parle Arlie Hochschild et qui caractérisent le métier étudié : ainsi, bien que les expressions d'Aziza et des hôtesse observées par Arlie Hochschild soient différentes (l'une est austère, les autres sont souriantes), je dirais, reprenant la proposition d'analyse d'Arlie Hochschild, que toutes réalisent un travail sur les émotions avec pour objectif d'accomplir leur métier. En effet, dans ces deux métiers, « the emotional style [...] is part of the service itself » (*Ibid.*, p.5). Les émotions affichées par Aziza faisaient partie de sa manière d'élaborer son travail et de définir des stratégies pour l'accomplir d'une manière qu'elle estimait adéquate. D'ailleurs, comme examiné par Fraya Frehse et Dominique Vidal, son corps mais aussi l'agencement de l'espace de travail était un support spatial des relations sociales et du travail sur les émotions qu'elle réalisait (Frehse & Vidal, 2015)¹⁴⁴. Assise sur son grand tabouret pivotant, un quart de tour suffisait à mettre le masque : un quart à gauche vers l'entrée et la salle d'attente, elle devenait comme froide, placide. Sa réaction était une réponse aux *a priori* plusieurs fois entendus chez mes interlocutrices, à savoir que les « marocains ne savent pas se comporter »¹⁴⁵. Son attitude, volontairement stricte, visait à incarner l'autorité à-même de contenir les supposés débordements prêtés aux familles. Un quart de tour à droite, elle retrouvait son expressivité : face à moi et Asma, elle enchaînait d'ailleurs les sourires, les cris de frustrations, les désolations, les approbations ou au contraire les dénigrements de certaines situations exposées par les familles. Mais face aux parents, elle filtrait ses expressions : le stress, la

¹⁴⁴ Tel que précisé par les deux auteurs, sociologues, leur recherche de type ethnographique concerne : « d'un côté, de la pièce et du patio qui servent de salle d'attente dans un syndicat de travailleurs domestiques situé dans le quartier périphérique de Rio Comprido à Rio de Janeiro pendant plus de douze mois entre 2001 et 2005 (Dominique Vidal) et, d'un autre côté, d'une place publique du centre historique de São Paulo qui, les lundis et vendredis ouvrés du premier semestre de 2013, rassemblait une grande variété de femmes et d'hommes lesquels la nuit s'en allaient vers d'autres rues, places ou abris nocturnes pour dormir (Fraya Frehse). (*Ibid.*, §10)

¹⁴⁵ Ainsi parmi les stéréotypes souvent employés pour caractériser les familles reçues à Al-Balkhi figurait le fait qu'elles n'étaient pas à l'heure, qu'elles prenaient ou abîmaient les journaux ou les jeux dans la salle d'attente, ou encore qu'elles salissaient les toilettes.

détresse, l'inquiétude et la mauvaise humeur des dizaines de familles vues ne semblaient pas l'affecter.

Dans quelques rares cas, elle pouvait se révéler d'humeur moins tempérée. De temps en temps, il arrivait par exemple qu'un ou plusieurs médecins annulent les rendez-vous en raison de complication(s) dans le service adulte – puisqu'ils travaillaient dans les deux services, le diplôme universitaire de pédopsychiatrie ne les maintenant pas hors du service adulte. Aziza devait alors annoncer cette annulation, gérer les rendez-vous et, surtout, les réactions des parents. À titre d'exemple, un jour que j'étais présente, une des mères s'en était une fois prise personnellement à elle, se plaignant de la qualité du service, et du fait que « c'était toujours la même chose [...], que les médecins font ce qu'ils veulent [...] les parents patientent des heures, et eux annulent comme ils veulent ». Cette mère accusait Aziza de ne pas effectuer son travail, mais celle-ci n'avait nullement les moyens de répondre à sa demande : le médecin n'ayant pas encore son emploi du temps pour la semaine suivante, Aziza était incapable de reporter les rendez-vous et devait donc les annuler. Comme analysé par Aurélie Jeantet au sujet des plaintes adressées aux agents présents dans le bureau de poste, l'expression de mécontentements pouvait être comprise comme la possibilité « de s'en prendre à une personne physique » plutôt que de critiquer « un ensemble plus abstrait et plus éloigné » que serait le service public – ici hospitalier, ou là postal (2001, p.67). Dans le cas relaté ici, alors qu'Aziza avait noté le nom d'autres mères – celles qui avaient travaillé sur leurs émotions –, en pointant qu'elles étaient venues mais que leur rendez-vous avait été annulé, cette mère ouvertement mécontente était repartie sans que son nom figure sur cette liste : elle ne serait donc pas favorisée en cas de réorganisation des rendez-vous. Dans ce cas concret, j'ai pu observer le pouvoir dont disposait Aziza en termes de parcours de soins des familles – un pouvoir qui n'était pas reconnu ou demeurait invisible malgré ses impacts tangibles.

Le fait qu'Aziza contrevienne aux règles (ne pas donner un rendez-vous), pouvait également prendre d'autres formes et être favorable aux parents, donnant lieu à ce que Marie Cartier – s'intéressant aux facteurs (cité par Siblot sur les agents) – nomme « des relations de sociabilité » (Cartier in Siblot, 2010, p.107). En effet, Aziza pouvait, par exemple, accompagner quelqu'un à la caisse ou au kiosque afin de faire des photocopies et fournir les documents nécessaires à l'établissement d'une facture tenant compte de la condition d'assurée de la personne. Bien qu'elle ne soit pas censée quitter son poste d'accueil, le besoin

d'aide d'un parent pouvait la faire déroger à cette règle : dans ce cas, elle délaissait son poste pour un court moment et Asma était alors chargée de faire attendre les parents jusqu'à son retour. Cette impossibilité à quitter son poste est d'ailleurs un autre point mis en avant par Yasmine Siblot, rappelant l'absence de prise en compte de la pénibilité du travail, comme si le travail relationnel à l'œuvre était naturel. « C'est un temps contraint » auquel Aziza était soumise, la mettant en position de soumission, en miroir des personnes reçues. Contrairement aux autres professionnelles qui pouvaient s'extraire du rythme, prétexter une discussion avec des collègues pour souffler et prendre une pause, Aziza était seule et n'avait donc pas accès à ce type d'arrangement (Jeantet, 2001, p.65).

3.3.2.3. *La salle d'attente comme microcosme de la société*

En complément du travail sur les émotions et me référant au concept de « double corps », développé par Ernst Kantorowicz et repris par Vincent Dubois lors d'un entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot (2012)¹⁴⁶ pour l'analyse des compétences et pratiques des métiers relationnels, la posture d'Aziza signalait une compétence administrative décrite par Vincent Dubois comme « la capacité à alterner entre registre officiel de la règle et de la fonction institutionnelle, et engagement personnel qui, de la mobilisation des expériences personnelles aux petits arrangements avec la règle, peut fonder une forme de charisme bureaucratique » (*Ibid.*, p. 22). En effet, l'énergie et l'autorité d'Aziza, ce « charisme bureaucratique », les familles et moi les avions remarquées et avions appris à les apprivoiser, pour finalement savoir comment en bénéficier. Elle était une personne clé dans l'organisation du service et j'ai appris à recevoir son aide ainsi qu'à déceler les stratégies parentales pour favoriser un rapprochement avec elle.

Dans cette même analyse, Vincent Dubois ajoute que le sens pratique des usagers, entendu comme « savoir se débrouiller, se repérer, comment se comporter, etc. » (*Ibid.*, p. 20) diminue avec l'élévation sociale (notamment en termes de formation professionnelle).

¹⁴⁶ Cet article est le résultat d'un entretien de Vincent Dubois (professeur de science politique, Institut d'études politiques de Strasbourg, membre du Groupe de sociologie politique européenne), mené par Pierre-Yves Baudot (politiste et professeur de science politique à l'Université de Picardie-Jules-Verne et chercheur au CURAPP-ESS. Dans cet entretien, Vincent Dubois revient sur les principaux enjeux de l'analyse des relations bureaucratiques et plus précisément sur les types de ressources, savoir-faire et compétences qui y sont engagés.

Je n'ai pas d'information sur les parcours professionnel et biographique d'Aziza, je sais simplement qu'elle ne parlait pas un mot de français, qu'elle n'avait pas fait d'études au-delà de l'école obligatoire, qu'elle n'était pas mariée et vivait encore chez ses parents. Mais je fais l'hypothèse, au-delà des compétences et des savoir-faire d'Aziza et des parents, que leur proximité sociale contribuait à la dynamique de l'accueil décrite (contrastant avec celle de la secrétaire au premier étage dont je parlerai plus loin). À l'inverse du constat dressé par Yasmine Siblot au sujet des relations entre les agents et le public, les propos d'Aziza comportaient rarement « des marques de mépris social » (Siblot, 2010, p.106) - caractéristique relationnelle qui renforce mon hypothèse de la proximité sociale existant entre elle et le public. De la même manière, je pense que les signes d'exaspération dont elle était la cible étaient d'autant plus virulents à son égard que la distance sociale et le respect des autres fonctions au sein de l'hôpital, notamment envers les médecins, étaient manifestes. Capable de comprendre les demandes et de recevoir les doléances, elle était une facilitatrice à même d'orchestrer et « d'adapter les services » aux populations défavorisées. Prise dans le brouhaha de la salle d'attente où la télévision, les bavardages et les cris d'enfants s'amassaient et se mêlaient, elle opérait ouvertement, non sans une apparente rudesse ou langueur.

Il pouvait donc s'avérer utile d'avoir construit des liens avec Aziza ou Asma dans cette salle d'attente « où l'attente incertaine est une caractéristique de la vie des usagers à l'hôpital » (Tantchou, 2018, p.5). Ces connaissances étaient comme des points d'ancrage, ils permettaient de prendre position dans l'espace, d'y trouver un point d'accroche susceptible de témoigner d'une venue précédente. Les liens tissés avec Aziza, en plus de l'aide immédiate et tangible qu'ils conféraient, étaient aussi la source éventuelle d'une attention qui, sur le long terme, pouvait être favorable – c'est du moins ainsi qu'elle était envisagée par certains parents. En effet, les relations sont une manière de rompre avec l'invisibilité distinctive de ce lieu où la grande affluence de personnes, combinée à la fugacité des rencontres, génère la transparence ou « l'anonymat » (Jaffré, 1999; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Kane, 2015). À la longue, j'ai appris à repérer ces parents qui ont su créer ces formes d'attaches, s'accommodant une place à part dans ce lieu où se mêlaient « domination institutionnelle et (de) familiarité » (Siblot, 2010, p.109). Jean-Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré, dans l'article précité, rapportent comment certaines « “filles de salle”, gardiens et manœuvres [travaillent] gratuitement, avec l'espoir d'un jour pouvoir être embauché » (*Ibid.*, p.45). À l'instar de l'image des manœuvres ou des gardiens qui

s'incrument et progressent dans l'espace hospitalier, les stratégies maternelles permettent aux mères « d'acquérir l'apparence » du statut de connaissance et de privilégié – à moins qu'elles ne révèlent « le sens pratique » dont parle Vincent Dubois (Dubois & Baudot, 2012) à propos des usagers dans les administrations publiques, traduisant un savoir-faire acquis au contact de ces services.

Initialement, j'avais d'ailleurs pensé que les parents connaissaient Aziza ou Asma en dehors de l'hôpital, par des liens de parenté ou de voisinage – je songe notamment à Jahida, la mère de Mufida (11 ans) qui prenait chaque fois le temps de discuter avec Aziza en attendant le rendez-vous avec la Dre Majd. Mais en fait, ces relations, de nature amicale et familière, s'étaient construites *autour* du comptoir de l'accueil où les parents, et notamment les mères, avaient appris à « se débrouiller, se repérer et se comporter » (Dubois & Baudot, 2012, p.20). Le comptoir était important, car il était « le support spatial des relations sociales » (Frehse & Vidal, 2015) : la prise de position dans l'espace situé devant le comptoir était révélatrice des liens tissés avec cette figure de l'accueil du service et de leur « installation » au sens propre et figuré (Paugam in Dubois & Baudot, 2012, p.20). Le comptoir était relativement long (environ deux mètres), ce qui permettait à plusieurs mères de s'aligner sur toute sa longueur. Puisque, comme je l'ai expliqué, la politique de prise de rendez-vous reposait sur le principe du « premier arrivé premier reçu », certaines mères n'hésitaient pas à jouer du coude pour parvenir à se poster parmi les premières devant le comptoir face à Aziza. Mais, de la même manière qu'elle veillait aux entrées et aux sorties et à l'accès au secrétariat, Aziza surveillait le placement de chacune, limitant l'éventuelle bousculade. Dans ce travail de positionnement, elle était très stricte, exerçant l'« autorité institutionnelle » que sa fonction lui conférait (Siblot, 2010, p.102). Personne – tant que des liens plus étroits n'avaient pas été noués – ne pouvait se glisser sur *le côté* du comptoir, cet espace vide – ou occupé par les privilégiées – depuis lequel certaines mères espéraient pouvoir attirer plus facilement l'attention d'Aziza et faire ainsi figurer le nom de leur enfant sur le haut de la liste des rendez-vous du jour. S'appuyant sur l'étude des rituels de l'interaction menée par Erving Goffman (1967), Paulo Cesar Da Costa Gomes et Alain Musset affirment qu'en suivant l'ordre de l'attente, « l'espace est alors affecté par une recomposition des comportements (espace vécu) et des significations (espace perçu) » (2015, §19). Le jeu autour du comptoir et les stratégies adoptées par les mères montrent effectivement qu'au sein du dispositif de contrôle que la salle d'attente abritait, et qui visait

à cadrer les parents, les enfants, et à attribuer une place, régnait certes un ordre, mais que cet ordre était pratiqué et donc transformé par les personnes l'habitant.

3.3.2.4. *Pour les familles, d'une attente à une autre*

Chaque matin, après avoir discuté un moment avec Aziza et Asma, je montais à l'étage où se trouvaient le secrétariat, les bureaux de consultation des médecins et de quelques soignantes, une salle de réunion et la *deuxième salle d'attente* qui, avant 9 h 00, était rarement occupée. Aziza veillait à ce que les familles ne montent pas à l'étage trop tôt, laissant cette zone calme et propre le plus longtemps possible. Ce n'est qu'au fur et à mesure de la matinée qu'enfants et adultes peuplaient ce territoire. Les adultes étaient assis sur les chaises en plastique bleu et les enfants à leurs côtés ou déambulant autour des deux grandes ouvertures grillagées donnant sur le rez-de-chaussée. Ces grilles, qui empêchaient les plus turbulents de passer au-dessus de la rambarde, s'ouvraient comme deux grands yeux au milieu de l'étage, une barre métallique soulignant leur forme rectangulaire. L'un était au-dessus de l'accueil et de la salle d'attente, et l'autre au-dessus de l'hôpital de jour. Au milieu de ces deux grands yeux d'acier se trouvait un passage pour se rendre de la cage d'escalier du rez-de-chaussée au secrétariat de l'étage. Axe névralgique pour la circulation des occupants et passants de ce bâtiment, ces deux yeux étaient mes points d'observation préférés. Dans cet autre territoire de l'attente, « le temps pèse lourd » et sa marque se voit sur les corps (Jeantet, 2001, p.65), l'attente devenant intenable pour ces passages d'attente en attente : j'ai ainsi très fréquemment observé les parents et les enfants, leur attention (les têtes qui se tournent dans tous les sens), leur espoir et leur compréhension (les sourires), leur impatience et leur agacement (les pieds qui tapotaient, les jambes qui bougent, les montres et les portables vérifiés, les sourcils froncés), leur fatigue (l'avachissement sur les chaises, ou la position assise favorisée, les pleurs)... L'ensemble de ces affects se manifestaient directement à l'égard des professionnelles traversant l'espace d'attente, mais parents et enfants s'en tenaient aux signes physiques et ne s'adressaient pas directement à elles – un mode de relation très différent de celui qui prévalait avec Aziza. Parents et enfants guettaient les bruits de portes, les entrées et les sorties, les allées et venues au rez-de-chaussée. Parfois, les parents envoyaient les enfants en repérage, ou ces derniers s'engageaient eux-mêmes dans cette mission, preuve d'une impatience grandissante. Tel que commenté par Aurélie

Jeantet au regard des comportements d'impatience des clients de la poste à destination des guichetiers, « ces signes sont suffisamment codés pour ne laisser aucun doute quant à leur sens, surtout lorsqu'ils sont émis dans une file d'attente » (*Ibid.*, p.67) – ou, dans notre cas, dans une salle d'attente : ces images qu'ils produisent d'eux-mêmes visent à signaler, à rappeler à ceux qui doivent prendre soin d'eux qu'ils sont là, qu'ils attendent depuis plus ou moins longtemps, trop longtemps à leur goût (*Ibid.*) Ainsi, Adiba, la mère de Faraj (13 ans), avait l'habitude de regarder fréquemment sa montre et, souvent, de rester debout à déambuler dans le couloir. Plus ou moins fondue au milieu d'eux, mon carnet de notes en main, j'ai observé ce ballet, parfois moi-même prise à partie par certains parents qui ont pu espérer mon intervention en leur faveur ou l'obtention d'une information.

3.4. Les prises de rendez-vous

Auprès d'Aziza, dans la première salle d'attente, les parents attendaient d'être reçus par Chadia, l'infirmière psychiatrique en charge du secrétariat et de la prise de rendez-vous avec les médecins, laquelle dépendait de son expertise médicale. En effet, dans la partie suivante, je rends compte du fait que selon les profils de patients, le délai écoulé entre la rencontre avec Chadia et la première consultation variait selon la gravité des cas précisément évaluée par Chadia. Selon les profils, les procédures de prise en charge variaient, entre autres, en termes de temporalité (délai d'attente pour un rendez-vous) et de coordination au sein de l'équipe soignante. En contact téléphonique presque permanent sur une ligne interne, Aziza et Chadia organisaient, coordonnaient et orchestraient les rendez-vous, l'une au rez-de-chaussée, l'autre à l'étage. Aziza notait le nom des enfants dans l'ordre d'arrivée et les transmettait à Chadia qui prenait les rendez-vous pour les médecins, ou les communiquait aux soignantes qui planifiaient eux-mêmes leurs rendez-vous. De mes observations, trois types de profils de rendez-vous se sont distingués : les demandes de rendez-vous ordinaires, les possibilités de passe-droits et les urgences.

3.4.1. Les demandes de rendez-vous ordinaires

Vers 9 h 00-9 h 30 avaient lieu les premières transmissions entre Aziza et Chadia. Aziza appelait les familles dans l'ordre d'arrivée qu'elle avait pris soin de noter et leur indiquait

de monter à l'étage pour rencontrer la secrétaire. De son côté, Chadia s'affairait à ses occupations : organiser les rendez-vous pour les médecins, préparer les dossiers existants des patients et créer ceux des nouveaux. Les différents agendas des médecins présents pour la journée étaient ouverts devant elle. Les médecins arrivaient généralement vers dix heures, une fois leur garde de nuit dans le service adulte achevée et la liaison avec les équipes de jour effectuée. Parfois, lorsque la nuit avait été compliquée ou chargée, ils venaient plus tard, laissant place, tel que rapporté un peu plus haut, à un agacement à peine dissimulé chez les parents et à un énervement plus ou moins contenu chez les enfants qui attendaient pour certains depuis 8 h 30.

Méthodique, calme et discrète, Chadia avait en tête les emplois du temps des médecins – environ cinq par jour – et connaissait un grand nombre de familles. Jusqu'en 2015, elle était seule pour assurer le secrétariat. Comme Aziza, elle était plus proche de certaines familles que d'autres et avait choisi de développer, plus ou moins sciemment, certaines sociabilités (Siblot, 2010). Lorsque peu de collègues étaient présents, elle pouvait se lever pour saluer certaines personnes et les embrasser. Face à ces familles et à ces enfants, elle affichait un grand sourire, demandant des nouvelles de l'avancement du traitement et de la stabilisation des problèmes. Elle pouvait se montrer relativement câline avec certains enfants, presque comme le serait une tante ; ce type d'attitude était rare dans le service – suffisamment rare pour que je pense, au départ, que Chadia connaissait personnellement ces enfants et leurs parents. Avec ces familles, elle pouvait être arrangeante, par exemple en définissant l'heure du prochain rendez-vous en fonction de ce qui convenait à la mère et/ou à l'enfant, notamment par rapport aux cours qui devraient être manqués pour assister à la consultation. Ce fut notamment le cas avec Assia qui elle-même n'a pas manqué de citer Chadia comme une des personnes qui l'avait le plus aidée à Al-Balkhi. Pour les familles qui ne recevaient pas de faveurs particulières, les salutations étaient plus formelles, quasi nonchalantes. La voix basse de Chadia et l'ambiance feutrée de son bureau contrastaient avec le bruit et la simplicité du rez-de-chaussée. Ses attitudes, les modalités d'accueil qu'elle mettait en place divergeaient de celles d'Aziza, car le relationnel et la familiarité qui pouvaient s'y glisser étaient moins prégnants. Cette différence d'attitude envers le public rejoint celle pointée par Yasmine Siblot entre guichetières et assistantes sociales, la socialisation professionnelle des premières étant moins « formalisée, [laissant] une large place aux dispositions personnelles » (*Ibid.*, p.103). Le travail d'attention clinique requis pour conduire l'évaluation et le tri des cas impliquait de la part de Chadia une concentration plus soutenue et elle avait,

contrairement à Aziza, reçu une formation professionnelle spécifique¹⁴⁷. Son parcours biographique et son inscription sociale étaient également différents : Chadia était mariée, elle avait eu un enfant fin 2014 et elle parlait français (sa formation s'était d'ailleurs déroulée dans cette langue) – même si elle n'aimait pas l'utiliser avec moi, et encore moins devant ses autres collègues, comme intimidée et craintive quant au fait de dévoiler ce qu'elle considérait telles de modestes compétences linguistiques.

La porte du bureau de Chadia était toujours ouverte : assise à son office, elle avait une vue directe sur la montée des escaliers et toute personne les empruntant. À part aux alentours de 9 h 00 où ses collègues venaient la saluer et s'informer des médecins présents, seules les familles rentraient généralement dans son bureau – parfois à plusieurs, obligeant Chadia à réguler les mouvements pour assurer un minimum de confidentialité aux familles avec lesquelles elle s'entretenait. Les autres passages (ceux des médecins ou de Mme Fathna, l'infirmière-chef) étaient souvent furtifs et calmes ; rares étaient les moments de discussions non professionnelles, du moins en 2014 : en 2015, l'arrivée d'une nouvelle secrétaire avait en effet modifié l'ambiance de ce bureau et les comportements de ses occupantes aussi bien que des autres professionnelles de passage qui, désormais, s'y attardaient – éléments qui m'incitent à rejoindre de nouveau les propos de Siblot qui affirme que « les attitudes des agents résultent à la fois de leurs conditions de travail et de leurs trajectoires sociales et professionnelles » (*Ibid.* p. 103). Ainsi, le secrétariat était devenu en 2015 un endroit dans lequel je pouvais socialiser avec l'équipe du bureau, y apprenant des éléments aussi variés que des conseils sur les produits de beauté marocains à acheter, des recettes de cuisine mais aussi quelques détails sur les relations, plus ou moins bonnes, entre certains membres de l'équipe. Les discussions de couloirs informelles se tenaient dorénavant dans le bureau du secrétariat dans lequel j'avais certes un droit d'entrée, mais par ailleurs une place assise qui, au fil des mois, avait été étiquetée comme mienne. Les informations diverses collectées dans ce bureau m'ont en quelque sorte servi de baromètre afin d'apprécier les types de relations nouées avec les personnes du terrain, précieux indicateurs de l'ouverture et de l'immersion dont je pouvais me prévaloir au fil des mois et des années (Olivier de Sardan, 2009).

¹⁴⁷ Au Maroc, la formation d'infirmière en psychiatrie est encore en vigueur (contrairement à la France notamment qui l'a supprimée).

Alors que le comptoir de l'accueil où travaillait Aziza était complètement vide, le bureau de Chadia était chargé, ce qui rejoint le constat de Siblot au sujet des places attitrées aux guichetières : la position subalterne occupée par Aziza était matérialisée par l'absence de fournitures de bureau et la marge d'appropriation restreinte, via la personnalisation de l'espace, dont elle disposait (Siblot, 2010, p.104). La personnalisation du bureau de Chadia, au contraire, marquait l'importance de sa fonction et la reconnaissance dont elle bénéficiait. Son espace de travail comportait de nombreux signes matériels attestant du prestige de son rôle : deux écrans d'ordinateur y occupaient une large place, même si elle ne se servait d'aucun d'entre eux en réalité, la plupart des activités de secrétariat étant faites à la main ; le clavier, dont la présence me laissait perplexe tant son utilité était quasi nulle, occupait également une place certaine sur l'espace de travail. S'y trouvaient aussi les agendas des médecins, et une pile de dossiers vierges que Chadia s'empressait de saisir et de remplir pour chaque nouveau cas se présentant à elle. Enfin, au milieu de tout cela, une place était réservée aux dossiers des patients ayant déjà consulté. Les médecins collectaient ces dossiers, avec leur agenda, lorsqu'ils commençaient leur service. Quelques fournitures de bureau (pot à crayons, porte-documents, règles, etc.) finissaient de remplir cet espace saturé d'objets.

C'est donc dans ce bureau que Chadia recevait les parents et complétait le « dossier patient ». La littérature sur les dossiers médicaux est relativement développée, notamment en raison des réflexions suscitées par leur informatisation (Grady, 2012; Mayère et al., 2012; Willemin, 2018). Ce processus de « modernisation » a en particulier conduit à une mise en valeur du travail invisible participant à sa production (Mayère et al., 2012, p.116). Dans le service marocain étudié, l'informatisation du dossier patient ne s'étant pas encore produite – elle était prévue depuis 2015, mais non complétée en 2017 –, j'ai pu prendre la pleine mesure du travail d'« écritures, lectures et mises en configuration plurielles » que le dossier patient requérait¹⁴⁸ (*Ibid.*, p.116) : ce document un peu plus grand qu'un format A4 était constitué de quatre pages blanches cartonnées. À l'image du dossier patient français dont le format, nous dit Bernard Willemin (2018), n'a quasiment pas évolué depuis des siècles, le dossier utilisé à Al-Balkhi comportait trois fonctions : la première était administrative et permettait d'identifier le patient et ses parents tout en fournissant des renseignements

¹⁴⁸ Dans leur article, Anne Mayère et ses coauteurs étudient la façon dont l'informatisation des dossiers de soins vient renouveler les règles d'écriture et les principes d'autorités relatifs aux dossiers des patients. Le terrain est constitué d'un établissement de santé, actif dans le processus d'informatisation depuis 2004, et dans lequel ont été conduits des entretiens, des observations et des consultations de documents clés aux cahiers des charges des infirmiers et infirmières étudiés.

sociaux et économiques (profession, assurance maladie); la seconde dimension était financière et s'appuyait sur le travail réalisé par Aziza afin que les parents puissent attester de leur statut d'assuré et du paiement (ou de sa dispense) de la consultation; la troisième était médicale et occupait deux espaces distincts : le premier situé sur la première page était complété par Chadia, et le second, à l'intérieur, était réservé aux médecins. La partie dont Chadia avait la charge comprenait des données relatives au motif de consultation, c'est-à-dire les raisons exposées par les parents justifiant leur venue ainsi que le référent éventuel (pédiatre, médecin généraliste ou de quartier, instituteur) leur ayant recommandé de consulter. Comme le notent Anne Mayère et ses co-auteurs, « il convient de relever combien le terme de “données” supporte une absence de réflexion, de même que le terme de “saisir” qui renvoie à une manipulation » (Mayère et al., 2012, p. 120). Or, le travail de Chadia, qui pouvait s'apparenter à une simple saisie de données que les parents partageaient, constituait en fait une première évaluation psychiatrique. Son travail avait une double fonction : celle d'organiser les prises de rendez-vous en fonction de la nature des problèmes rencontrés par les familles et les conséquences dans leur vie quotidienne, et celle de fournir une première évaluation médicale, les médecins s'en servant comme une entrée en matière et une première indication des motifs et raisons de la consultation planifiée avec les parents et leurs enfants.

Chadia appréciait l'état des patients, sur la base des motivations énoncées par les parents. Les questions étaient relativement brutes : « Pourquoi venez-vous consulter ? » ; « Quel est le problème ? » ; « Qu'est-ce qui ne va pas ? ». Les voix des parents, souvent basses, essayaient malgré la distance certaine de la salle d'attente et des autres familles de garder confidentiel ce qu'ils étaient en train d'évoquer. Certains parents étaient plus ou moins loquaces, d'autres plus ou moins gênés ; certaines mères pleuraient : « La maitresse dit qu'il a des problèmes de concentration » ; « Il est hyperactif » ; « On a des problèmes à la maison, à l'école ça va mais à la maison elle n'écoute pas » ; « Elle ne veut pas aller à l'école ». D'autres racontaient des événements spécifiques, un accident domestique, une bagarre, des crises de larmes¹⁴⁹. Souvent, Chadia tentait d'inclure l'enfant en lui posant directement quelques questions. Elle cherchait à obtenir de sa part son prénom, son âge et sa classe. Les attitudes des enfants, à l'image des parents, étaient variées : certains répondaient facilement

¹⁴⁹ Pour des raisons de conformité avec l'éthique telle que définie par le CERB, je n'avais pas le droit d'enregistrer ces premières conversations, les enfants et les parents n'ayant pas encore donné leur aval pour participer à ma recherche. Soit je comprenais ce que les parents et les enfants disaient, soit Chadia m'expliquait ce que les familles avaient dit.

à Chadia, coupant même la parole aux parents pour donner leur adresse et autres détails administratifs, récitant fièrement le numéro de téléphone du père ou de la mère ; d'autres ne décrochaient pas un mot ; certains pleuraient, d'autres couraient entre le bureau et la salle d'attente, n'autorisant que des bribes de phrases aux parents qui tentaient de les retenir tant bien que mal. Très souvent, il incombait aux parents d'expliquer pourquoi ils étaient venus. En fonction des raisons exposées et de l'évaluation que Chadia en faisait, elle répartissait les rendez-vous selon les emplois du temps des médecins. Les disponibilités, et non d'éventuelles compétences, spécialisations ou encore préférences, entraient en compte dans ce travail d'attribution. Selon son verdict, certains enfants étaient reçus le jour même (ce fut le cas de Faraj (13 ans) ou de Mufida (11 ans) par exemple), d'autres attendaient un mois ou plus (comme Amar (7 ans), Adil (8 ans) ou Rezik (10 ans)). Les idées suicidaires, les situations de violence envers les personnes de la famille, à l'école ou sur la voie publique, les manifestations somatiques telles que la perte de poids, l'absence de sommeil, l'enfermement au domicile étaient autant de raisons qui pressaient Chadia à fixer un rendez-vous dans les jours suivants. Assise dans un coin du bureau de Chadia, j'observais, je prenais note de ses manières de travailler et je consultais les dossiers patients qu'elle remplissait. Chadia, au même titre qu'Aziza, était une ressource pour moi. En étudiant les différents rendez-vous du jour et les agendas des médecins afin de déterminer le ou lequel(s) j'accompagnerais, je notais le nom des patients et vérifiais si j'en connaissais déjà certains.

Le travail de Chadia avait également une (légère) incidence sur le début de la consultation, les médecins pouvant en effet décider soit de rebondir sur le motif de consultation noté par l'infirmière psychiatrique, soit de commencer l'entretien avec une question plus ouverte. Ce choix dépendait du médecin et de sa méthode d'approche des familles, du référent qu'il avait été conseillé de consulter mais aussi du temps à disposition et du nombre de patients à voir dans la matinée. En effet, au fur et à mesure de l'avancée dans la journée, le temps se restreignait et les premières évaluations conduites par Chadia étaient une ressource pour les médecins. J'ai découvert cette attention au travail d'écriture et d'analyse de Chadia pendant mes observations auprès des médecins qui me communiquaient le motif de consultation en attendant l'entrée du patient et de sa famille. Formellement ou officieusement, aucune transmission orale n'avait lieu entre Chadia et les médecins au regard des premières données que l'infirmière psychiatrique avait écrites, reléguant dans l'ombre, parmi les postes de l'invisible, le travail exercé par Chadia.

Les dossiers étaient nombreux. En quelques années d'existence, le service avait accumulé des centaines de patients et donc de dossiers. Comme Chadia l'avait fait remarquer, les locaux n'étaient pas assez grands pour faire face à l'affluence des familles. Parmi les difficultés logistiques relatives à la problématique de l'espace figuraient le rangement des dossiers patients : ils étaient dispatchés par ordre alphabétique, selon les noms de famille des enfants, dans plusieurs grandes armoires métalliques réparties dans les quatre bureaux de consultations des médecins situés à l'étage. Chaque matin, Chadia allait de bureau en bureau pour collecter les dossiers qu'elle plaçait en dessous de chaque agenda des médecins officiant pour la journée. Cette collecte des dossiers, bricolée et artisanale, combinée à un travail d'écoute tenu dans un bureau ouvert, contribuait à masquer la valeur analytique et le processus réflexif déployé par Chadia, et à visibiliser l'activité manuelle dont elle avait la charge (Denis & Pontille, 2012).

Bien que le statut social de l'infirmière psychiatrique fût supérieur à celui de l'hôtesse d'accueil dans l'organisation du travail, la réalité quotidienne de l'exercice de sa profession était encore empreinte de la non-reconnaissance de ses compétences spécifiques (Denis & Pontille, 2012; Mayère et al., 2012). Il existait un décalage entre sa formation en psychiatrie et la teneur de son travail. À l'image d'Aziza et de son travail d'écriture, auquel s'ajoutait, pour Chadia, une activité de traduction de signes et d'inscription de données officielles, l'infirmière n'était pas incluse dans les activités de soins – elle ne participait pas, par exemple, aux réunions de l'hôpital de jour à laquelle les autres corps de métiers participaient. En ce sens, elle comptait également parmi les « petites mains » du *care*. Cependant, sa fonction avait quelque chose d'officiel puisqu'une fois le dossier patient créé, le changement de statut était formel : alors que jusqu'à présent le nom des parents n'était inscrit que sur les petits papiers – ceux insignifiants et informels produits par Aziza –, le dossier patient rempli par l'infirmière psychiatrique transformait les parents en *parents du patient untel*. Le travail de Chadia avait donc quelques aspects visibles, notamment par les traces matérielles, les artefacts graphiques qu'il engendrait (Hull in Tantchou, 2018, p. 1).

3.4.2. Les possibilités de passe-droits

Dans quelques rares cas, la course matinale contre la montre, le poids du circuit administratif et les longues semaines d'attente–pour un rendez-vous n'avaient pas lieu :

certaines familles n'avaient pas à jouer du coude au comptoir, leur réseau étant déjà opérant avant l'arrivée à Al-Balkhi. Leurs stratégies pour obtenir un rendez-vous pour leur enfant ne se déroulaient pas à l'hôpital : elles savaient d'ores et déjà qui contacter en y pénétrant et elles ne passaient pas par Aziza. Je ne peux que *faire l'hypothèse* de ces éléments à propos des cas exceptionnels car je n'ai pu observer qu'à distance les démarches associées à ce type de rendez-vous. En effet, si ces derniers différaient des cas ordinaires, un des principaux points de divergence était l'aspect camouflé de leur organisation. Ces rendez-vous, qui prenaient un air de négociation secrète, s'arrangeaient directement avec l'infirmière-chef ou le chef de service – ce qui n'empêche pas que, par la suite, j'aie pu suivre par exemple la thérapie d'un jeune garçon, Walid, dont le suivi avait été ainsi négocié en coulisse. Comme dans d'autres contextes où les services sont en sous-effectif et les moyens rudimentaires, des privilèges issus de stratégies personnelles voient le jour (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Kane, 2015). L'objectif de mon propos est « de comprendre, non de se gausser » (Jaffré, 1999) et de rendre compte d'aspects que je commenterai plus en détail dans les chapitres 4 et 6, à savoir que les parcours biographiques des parents influencent les parcours de soins des enfants. Cette réalité des conditions d'accès et de prises en charge commence dès l'entrée dans l'enceinte de l'hôpital, avec des modalités de prises de rendez-vous qui ne sont pas les mêmes pour toutes les familles.

J'ai repéré l'existence de ces passe-droits lorsque, en premier lieu, j'ai aperçu des mères dont les silhouettes et les comportements contrastaient avec ceux des autres femmes. Je songe en particulier à une mère, dont je n'ai pas suivi le travail mené avec son enfant, pour laquelle je me suis demandé qui elle était et ce qu'elle faisait dans le sas du bâtiment pour les enfants : elle ne s'était pas avancée jusqu'au comptoir pour faire noter son nom et elle patientait dans le sas, téléphone portable à la main, donnant l'impression d'attendre ou de guetter quelqu'un. De temps en temps, elle franchissait le sas, jetait un regard vers l'intérieur du bâtiment, prenant soin d'éviter le comptoir. En choisissant de ne pas se mêler aux autres parents, elle évitait d'engager une quelconque forme de communication et restait distante du jeu de signes engagé par plusieurs parents pour nourrir une certaine forme de solidarité entre eux (Jeantet, 2001, p.67).

La première fois que je l'ai vue, elle était seule, ce qui n'est pas totalement inédit – certains parents préférant d'abord venir seuls avant de se présenter avec leur enfant. Ma surprise face à cette mère révélait, d'une part, la certaine homogénéité physique et corporelle

existant parmi les femmes de la patientèle, et d'autre part, mon habitude à celle-ci après plusieurs mois passés à Al-Balkhi. Étonnée par cette présence, je n'ai pas pensé à noter en détail son apparence. Pour autant, je me souviens de son attitude en retrait ainsi que des vêtements de type européen qu'elle portait – un pantalon à pince assez près du corps ajusté à la taille qui était elle-même visible, un chemisier et une veste de type blaser ; elle avait des lunettes de soleil, un sac à main en cuir sur l'épaule et des chaussures à talons. Son style détonait de celui des autres femmes qui, pour la plupart, étaient en djellaba ou en gandoura, quelquefois en pantalon de coton ou en jeans larges, et portaient des ballerines ou des chaussures plates, sorte de fusion entre des sabots et des chaussons.

J'ai appris au fil des mois passés au Maroc à reconnaître les vêtements que les personnes portaient ainsi qu'à y lire leurs appartenances sociales et à décrypter grossièrement quelques-unes de leurs habitudes de vie (Barthes, 1957; Delaporte, 1981). Certains vêtements, comme les gandouras par exemple, étaient particulièrement repérables car elles n'étaient vendues que par les marchands ambulants dans la médina. Chaque été, un nouveau modèle porté par les femmes et les fillettes inondait ce quartier populaire et vivant moi-même dans cette partie de la ville, je savais où les trouver. Je fus surprise d'apprendre – lors de l'une de ces discussions informelles tenues dans le bureau du secrétariat – que certaines professionnelles de l'hôpital avaient remarqué que plusieurs femmes portaient la même gandoura et que toutes se demandaient où elles l'avaient trouvée. J'ai alors su qu'elles ne venaient jamais en médina, quartier dit populaire où le mode de consommation ne correspondait pas aux pratiques des classes moyennes émergentes dont elles faisaient (ou souhaitaient faire) partie. Elles préféraient les boutiques franchisées des nouveaux quartiers, déplorant le manque d'hygiène de la médina et la mauvaise qualité de ce qui s'y vendait. Cette anecdote vestimentaire rappelle un autre point mentionné par Jean-Pierre Olivier de Sardan (Olivier de Sardan, 1995) à propos du « terrain » : ce n'est effectivement pas « que sur le terrain », lieu d'entretiens et d'observations formels, que l'anthropologue construit des connaissances utiles à l'analyse et à la compréhension de son objet de recherche. Ses relations et ses possibilités de construire une familiarité avec le lieu d'accueil (ici cette ville du Maroc) lui donnent accès à d'autres niveaux, en termes de couches d'interprétation (Kane, 2015, p.47-48). Mon attention aux vêtements et aux accessoires des parents, et tout spécialement à ceux des mères, m'avait ainsi permis de rendre visibles ces consultations obtenues par des sortes de passe-droits négociés dans les bureaux fermés de l'hôpital ou en amont de l'arrivée à Al-Balkhi.

Si leurs connaissances leur permettaient d'échapper à des heures d'attentes, j'ai néanmoins constaté que l'adversité de l'environnement hospitalier n'était pas réservée aux classes sociales les plus démunies (Jaffré, 1999; Kane, 2015). En effet, à propos « des populations les moins favorisées en termes de capital économique, social, et qui plus est, enclavées géographiquement », Hélène Kane note que « l'offre médicale des structures hospitalières [...] leur apparaît *distante, étrangère, arrogante* » (je souligne) (*Ibid.*, p.345). Le même constat peut être dressé au sujet des familles avec passe-droits. Elles semblaient en effet avoir également besoin d'accompagnateurs susceptibles de les aider dans les démarches à entreprendre pour mener leur enfant en consultation et de tempérer les effets de « distance, d'étrangeté et d'arrogance » qui pouvaient émerger dans l'espace de l'attente. La mère d'un garçon de huit ans, suivi pour bégaiement, par exemple, connaissait l'une des infirmières travaillant à l'hôpital de jour. Celle-ci était donc venue l'accueillir avant de la confier à Mme Fathna qui allait la guider jusqu'à Chadia au secrétariat. Chadia l'avait ensuite reconduite au rez-de-chaussée pour rencontrer l'orthophoniste avec qui son fils, qui n'était pas présent pour la prise de rendez-vous, allait travailler. La mère suivait chacune des personnes aux mains desquelles elle avait été confiée, perturbant contre son gré l'organisation du travail (*Ibid.*, p.348). Les manières de se déplacer de cette mère n'indiquaient pas une assurance spécifique, ni même une maîtrise du lieu et de ses codes. Dans l'environnement d'Al-Balkhi, elle ne disposait pas de ce « sens pratique de l'administration » qui lui aurait permis de « se débrouiller, se repérer » (Dubois, 2012 #1235).

La distance sociale entre les mères de classes sociales plus favorisées et les membres de l'équipe privait celles-ci de la familiarité de l'accueil d'Aziza ou de Chadia qui, dans un tel contexte, pouvait s'avérer être une forme de réconfort et de soutien comme je l'ai souligné précédemment. Le sentiment d'étrangeté suscité par ces lieux me semblait également être commun à toutes les familles qui n'avaient jamais fréquenté un hôpital psychiatrique : certaines mères et certains enfants le pointaient lors des entretiens, citant notamment des bruits, des comportements de certains enfants ainsi que de la tristesse et de l'inquiétude visibles sur les visages. Enfin, s'agissant de l'apparente arrogance de certaines professionnelles, elle prenait effectivement la forme de remarques faites de mépris social, comme l'a commenté par Hélène Kane : j'ai été témoin de propos de quelques membres de l'équipe (ceux notamment socialement éloignés de cette population fortement dotée en capital social, économique et culturel), qui trouvaient ces mères hautaines et ne

comprenaient pas pourquoi elles souhaitaient faire régner autant de mystère autour de la prise en charge de leur enfant.

De l'exceptionnalité de cette population et de ses privilèges, je retiens deux choses. Premièrement, elles sont une modalité d'entrée unique avec des effets distinctifs sur les suivis des enfants et elles favorisent une coordination entre certains membres de l'équipe afin de préserver l'assurance des privilèges dus à leur réseau – ce qui, comme je le montrerai dans la suite de ce chapitre, est exceptionnel au regard des difficultés de concertation entre les professionnelles afin d'orchestrer des prises en charge collectives. Deuxièmement, elles mettent en relief la régularité et la conformité des autres prises en charge, caractérisées par l'anonymat des familles – mais dont les parents œuvrent à sortir. Néanmoins, je note que ces parents se rejoignent sur deux points : les comportements des enfants sont des sources d'inquiétude pour leurs parents, qui essaient de trouver des moyens pour remédier à ce qui est devenu difficile à vivre.

3.4.3. Les urgences

Un dernier type de prise de rendez-vous peut être distingué. Comme les passe-droits, il était exceptionnel, mais pour des raisons différentes de celles mentionnées ci-dessus : cette dernière modalité singulière de prise en charge ne découlait pas tant des conditions socio-économiques des familles que des données cliniques. Dans ces moments, une coordination entre les membres de l'équipe était assurée par l'infirmière-chef afin de garantir une gestion adéquate d'un cas grave requérant un rendez-vous immédiat. Je retrace ci-dessous la survenue d'un tel événement, avec le début de la prise en charge de Faraj (13 ans) que nous retrouverons tout au long de ce travail.

Extrait de mon carnet de terrain (juillet 2014)

Depuis mon point d'observation sur la rambarde métallique de l'étage, je jette un œil au rez-de-chaussée. De temps en temps, Aziza, dont le corps paraît morcelé par le grillage qui nous sépare, me fait un signe. Parfois rieuse, parfois exaspérée, parfois ennuyée. À travers ses mimiques, je prends la température de la salle d'attente. Depuis le premier étage, certes j'entrevois ce qui s'y passe, mais ce n'est

pas la même chose que de baigner au milieu des familles. En bas, l'agitation est grandissante, mais pour autant, aucun visage ne m'est familier. Je continue d'errer dans le couloir du premier étage. Distracte par ce qui se passait en bas, je n'ai pas vu ce qui se passait devant le bureau du secrétariat. Un attroupement quelque peu anormal : un ou deux soignants, deux ou trois médecins, mais surtout, l'infirmière-chef est montée pour coordonner une prise en charge en ambulatoire. Fait exceptionnel, car d'ordinaire, elle reste dans son bureau accolé à l'hôpital de jour. Je me fraie un chemin jusque dans un coin du bureau pour tenter d'en savoir plus sur les raisons de ce rassemblement et sur ce qui semble préoccuper, plus que d'habitude, l'équipe. Je me fais la remarque qu'il s'agit de la première fois depuis que je suis arrivée que j'entends parler spécifiquement d'un patient et qu'une sorte de coordination semble avoir lieu entre les différents membres de l'équipe médicale. Dans ce climat d'excitation, auquel se mêle la curiosité des professionnelles qui tardent à rejoindre leur bureau, je tente de comprendre ce qui se dit autour de moi. Ils paraissent se demander qui peut recevoir ce patient. Je ne parviens pas à comprendre ce qui est si spécifique à ce patient pour que cette discussion ait lieu. Mes yeux vont d'un médecin à l'autre. Je tente de capter un nom afin de voir si un dossier a été rempli. Les sourcils froncés comme à mon habitude quand je ne comprends pas quelque chose, Chadia devine à mon expression que j'essaie de suivre ce qui se passe. Les mots me manquent et elle le sait. Mon niveau d'arabe n'est pas encore suffisant pour me permettre de comprendre, sans préalable, ce qui se dit autour de moi. De manière brève, elle m'éclaire et me glisse : « Ce cas est sûrement intéressant pour toi ». Alors je reste, même si je ne comprends pas ce qui se passe. Debout dans un coin, mes yeux continuent de valser d'un endroit à l'autre, des yeux aux bouches, des agendas aux corps qui transpirent l'effervescence autour « d'un cas intéressant ». Ma présence, alimentée par une forme d'avidité de comprendre et de savoir qui est ce patient, participe au bouillonnement ambiant.

Embarrassée par cette exaltation que je trouve quasi malsaine, je m'extrai finalement du coin pour me rendre dans le couloir. Seuls les bureaux sont climatisés, mais dans ce couloir chaud et bruyant, je tente de mettre de l'ordre dans mon esprit après cette chasse aux mots et aux signes explicatifs. En vain. Je décide alors de ne pas trop m'éloigner afin de rester dans l'angle de vue de Chadia et de lui rappeler ainsi que je

suis intéressée à en savoir plus. Mais je sais qu'elle ne m'oublie pas. Elle est une autre de mes alliées dans cette recherche. Malgré le turnover du personnel médical, couplé à l'agrandissement du service et aux événements tels que naissances et mutations, chaque année, de 2014 à 2016, j'ai toujours retrouvé Chadia et pu compter sur son aide.

Et puis, peut-être que depuis le couloir je peux le voir ? Ou la voir ? Non, c'est un garçon, cela je l'ai entendu et compris. Une autre ronde autour des grands yeux. Je ne vois rien. Ai-je mal compris, n'ai-je rien compris ? Je suis un peu frustrée. Les cas de ce matin se sont évaporés, je n'ai rien de vraiment concret à inscrire dans mon journal de terrain. Les enfants vus ce matin avec le Dr Debbagh ne reviendront pas avant deux mois, c'était donc la première et la dernière fois que je les voyais. Je n'aime pas ça. Ça ne fait pas partie de mon plan. Comment mener ma recherche, et prétendre à un suivi de type longitudinal si je ne vois qu'une seule fois ces patients ? Accoudée à la barrière toutes ces questions vont et viennent dans ma tête, pendant que mes yeux, plus calmes que mes pensées, balaient l'espace devant moi. Je ne vois rien. Enfin rien qui ne m'interpelle. Rien qui ne m'intéresse. Rien qui ne corresponde à ce que je me suis imaginé en écoutant l'équipe. Je retourne à l'entrée du secrétariat, appuyée contre la porte ouverte. La Dre Kasmi sort de la pièce, agenda et dossier sous le bras, je la salue. L'agitation dissipée, Chadia m'explique enfin : un jeune, en pleine crise de délire, a passé la nuit aux urgences. Il a été amené par ses parents cette nuit. Malgré la dose de calmants administrée, il tient encore debout. Les médecins sont stupéfaits. Mais au moins, il est plus calme maintenant. Elle ajoute, « la mère parle français ». La Dre Kasmi le recevra avec ses parents dans la matinée. Rassurée sur le fait d'avoir compris un tant soit peu ce qui s'était échangé, je quitte le bureau, déterminée à trouver « ce cas intéressant ». Je me poste à mon point d'observation, en diagonale de la réception.

Je le vois. Aziza me regarde et lève les yeux au ciel en signe de désolation. La direction donnée par son menton confirme mon intuition. C'est bien lui. »

Ce garçon, c'est Faraj (13 ans) ; c'est ainsi que j'ai entendu parler de lui pour la première fois ; c'est dans cet état de corps et d'esprit que je les ai aperçus, lui et ses parents, pour la

première fois. Il y eut quelques autres « cas intéressants », *extra-ordinaires*, mais Faraj est le seul avec lequel un suivi régulier s'est mis en place. Les autres ne sont pas revenus¹⁵⁰.

3.5. Les autres visages de l'équipe

Pour poursuivre ce chapitre, j'aimerais présenter les différentes professions regroupées dans le service d'Al-Balkhi. Pour rappel, l'équipe inclut : quatre médecins psychiatres, trois orthophonistes en 2014 puis quatre en 2015, trois psychomotriciennes, une psychologue et une assistante sociale. Comme l'ont expliqué plusieurs professionnelles interviewées, ce lieu et l'équipe qu'il accueille ont été pensés afin d'offrir au patient et à sa famille la possibilité de trouver, regroupées dans un même endroit, toutes les spécialités à même d'établir un diagnostic, d'évaluer une comorbidité et de mettre en place une thérapeutique dont l'enfant pourrait avoir besoin. Ce fonctionnement présente l'intérêt, toujours selon les professionnelles, de concentrer sur un même lieu l'offre de soins de plusieurs spécialistes pour une prise en charge dite « globale ».

Mais dans la réalité de la clinique, la « rencontre entre des savoirs “distribués” » (Dodier, 2007) ne m'est pas apparue – malgré les discours tenus par les professionnelles elles-mêmes. La diversité des savoirs était réelle, mais leur mise en commun faisait défaut : mes observations montrent qu'il n'y avait pas de discussion et très peu de collaboration entre les professionnelles du service dans le parcours de soins du patient ; de fait, il s'agissait d'un travail individualisé et compartimenté dans un ensemble pourtant pensé en des termes collectifs et marqué par une équipe pluriprofessionnelle. En outre – je le détaillerai davantage par la suite dans la section dédiée aux effets de la logique de spécialisation médicale –, les médecins exerçant comme pédopsychiatres au sein du service étaient (à l'exception du chef de service) des résidents (ou internes selon la dénomination française) qui ne restaient dans le service que le temps de leur formation (soit six mois pour la spécialisation ou un an si elles optaient en plus pour le diplôme universitaire de

¹⁵⁰ Je pense par exemple à ce garçon (12 ans), amenée par sa grand-mère, à la suite de l'accident mortel de son petit frère qui lui avait lâché la main alors qu'ils traversaient la route, il exprimait depuis lors des pensées suicidaires ; ou cette fille (8 ans) que son père avait amenée pour des douleurs articulaires inexplicables ; celui-ci avait alors relaté les abus sexuels subis par sa fille (il avait pris le certificat médical attestant de ce délit) et le psychiatre les avait réorientés vers l'hôpital de l'enfance vers un rhumatologue ; ou encore ce garçon (4 ans) amenée par sa mère pour une évaluation du trouble du spectre de l'autisme avec qui au bout de quelques minutes nous avons créé des rythmes de musique et jouer ensemble.

pédopsychiatrie) – et éventuellement plus si, d’une promotion à l’autre, le nombre de résidents était insuffisant.

Dans la partie à venir, je décris et analyse donc les modalités de collaboration des professionnelles exerçant à Al-Balkhi. À l’aune des commentaires des professionnelles sur les (dys)fonctionnements du service, je montre comment l’équipe d’Al-Balkhi travaille et dans quelles mesures les modalités de fonctionnements développées révèlent l’approche théorique des soins en vigueur à Al-Balkhi, les représentations des enfants et le rôle social des professionnelles. En répondant à ces questions, je rends compte et clarifie certaines des implications de ces modalités et représentations sur les suivis thérapeutiques.

Dans cette partie, je souhaite donner la parole aux soignantes et documenter certains aspects de leurs parcours professionnels, afin d’expliquer leur vision de la pédopsychiatrie, de partager leurs perspectives sur le contexte d’exercice de leurs professions respectives et sur leurs relations de travail, ou encore d’explicitier les représentations des figures de l’enfance sous-jacentes au rôle professionnel qu’elles se donnent et/ou qui leur est prescrit. Ces remarques permettent de dresser l’arrière-plan de la vie du service, et donc des soins mis en place. Les cheminements ici commencés permettront de comprendre les pratiques cliniques déclinées dans les chapitres 5 et 6, puisque les effets de l’absence de coordination autour des prises en charge y sont abordés, dévoilant dans quelle mesure, selon les parents et leurs enfants, un tel fonctionnement peut s’avérer bénéfique ou, au contraire, délétère pour le suivi thérapeutique.

3.5.1. L’organisation du service

Avant de poursuivre plus en détail sur les rouages du travail mis en place autour des patients par l’équipe d’Al-Balkhi, il est important de rappeler brièvement la manière dont s’organisait le suivi type d’un patient lambda, depuis le premier rendez-vous avec la médecin, jusqu’à la fin des thérapies conduites par les diverses personnes exerçant dans l’hôpital¹⁵¹.

¹⁵¹ Pour rappel, dans l’introduction générale de ce manuscrit, j’ai formulé l’idée – d’ailleurs montrée tout au long de ce travail –, que du fait du paradigme de la remédicalisation de la psychiatrie et de la mise de côté du psychisme dans les nouvelles approches de soins de la psychiatrie (qu’il devient plus pertinent de nommer

Selon les explications fournies par les professionnelles, la personne responsable de la formulation du diagnostic et de l'orientation qui en découlait était la psychiatre uniquement, et/ou la psychologue, et/ou l'orthophoniste, et/ou la psychomotricienne. Néanmoins, pour établir le diagnostic, le médecin avait recours aux avis de ces mêmes professionnelles – exclusivement pour les enfants suivis en thérapies (ré)éducatives. Les parents transmettaient l'ordonnance remise par le médecin à Chadia, l'infirmière psychiatrique responsable de l'accueil, qui se chargeait de communiquer les demandes de rendez-vous aux autres professionnelles. Ces dernières, en fonction de leur calendrier, prenaient contact avec les parents afin de réaliser une série de tests propres à leur discipline respective – orthophonie, psychomotricité, psychologie – et en lien avec les suspicions et hypothèses diagnostiques médicales formulées et lisibles sur l'ordonnance que les parents leur transmettaient. Après la passation des tests, un bilan était rédigé et remis au médecin via les parents lors d'un autre rendez-vous de nouveau organisé par Chadia. En fonction des conclusions de(s) bilan(s), le médecin confirmait ou infirmait l'hypothèse diagnostique formulée lors de la première rencontre, et décidait de la nécessité d'une psychothérapie ou d'un suivi en consultation (une fois par mois ou une fois par trimestre par exemple) selon la gravité des cas. Quant aux professionnelles (non-médecins), dès lors qu'elles avaient analysé les résultats des tests, elles commençaient, si elles le jugeaient nécessaire, un suivi avec le patient – fonctionnement rompant avec l'idée que le médecin serait le seul détenteur d'un savoir à même de produire une thérapeutique, entendue ici comme une action visant à réduire ou supprimer les symptômes (Ogien, 1992, 2000) et pointant le fait qu'en outre, elles disposaient d'une autonomie vis-à-vis des médecins. Dans cette organisation, le suivi d'orthophonie et/ou de psychomotricité était élaboré par les professionnelles exerçant ces spécialités (après un premier passage devant le médecin), selon un protocole de soins dépendant de leurs bilans, mais nullement (ou rarement) fondé sur les apports cliniques du médecin qui avait rencontré le patient. Si nous comprendrons dans la suite de cette partie les raisons d'un tel fonctionnement, il convient, avant cela, d'appréhender les fondements théoriques de l'équipe multidisciplinaire observée.

« santé mentale »), toute professionnelle intervenant auprès du patient peut être considérée comme une thérapeute, au sens de celle qui porte, conduit et guide une thérapie.

3.5.1.1. *Le collectif, ses spécialistes et l'objectivité*

Dans un article intitulé « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », Nicolas Dodier¹⁵² se demande comment une personne décide de « s'en remettre à un spécialiste » (2007). Cette question semble essentielle pour comprendre le choix institutionnel réalisé à Al-Balkhi concernant le regroupement, dans un même lieu, en tant qu'équipe, de « spécialistes » issues de professions diverses. Nicolas Dodier part du principe que l'une des contraintes pesant sur une telle démarche est l'objectivité des jugements dudit spécialiste. Pour le dire autrement, sans cette idée d'objectivité, la conception même de spécialiste n'est pas valide, n'a pas de raison d'être. Si le raisonnement de l'auteur traite de la démarche individuelle, je m'approprie celui-ci pour sonder dans quelle mesure l'objectivité occupe également une place de choix dans l'organisation des soins pédopsychiatriques à Al-Balkhi, rejoignant ainsi les propos du chef de service.

Cet intérêt pour l'objectivité dans le monde médical est à comprendre, selon l'analyse de Nicolas Dodier, comme le résultat de la remise en cause de la « tradition clinique » qui s'est construite au XIX^e siècle et dans laquelle le médecin et le patient, dans une relation de proximité basée sur l'expérience personnelle du médecin et la singularité clinique du malade, étaient seuls dans un face à face de proximité. Au XX^e siècle, avec le souci d'objectivité naissant, notamment afin d'équiper les médecins face aux nouveaux acteurs d'un monde médical changeant représenté entre autres par les firmes pharmaceutiques, les associations de patients, les médias ou encore les comités thérapeutiques, une nouvelle forme d'objectivité émerge : « la modernité thérapeutique » – qui « s'appuie sur toute une série de textes, de dispositifs, d'acteurs, qui s'épaulent les uns les autres » (Dodier, 2007, p. 140) – voit le jour, caractérisée par « le mouvement d'institutionnalisation de *l'evidence-based medicine* » (*Ibid.*, p.138). Ainsi, le Maroc, comme la France ou les États-Unis évoqués par Nicolas Dodier, a connu, ces dernières années, l'émergence des nouveaux acteurs capables de redéfinir les forces politiques du monde médical local. J'en veux pour preuve mon passage, en tant que chercheuse en anthropologie, devant deux comités d'éthique – et un troisième si je souhaite publier mes données sans anonymiser le nom de l'hôpital. Mon

¹⁵² Nicolas Dodier est sociologue, INSERM-EHESS, membre du groupe de sociologie politique et morale. Dans l'article mentionné il s'intéresse à l'objectivité et à l'autonomie, deux « opérateurs politiques du monde médical, c'est-à-dire deux problématiques qui nourrissent, sur le long terme, les grandes confrontations propres à ce monde, et qui organisent de façon durable les lignes de fracture et d'alliance en son sein. »

expérience est révélatrice des enjeux que connaît le Maroc, ou du moins dans la région administrative dont dépend Al-Balkhi. Ainsi, d'une « objectivité de proximité », propre à la tradition clinique du XIX^e siècle, une partie du monde médical marocain¹⁵³ a basculé vers une « objectivité de distance » incarnée par « le collectif ». Au sujet de ce dernier, Nicolas Dodier explique :

« La production d'avis ou de décisions par des collectifs de praticiens permet de prendre ses distances vis-à-vis de l'image du clinicien jugeant solitairement, en son âme et conscience, des situations parfois complexes. [...] On instaure ainsi de nouveaux modes de contrôle par les pairs, par rapport au cadre classique de la profession médicale [...]. L'objectivité est alors supposée résulter de la capacité de ces collectifs à assurer la rencontre entre des savoirs "distribués" » (2007, pp. 141-142).

Ainsi, je considère que la constitution de l'équipe d'Al-Balkhi, soudée par sa vision commune des soins, embrassait la logique de cette « modernité thérapeutique » décrite par Nicolas Dodier. Appréhender ce basculement vers l'objectivité et le rôle des spécialistes dans ce nouveau paradigme articulé autour d'une « proximité de distance » semble essentiel pour comprendre le choix institutionnel d'avoir formé un collectif incluant les diverses professions présentes. Le collectif était le moteur par lequel se conduisait l'objectivité et il témoignait du souci des professionnelles d'Al-Balkhi d'offrir des soins de qualité, c'est-à-dire des soins fondés sur des savoirs scientifiques produits et contrôlés par une double mise en commun, celle des personnes et de leurs savoirs respectifs. Le glissement vers la « modernité thérapeutique » paraît ainsi pouvoir expliciter les motivations ayant conduit à organiser « la rencontre entre des savoirs distribués », et correspond à l'état d'esprit des professionnelles qui m'ont exprimé à plusieurs reprises leur souhait, et le besoin, de « moderniser les traitements ». Je reviendrai plus en détail, dans la suite de cette partie, sur ce lien à la modernisation chez le personnel hospitalier, en expliquant notamment les caractéristiques de ce processus impulsé, tel que je l'analyse, par leur appartenance à une même « génération » professionnelle (Serre, 2011). Du reste, les membres de l'équipe rejoignaient ainsi la logique institutionnelle à l'œuvre dans le service, au sein duquel offrir des soins de meilleure qualité impliquait de construire des soins objectivés portés par un collectif de spécialistes. Comme je le montrerai, plusieurs niveaux de spécialisation existent : d'une part, chaque profession présente à Al-Balkhi correspondait à une spécialisation en tant qu'entité spécifique d'un parcours de soin complexe nécessitant de

¹⁵³ Le CERB auquel j'ai dû m'adresser pour obtenir l'autorisation de mener ma recherche est une entité régionale. Chaque hôpital universitaire possède un CERB chargé d'étudier les demandes de recherche relatives à sa structure.

multiples interventions, et d'autre part, notamment pour les médecins et les psychologues, des procédures de spécialisation internes à leur profession pouvaient exister, par exemple par rapport aux types de trouble(s) traité(s) ou à la thérapie proposée.

Toutefois, avant de détailler ces formes de spécialisation multiples, il est nécessaire d'introduire deux caractéristiques du fonctionnement du service qui conditionnent justement la mise en action du collectif présent à Al-Balkhi : la première est la présence uniquement sur le court terme des médecins exerçant comme pédopsychiatres, et la deuxième est l'absence de temps de réunion collective entre professionnelles pour échanger sur les cas des enfants suivis.

3.5.1.2. Les médecins, une centralité par intermittence

Dans le fonctionnement d'Al-Balkhi, les médecins occupaient une place centrale puisque ce sont elles qui validaient l'initiation, ou non, des parcours thérapeutiques dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Or, les médecins psychiatres exerçant au sein de ce service étaient tous résidents et réalisaient une spécialisation en pédopsychiatrie. En raison de leur statut de résidents en formation, les médecins n'étaient pas encore titulaires : tous quittaient le service après leur affectation dans un hôpital public d'une autre région du Royaume, quelles que soient leur région d'origine ou leurs obligations familiales (Van den Hout, 2013, p.150). À ce propos, Haniya, la psychologue explique :

« C'est une petite équipe, mais c'est une équipe qui n'est pas stable. Je suis la seule qui soit ici avec l'équipe paramédicale, composée des orthophonistes et des psychomotriciens fixes, mais les psychiatres c'est à chaque fois une nouvelle équipe mais qui ne sait rien de la pédopsychiatrie et qui doit réapprendre tout ça et au bout de 6 mois, le psychiatre sait comment gérer ça et comment travailler en équipe avec le reste de l'équipe et il part et on en a un autre. [...] Mais normalement, il nous faut des psychiatres permanents, et c'est lui qui va orienter et travailler avec les nouveaux.

Bien que la structure et le cadre institutionnel soient en théorie pensés pour fonctionner sur un collectif de spécialistes, ce fonctionnement était mis à mal car le médecin, figure centrale du dispositif, n'occupait pas un poste fixe. Cette critique a été formulée par la plupart des professionnelles, à l'image d'Haniya, pour qui la logique institutionnelle et

administrative s'inscrivait parfois à l'encontre d'une logique collective et, par conséquent, des enjeux thérapeutiques des patients et de leur famille reçus à Al-Balkhi.

En raison de la non-titularisation des résidents, la rotation du personnel était importante, entraînant des complications pour le suivi en raison, comme commenté par certaines professionnelles, de l'impossibilité de s'investir sur le long terme auprès des patients. En 2014 et 2015, sur les quatre médecins présents de manière hebdomadaire, seul le chef de service était permanent et à temps complet, et des médecins d'autres services d'Al-Balkhi ayant complété le DU de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent prêtaient main-forte à l'équipe de temps à autre. Le fait que la (sur)vie du service dépende de l'accomplissement de la résidence de médecins en formation n'est ni abordé dans la littérature marocaine ni ouvertement débattu dans le service. Ceux qui restaient – à savoir les orthophonistes, les psychomotriciennes et les psychologues – désapprouvaient cette situation et déploraient le manque de suivi et de cohérence auquel cette organisation pouvait conduire pour la prise en charge des enfants et des adolescents.

Ces critiques sur l'organisation du travail émanaient par exemple de Malika, l'assistante sociale. Comme la plupart des professionnelles, elle regrettait l'absence de médecins permanents, évaluant négativement l'impact de cette instabilité sur le suivi des enfants plus que sur les pratiques professionnelles collaboratives :

« C'est compliqué pour nous [ceux qui restent de manière permanente] [...] la qualité du médecin tu ne peux pas la garantir avec les qualités d'un autre médecin.

Tout comme Haniya, Malika faisait référence aux compétences des psychiatres amenées à travailler dans le service, mais je comprends, à la suite de notre discussion, que Malika ne les liait pas à leur statut de résident et/ou au fait qu'ils apprenaient leur métier, mais qu'elle les appréciait plutôt en termes relationnels. Éventuel corollaire de la fonction d'assistante sociale dont la fonction est d'accompagner les patients, elle mettait en avant les relations interpersonnelles et son regard semblait se porter sur les effets de ce fonctionnement sur le vécu des patients. Me rapportant une discussion avec une mère à titre d'exemple, elle m'avait dit :

« " Mon enfant est habitué avec untel ça se passe bien", mais elle [la mère] ne veut rien savoir ; "Madame, on ne peut pas [voir le même médecin] " [dit la mère à

Malika]. Mais elle [la mère] ne veut rien savoir, mais l'autre médecin là aussi il est gentil, avec le temps l'enfant va s'habituer [dit Malika à la mère pour la convaincre]. Mais ça dépend des enfants. Il y a des enfants qui se réadaptent et il y en a qui en ont marre et ils s'en vont. »

Ainsi, Malika nommait également les effets directs de cette organisation sur les trajectoires thérapeutiques des enfants, même si, par ailleurs, elle approuvait ce système d'affectation nationale qui permettait de déployer des médecins dans des villes délaissées où « là-bas, ils [*les habitants*] souffrent ». Tout comme Haniya, Malika recourait aux propos d'une mère pour appuyer sa critique – mettant ainsi en avant le fait que ce n'était pas tant compliqué pour les professionnelles de s'adapter au *turnover* des médecins qu'une difficulté, supposée ou avérée, pour les enfants et leurs parents de s'accommoder d'une telle organisation. Malika percevait dans ce fonctionnement le risque d'abandon de thérapie (avant la fin supposée de celle-ci), ou du moins, une éventuelle mise à mal de la continuité des soins : alors que, lors de notre rencontre Malika avait plutôt insisté sur la dimension d'accompagnement de son métier, je remarquais que, en tant qu'assistante sociale dans une équipe de pédopsychiatrie, son travail était « indissociable de la prise en charge soignante de l'enfant », partageant avec l'équipe un objectif commun de soin (Maximilien, 2020, p.71).

3.5.1.3. *L'absence de temps collectif pour penser ensemble*

La deuxième caractéristique concernant l'organisation du travail à Al-Balkhi a trait au temps de réunion collective planifié au quotidien. Contrairement aux modalités de travail des équipes en France, en Angleterre ou au Québec (Buisson, 2010; Garcia-Fons, 2005; Ogien, 1992; Vergnaud, 2015), les professionnelles d'Al-Balkhi n'avaient pas de temps dévolu à la coordination du travail d'équipe. Dans leurs pratiques quotidiennes, aucun moment n'était aménagé afin que le diagnostic (des psychiatres) et les résultats des bilans (des paramédicaux) soient discutés et débattus. Le cadre pluridisciplinaire existait, mais les réunions de staff et la construction d'avis d'équipes qu'elles supposaient ne se faisaient pas (Dodier, 2007, p.141), laissant à chaque professionnelle le soin de définir le projet thérapeutique de son patient en fonction du résultat de ses bilans, et pas en fonction du diagnostic posé par le médecin. De fait, la complémentarité entre les disciplines et les

pratiques professionnelles qu'elles impliquaient, c'est-à-dire la capitalisation des différentes spécialisations, restait donc théorique. Chacune réalisait ses bilans, chacune établissait un projet thérapeutique ou protocole de soins, mais à aucun moment les avis n'étaient discutés ensemble (je reviendrai sur ces outils et leurs usages ultérieurement). Les réunions de synthèse telles qu'elles sont pratiquées dans les centres médico-psycho-pédagogiques ou les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel français par exemple, « productrices d'hypothèses, d'un projet ou de proposition de soins » (Garcia-Fons, 2005, p. 143) n'existaient pas. Le travail était donc surtout fait de manière isolée, chacun œuvrant au quotidien dans le confinement de son bureau et de sa pensée. Alors qu'en théorie, comme le souligne notamment Nicolas Dodier, le collectif devrait prévenir que ce « clinicien [juge] solitairement » (2007, p.141), dans les faits et tel que (partiellement) mis en place à Al-Balkhi, l'existence de collectif n'empêchait pas cette solitude. Ainsi, pour reprendre l'analyse formulée par cet auteur, je constate que les professionnelles, bien qu'elles soient formées, « ont grandi », en quelque sorte, dans une objectivité de distance : dans la pratique, leurs conditions de travail étaient similaires à la tradition clinique répondant à une objectivité de proximité.

Au sujet des possibilités de rencontres et de discussions entre collègues, les propos de la Dre Majd, auprès de qui j'ai effectué une grande partie de mes observations, oscillaient entre l'idéal théorique rattaché à la structure pluridisciplinaire de l'équipe, d'une part, et la réalité et les contraintes du fonctionnement du service, d'autre part. Des contradictions apparaissent dans ses propos, confirmant les réelles difficultés de coordination au sein de l'équipe :

« Il n'y a pas de réunion, pas d'une façon officielle. Chacun travaille tout seul mais si on a des patients en commun, on va en discuter ensemble. Et là, ce sera intéressant de faire des réunions entre nous.

Dans un système où les réunions ne s'organisaient pas officiellement, la coordination avec l'équipe était principalement officieuse, les discussions se faisant souvent par téléphone, une fois la famille assise face aux médecins. Le discours sur la coordination et la mise en commun des informations paraît être une façade, ou la version idéalisée d'une réalité éloignée des fondements théoriques appris. Ainsi, la Dre Majd, comme d'autres médecins,

souligne un problème pour les patients en ambulatoire¹⁵⁴ pour qui aucune réunion n'était organisée :

« Le problème pour les patients ambulatoires, c'est qu'il n'y a pas de réunion entre nous pour voir tout le temps les problèmes qui sont posés chez les patients ambulatoires, sauf s'il y a vraiment un problème il faut contacter le psychologue ou l'orthophoniste ou le psychomotricien, pour voir où on en est. Ce problème, c'est que nous avons beaucoup de consultations par jour et pas beaucoup de temps pour se réunir ; à part la réunion pour les patients hospitalisés qu'on a avec le Prof. Alaoui, on n'a pas trouvé d'autre temps.

Reconnaissant les éventuelles complications organisationnelles, telle que la surcharge de patients, la médecin regrettait toutefois l'absence de temps mis à disposition pour pouvoir penser ensemble, avec ses collègues et le chef de service. Mais, autre point important, je constate que le manque de temps était couplé à une absence de lieu pour se rencontrer entre professionnelles. En effet, aucune salle de repos ou de pause pouvant favoriser ce type d'échange n'avait été aménagée. Au contraire, la petite salle qui, au début de mon terrain en 2014, était à disposition des soignants pour leur pause, s'est vu transformée en bureau afin de moduler l'espace de travail des orthophonistes, désormais quatre en 2015 au lieu de trois l'année précédente.

Dans quelques rares cas, que je n'ai toutefois pas observés, les professionnelles, notamment les orthophonistes et psychomotriciennes, m'avaient dit pouvoir décider, selon les difficultés d'un enfant, de « croiser leur travail ». Une orthophoniste, Amina, m'avait donné l'exemple suivant :

« Un enfant il a des difficultés. Il ne sait pas les mots, en écriture, c'est comme ça [signe de la main indiquant que c'est moyen], il doit travailler la psychomotricité fine, alors on va travailler avec la psychomotricienne. On se croise dans notre travail, dans le graphisme, eux, ils travaillent sur le geste graphomoteur et ici, sur le graphisme. (Juillet 2014)

Avec cet exemple Amina mettait en avant la complémentarité du travail entre sa collègue psychomotricienne et elle car, comme elle l'expliquait avec l'exemple de l'écriture, il fallait que l'enfant ait acquis des compétences qui relevaient de la psychomotricité (être en mesure de physiquement tenir son crayon et de produire le mouvement – le geste graphomoteur)

¹⁵⁴ Une réunion hebdomadaire était organisée avec l'ensemble des professionnelles afin de discuter des enfants diagnostiqués avec un trouble du développement et suivis à l'hôpital de jour.

afin de pouvoir travailler, avec elle, sur l'écriture. Avec cette explication, Amina montrait que pour mettre en place des activités dans lesquelles l'enfant pouvait effectivement progresser – une connaissance de ce qu'était le travail de psychomotricité était requise. Lui demandant si dans de tels cas, elles coordonnaient leurs activités, Amina m'avait répondu :

« Bien sûr, si on a un patient commun, on fait la coordination. On demande : "comment tu trouves l'enfant ?", parfois entre nous, on suspecte quelque chose de bizarre chez l'enfant, on demande.

Mais, comme j'ai pu l'observer, je note que ce type de collaboration était, d'une part, plutôt rare, et d'autre part, qu'il concourait davantage à confirmer, ou infirmer, l'orientation prise à la suite du bilan effectué. Ainsi, la coordination mise en œuvre, dans ce type de cas, servait à valider les connaissances glanées et à obtenir l'assentiment des collègues.

D'autres professionnelles, à l'image de Dawiya (une orthophoniste), défendaient l'utilité de la complémentarité chronologique des suivis afin de pouvoir travailler de manière adéquate avec les enfants. Dawiya apportait ainsi un autre éclairage, comparativement à Amina, en m'expliquant que dans certains cas, il était nécessaire que l'enfant ait d'abord suivi la thérapie ou la « rééducation » de psychomotricité afin que la « rééducation orthophonique » puisse avoir lieu. Dawiya m'avait expliqué :

« Quand l'enfant est vraiment instable, quand il crie beaucoup, qu'il se jette par terre, on essaie d'abord de poser un cadre puis on essaie de parler avec lui, on essaie de parler avec les parents mais quand ce n'est vraiment pas possible, je leur demande de revoir le pédopsychiatre, la psychomotricienne et de revenir ensuite en orthophonie. Donc ils sont presque calmes lorsqu'ils reviennent ici.

À travers ses propos, Dawiya dévoilait certains aspects des protocoles thérapeutiques qui impliquaient que pour pouvoir aborder la thérapie orthophonique, il fallait des dispositions corporelles spécifiques travaillées, éventuellement en amont ou en parallèle, en psychomotricité. Cette collaboration entre Amina et Dawiya – qui permettait, selon elles, d'organiser de manière optimale le suivi de certains patients – attestait d'une forme de connaissance mutuelle (supposée) de leur pratique, et de leur portée. Au moment de mon observation, Amina et Dawiya avaient déjà travaillé ensemble pendant quatre ans : au fil du temps, des collaborations, sous types d'arrangements et d'ajustements, pouvaient avoir lieu.

Mais pour ma part, j'ai plutôt constaté l'existence de chevauchements entre les interventions des unes et des autres. Pour Amar, par exemple, un garçon de sept ans pour qui un trouble oppositionnel et de l'attention et une légère déficience mentale avaient été diagnostiqués (donnant lieu à des troubles de l'apprentissage), psychomotricienne et orthophoniste travaillaient toutes les deux, mais sans s'être concertées, sur l'acquisition des fondamentaux (couleurs et formes géométriques) les amenant parfois à répéter des exercices. Certaines parties de leurs activités cliniques étaient identiques, ce qui suscitait chez Aïcha, la mère d'Amar, questionnements et doute quant aux objectifs de chaque séance et à la nécessité de venir aussi souvent à l'hôpital. L'identification de cette répétition était à comprendre à la lumière de la charge financière et organisationnelle que pouvait représenter pour Aïcha et son mari une telle organisation des soins. L'absence de temps d'échange entre les professionnelles pouvait être la cause de ces superpositions.

Ayant désormais à l'esprit ces deux éléments que sont la non-titularisation des médecins et l'absence de temps de réflexion collective, il convient d'appréhender de manière détaillée les formes de spécialisation entre professions (mais aussi internes à celles-ci). Tel que j'ai pu le constater, il importe de comprendre l'articulation entre ces dernières puisqu'elles façonnent les trajectoires de soins des enfants et des adolescents, et les figures et représentations de ces périodes de vie.

3.5.1.4. Les médecins et les psychologues : de spécialisation en spécialisation

« Je pense que c'est nécessaire de compléter par d'autres formations. »

Pendant leur résidence, comme l'a expliqué la Dre Majd, les médecins avaient le droit de suivre d'autres formations, par exemple en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en systémique ou encore en addictologie. Tel qu'exposé dans l'introduction de ce travail, le chef de service m'avait expliqué (et je l'avais constaté durant mes observations des pratiques cliniques) que l'orientation à Al-Balkhi était comportementale, mais pour afficher une spécialisation « TCC » ou « systémique », un diplôme était requis. Certaines professionnelles pouvaient ainsi compléter leur formation en assistant à des formations en ligne, dans d'autres villes, ou à l'étranger en fonction de leurs ressources financières et linguistiques – l'accès et

la maîtrise de l'anglais n'étant pas les mêmes pour toutes, certaines ne pouvaient se former qu'avec des sites/plateformes francophones¹⁵⁵. Les professionnelles m'ont expliqué que cet accès à des formations conditionnait la possibilité d'accueillir et de prendre soin de différents types de patients avec des pathologies diverses : il s'agissait, à long terme, d'élargir la patientèle avec laquelle elles pourraient travailler.

Ces formations étaient perçues comme « complémentaires », voire une « nécessité » afin de connaître « les conduites à tenir¹⁵⁶ » pour toute pathologie : d'après les médecins, opérer sans ces protocoles, à savoir sans connaître « les conduites à tenir », n'était pas cliniquement juste et souhaitable – même si cela demeurait humainement faisable. En effet, à l'instar du diagnostic, les « conduites à tenir » constituaient, à leur yeux, ce qu'Albert Ogien a qualifié de « connaissances nécessaires », c'est-à-dire les connaissances qui, selon les médecins, leur permettent d'accomplir leur travail (Ogien, 1992). Les professionnelles estimaient que, sans ces connaissances, leur travail ne pouvait pas se prévaloir d'être scientifiquement fondé, remettant en cause leur statut de spécialiste et incluant des risques – par exemple, dans la prescription de médicaments, une erreur médicale pouvant entraîner des complications plus ou moins graves sur la pathologie diagnostiquée et son évolution dans la vie du patient.

Par-delà l'aspect plutôt pragmatique, c'est-à-dire clinique, défendu par les médecins pour expliquer leur formation à d'autres approches, cet attrait pour d'autres spécialités était également à mettre en lien avec les efforts du ministère de la Santé en faveur du développement d'infrastructures en psychiatrie : par la mise en place de ces diplômes universitaires spécialisés, il encourageait les formations en psychiatrie (Van den Hout, 2013). L'effort national porté par le ministère de la Santé visait en effet à une double accélération : d'une part, celle de l'ouverture de nombreux lieux de soins pour les enfants et les adolescents, en ambulatoire et en hospitalisation, et d'autre part, celle de l'augmentation

¹⁵⁵ Dans un article dédié aux liens entre la psychiatrie et la philosophie, Steeves Demazeux retrace l'histoire de la philosophie de la psychiatrie, détaillant sa naissance aux USA et son front uni contre le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - classification des troubles mentaux publiée par l'Association américaine de psychiatrie). Steeves Demazeux y pointe que dans la riche littérature que s'est appropriée ce courant de pensée, les philosophes et penseurs français, tel Michel Foucault, sont absents, soulignant ainsi que « la langue anglaise constitue aujourd'hui la *lingua universalis* de la production scientifique et philosophique » (2016, p.22). Si sa remarque constitue une critique à l'égard de ce mouvement intellectuel exprimant le regret qu'un tel monopole linguistique corresponde à un effacement des particularismes nationaux (ceux ne pouvant maîtriser l'anglais sont exclus des réflexions et publications), elle permet, par ailleurs de déplorer l'inaccessibilité de cette littérature à un plus grand nombre. Dans une telle configuration, les critiques à l'encontre du DSM notamment ne sont que peu diffusées, donnant l'impression que le DSM fait l'unanimité dans le monde anglophone et renforçant cette (impression d')exceptionnalité française et/ou francophone.

¹⁵⁶ Les « conduites à tenir » sont les protocoles établis pour chaque « pathologie » que les médecins ont diagnostiquée et doivent traiter ; leur suivi permet de définir le traitement à prescrire aux patients.

du nombre de professionnels de la santé mentale formés au Maroc. De plus, il est nécessaire de se rappeler que le protectorat français a considérablement teinté ce domaine, en le rendant dépendant des formations dispensées dans les universités françaises (Vermeren, 2010). Aujourd'hui, l'objectif du gouvernement est de former au Maroc ses médecins et les nouveaux métiers de la pédopsychiatrie également présents au sein du service d'Al-Balkhi, pour mettre fin à sa dépendance vis-à-vis de la France ; ce souci de distanciation se retrouvait d'ailleurs dans les propos du chef de service commenté dans l'introduction. Ainsi, au Maroc, dans la région d'Al-Balkhi, les modalités d'enseignement comprenaient un enseignement théorique assuré par des professeurs, certes formés en France mais qui avaient pris une certaine distance vis-à-vis de « l'exception française » (Fansten, 2007). Ce changement de posture avait des conséquences concrètes sur le contenu de la formation, notamment en termes de diversités des approches théoriques de la psychopathologie, mais aussi, plus largement, sur l'épistémologie de la psychiatrie comme discipline médicale. Mais – paradoxe autant que trace des liens qui unissent la France et le Maroc – la formation à destination des résidents était donnée, à l'exception d'une intervenante belge, par des Françaises (mais d'obédience comportementale).

Cette logique de spécialisation se retrouvait également chez Haniya, la psychologue présente dans le service. Seule professionnelle exerçant cette discipline, les choix qu'elle avait opérés en termes de spécialisation teintaient inmanquablement l'offre de soins (psychologiques) d'Al-Balkhi.

Du fait d'un parcours professionnel singulier, elle avait d'abord commencé à l'hôpital de jour avant d'intégrer le service en revenant de son congé maternité. Haniya avait un rôle très spécifique dans l'organisation des soins à Al-Balkhi puisqu'elle avait décidé de poursuivre son intérêt professionnel pour se consacrer uniquement à « l'autisme » et aux thérapies cognitives. Ses fonctions auprès de la patientèle qu'elle recevait à la suite des demandes formulées par les médecins étaient donc circonscrites à deux aspects des soins pensés dans ce service : d'une part, la prise en charge des enfants « autistes » suivis à l'hôpital de jour (qu'elle accueillait dans son bureau situé dans le service) et, d'autre part, la réalisation de tests d'évaluation de quotient intellectuel lors des diagnostics de déficience intellectuelle.

« Il faut quand même se spécialiser dans quelque chose. »

Haniya travaillait exclusivement avec les enfants reçus en hôpital de jour pour troubles du développement (appelés en interne « autisme ») se focalisant sur leur suivi psychothérapeutique et sur la guidance parentale. Elle m'expliquait que, « par peur de mal faire », elle privilégiait les thérapies issues des approches cognitives qui présentaient l'avantage, selon elle, de fournir des « protocoles bien établis ». Il est intéressant de pointer que cette perspective se retrouve en France : Brigitte Chamak note que la TCC (Thérapie Cognitive et Comportementale) ou l'ABA (*Applied Behavior Analysis*) sont convoitées par les professionnelles pour le succès thérapeutique qui leur est associé, décrivant du même coup la psychanalyse éventuellement jugée culpabiliser les mères (Chamak, 2009a). À ce titre, Haniya refusait les théories analytiques qui « ne permettent pas une bonne prise en charge ». Les jugeant incomplètes, elle estimait qu'il était nécessaire de se spécialiser, justifiant sa décision actuelle de ne travailler qu'avec un seul type de thérapie :

« Ce n'est pas possible de tout faire, il faut quand même se spécialiser dans quelque chose. Il ne faut pas rester comme ça très général. C'est-à-dire, moi, maintenant, j'aime bien me concentrer sur l'autisme et quand ce sera voilà... quand je sentirai que ça c'est acquis, je passerai [à autre chose], peut-être.

Pour Haniya, la spécialisation était la clé d'une prise en charge adéquate et réussie. Convaincue que chaque professionnelle devrait être formée à des méthodes spécifiques, son discours, comme celui de ses collègues, témoignait de l'ascendant de l'approche médicalisée sur la psychiatrie, en même temps qu'il dévoilait l'importance du principe de spécialisation perçue comme l'opportunité d'acquérir des compétences solides (Rabeyron, 2019). Entièrement dédiée, au moment de notre rencontre, à la prise en charge de l'autisme, elle se concentrait sur les techniques ABA¹⁵⁷, refusant de se former aux TCC générales pouvant être employées dans le cadre d'autres pathologies. Son choix personnel avait des conséquences tangibles dans l'accueil et le suivi des patients qui ne répondaient pas à ses critères de prise en charge, renvoyant ces derniers soit vers les psychiatres, soit en dehors du service. Pour rappel, Al-Balkhi était le seul service public dédié à la santé mentale des enfants et des adolescents dans la région, une autre clinique située en centre-ville n'accueillant que les adolescents ; quant aux autres soins pédopsychiatriques, ils étaient délivrés en cabinet libéral et n'étaient pas accessibles, notamment pour des raisons financières, à la plupart de la population.

¹⁵⁷ Pour rappel, ces techniques ont été plus longuement décrites dans le chapitre introductif de ce travail.

Au fil des années, avec l'expérience, Haniya avait appris à cibler et à délimiter ses interventions. Si les demandes qu'elle recevait pour consultation psychologique ne correspondaient pas aux compétences qu'elle avait acquises, alors les parents et leurs enfants étaient renvoyés vers d'autres collègues, et notamment les médecins :

« Au début, je n'osais pas dire non, maintenant je le dis, comme tout à l'heure, on m'a envoyé quelqu'un qui a des troubles d'apprentissage, j'ai dit : « Ah non ! Je ne fais pas, même pas une guidance pour les parents. » Je peux le faire si je le souhaite, mais je tranche, j'arrête comme ça.

Ses décisions étaient strictes, sans équivoque ni exception. La psychologue justifiait son choix de la façon suivante :

« Je donne des conseils pour certains parents mais je ne peux pas faire de prise en charge car il faut des protocoles bien établis, c'est-à-dire appliquer avec les enfants des choses fondées et tant que je n'ai pas la formation, pas le matériel, ça ne sert à rien de se lancer, on oriente et puis c'est au médecin de faire le reste.

« Les protocoles » mentionnés par Haniya étaient les outils de travail utilisés par les psychologues pour établir les thérapies à implanter à la suite des bilans réalisés. Suivant sa logique, chaque trouble ou pathologie¹⁵⁸ devait être adressé avec un protocole bien spécifique : la méconnaissance de ces protocoles pouvait donc « rendre inutiles » les prises en charge, faute de fondement théorique. Haniya refusait ainsi de suivre des patients diagnostiqués avec des troubles pour lesquels elle n'avait pas été formée. Cette posture, comme le souligne entre autres Thomas Rabeyron, témoigne du souci de certains psychologues de conquérir un statut scientifique similaire à celui de la profession médicale en pratiquant une psychologie basée sur les preuves (Rabeyron, 2019, p. 119).

À l'inverse, les autres professionnelles de l'équipe, à savoir les psychomotriciennes, les orthophonistes et l'assistante sociale, n'étaient pas formées pour travailler spécifiquement en pédopsychiatrie et leur formation, comme leur parcours professionnel du reste, semblait exemptée de cette logique de spécialisation. Lors de notre rencontre, elles travaillaient en pédopsychiatrie, mais elles auraient pu, à l'image d'Amina (une orthophoniste du service), exercer hors de ce domaine. Cependant, du point de vue global de la prise en charge des

¹⁵⁸ Haniya utilisait les deux terminologies. J'ai montré au chapitre 2 – et rappelé dans celui-ci – que le glissement de trouble à pathologie traduisait le souci de médicalisation ici commenté.

patients à Al-Balkhi, je les considérais comme des spécialistes, dans le sens de Nicolas Dodier, dans la mesure où leurs savoirs constituaient une source d'interventions spécifiques qu'aucune autre professionnelle n'était capable de mettre en œuvre.

3.5.1.5. *Psychomotriciennes et orthophonistes : des spécialistes flexibles*

La présence des psychomotriciennes et orthophonistes était centrale dans le parcours de soins des enfants où elles assuraient, aux côtés des médecins psychiatres et de la psychologue, le suivi thérapeutique hebdomadaire. Elles n'intervenaient pas auprès des adolescents suivis en psychothérapie. Contrairement à leurs collègues psychiatres notamment, elles avaient des parcours au sein desquels la spécialisation n'était pas le maître-mot. Amina, orthophoniste dans le service, en était un bon exemple.

« J'ai eu l'occasion de voir tous les troubles. »

Le cursus d'orthophonie, qui se déroule en trois ans, comprend des cours de sciences du langage et de l'éducation, de la psychologie, de la physique, des mathématiques, de l'anatomie et de la physiologie, de la neurologie ainsi que des enseignements plus spécifiques concernant les bilans et les techniques de rééducation. À l'exception de la psychologie, je note l'absence de spécialisation en termes de savoirs psychiatriques. En effet, bien que désormais en fonction dans une structure de soins de santé mentale, les orthophonistes n'avaient pas été particulièrement sensibilisées aux pathologies psychiatriques pour lesquelles elles intervenaient à Al-Balkhi – point relevant d'ailleurs le « grand renversement » relevé par Alain Ehrenberg marqué par le passage de la psychiatrie à la santé mentale (2004). Ce métier, comme Amina l'avait d'ailleurs fait remarquer, pouvait être exercé quel que soit le service et l'histoire de son parcours professionnel m'éclaire sur cette « spécialité » pourtant conçue comme une activité clinique générale :

« J'étais en service d'ORL mais on voit tous les cas, les adultes et les enfants. Puis, ça fait presque deux ans à Al-Balkhi. [...] Oui c'est plus que cinq ans d'expérience et c'est une expérience qui m'a beaucoup aidée dès le début de mon travail, j'ai eu l'occasion de voir tous les troubles qu'on peut voir en orthophonie. Tous les

troubles, tout ce qui est ORL, tout ce qui est neurologique, tout ce qui est enfant, tout ce qui est adulte et ça m'a plu. Maintenant, je me sens à l'aise, je peux rééduquer n'importe quel trouble et les quelques troubles qui sont rares. (Juillet 2014)

Amina avait intégré le service de pédopsychiatrie d'Al-Balkhi à la suite d'un concours de la fonction publique. Sans avoir professionnellement anticipé un emploi dans le domaine de la santé mentale des enfants, elle estimait que ses capacités à traiter « n'importe quel trouble » lui avaient permis d'intégrer ce service. Contrairement aux psychiatres et à la psychologue qui souhaitaient, pour chaque pathologie connue, recourir à un protocole fondé, les orthophonistes, par les savoirs acquis au cours de leur formation, ne répondaient pas du tout de ce type de logique de spécialisation : leur protocole de soins et leurs techniques de rééducation étaient similaires, quelle que soit la pathologie. Néanmoins, comme je le montrerai dans la suite de ce travail, les professionnelles non spécialistes comme les orthophonistes développaient, au cours de leur carrière, des savoirs singuliers ajustés plus spécifiquement à leur contexte de travail, à savoir la pédopsychiatrie.

« On travaille avec le bébé, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée. »

C'est avec ces paroles que Rema, psychomotricienne dans le service de pédopsychiatrie, m'a présenté son métier. Le cursus de psychomotricité se fait également en trois ans et il inclut anatomie et physiologie de l'appareil locomoteur, neurologie, psychologie cognitive et du développement, sciences sociales et humaines, sciences médicales et santé publique, ainsi que psychomotricité. Les psychomotriciennes, à l'inverse des orthophonistes et conformément aux enjeux originaires de la discipline fondée par Julian de Ajuriaguerra, avaient donc reçu des enseignements en lien avec la psychologie et les sciences médicales. En effet, comme le rappelle Fabien Joly¹⁵⁹ (2007) dans un article consacré à la place de la psychomotricité en pédopsychiatrie, cette discipline est née en France autour « d'une équipe de pédopsychiatres et de quelques praticiens du corps, férus de psychopathologie développementale, de psychanalyse, de philosophie phénoménologique, et de psychologie

¹⁵⁹ Psychanalyste, psychologue, psychomotricien (Dijon et Paris) (Centre Alfred-Binet - Paris ASM-XIII^e, Hôpital d'enfants CHU Dijon, coordinateur du Centre de ressource Autisme de Bourgogne - CAMSP de Dijon), docteur en « psychopathologie fondamentale et psychanalyse » (Université de Paris VII), co-animateur du séminaire « Autisme » du Centre Alfred-Binet - Paris

génétique et cognitive, autour des idées du développement d'intégration neuropsychologique, de corps-en-relation et de troubles psychomoteurs » (*Ibid.*, p.74).

Lorsque j'ai interrogé Rema sur la présence de la psychomotricité à Al-Balkhi et son rôle dans les traitements proposés aux patients, elle m'a expliqué en premier lieu que sa discipline pouvait être mobilisée auprès d'un large public, sa remarque faisant écho aux propos d'Amina, sa collègue orthophoniste précédemment citée. Bien qu'initialement conçue dans le milieu « psy », la psychomotricité s'est désormais exportée dans d'autres secteurs – en gériatrie par exemple. Psychomotriciennes et orthophonistes n'étaient donc pas cantonnées, par leurs compétences et leurs savoirs, dans le strict domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents. En cela, elles se distinguaient des psychiatres et de la psychologue, présentes dans le service d'Al-Balkhi pour poursuivre une spécialisation en pédopsychiatrie et qui, une fois cette voie empruntée, envisageaient de rester dans ce domaine. Si des spécialisations, au fil de leur carrière, étaient possibles, elles ne constituaient pas un impératif de légitimité aussi fort que pour leurs collègues.

Rema qualifiait de « rééducation » son travail avec les enfants :

« La rééducation contient trois étapes : c'est l'éducation pour assurer un développement harmonieux, la rééducation pour rééduquer des troubles psychomoteurs, et le psychique et la thérapie [...], ce sont des exercices corporels chez les enfants hyperactifs [par exemple].

Cette explication faisait écho à mes remarques précédentes concernant la marge de manœuvre des psychomotriciennes qui, du fait de l'ampleur de leurs actions, à savoir rééducation, éducation et thérapie, peuvent certes naviguer dans de multiples domaines, mais aussi dans les dynamiques de soins. Ainsi, comme l'a pointé Fabien Joly, depuis ses débuts et aujourd'hui encore, la psychomotricité « n'a eu de cesse de se développer, de s'implanter dans toutes les équipes pluridisciplinaires » (F. Joly, 2007, p. 74). À Al-Balkhi, la psychomotricité, aux côtés de l'orthophonie, occupait une place de choix du fait de cette capacité à traiter n'importe quel signe¹⁶⁰. Qu'il s'agisse des « spécialistes spécialisés » (psychiatres et psychologues) ou des « spécialistes flexibles » (psychomotriciennes et orthophonistes), le point d'ancrage de leur thérapie respective se matérialisait par le corps,

¹⁶⁰ Selon les professionnelles interviewées, certaines parlent de « signe » et d'autres de « symptôme ». Les deux termes seront donc utilisés.

afin d'offrir aux parents et aux enfants un large spectre de solutions pour faire face aux problèmes relatés par les familles. Cette logique reflétait tout autant la médicalisation que l'élargissement – de la psychiatrie à la santé mentale - qu'avait traversé ce domaine de la médecine, avec le flot de diversification des professions et de spécialisations qu'il avait connu (Ehrenberg, 2004).

Une seule personne, Malika, l'assistante sociale d'Al-Balkhi, se positionnait en dehors de cette logique corporelle. Son travail était orienté sur la personne qu'elle recevait en tant qu'« usager », et dont les besoins, dans le regard de Malika, étaient avant tout sociaux plutôt que médicaux. De cette posture spécifique que j'analyse comme axée sur le *care*, se dégage un particularisme professionnel que Malika mentionnait, déclinant les diverses fonctions qui étaient les siennes et soulignant que dans cette équipe pluridisciplinaire qui était, comme je l'ai montré, tournée vers le *cure*, elle pouvait être le trait d'union entre les fonctions médicales et paramédicales.

3.5.1.6. *L'assistante sociale, une autre spécialiste flexible*

Malika considérait son métier comme une mission « d'accompagnement ». Son travail était axé sur l'information aux « usagers » – également appelés « clients » –, leur orientation vers les structures adaptées aux problèmes rencontrés (enseignements spécialisés, foyers, associations caritatives en tout genre), ou encore la gestion de situations en lien avec la survenue de violences sexuelles ou dans le contexte scolaire par exemple, pour lesquelles elle guidait les parents dans les démarches médico-légales à accomplir. Comme l'a constaté Yasmine Siblot pour les métiers de l'accueil, Malika considérait que face à la diversité de ces tâches, la logique d'accueil et d'orientation de l'utilisateur reposait davantage sur des qualités à « résoudre les problèmes », que sur une connaissance exhaustive de l'ensemble des rouages administratifs possibles (2010). Selon Malika, les connaissances nécessaires à la réalisation du travail techno-administratif d'accompagnement étaient explorées, clarifiées et enrichies au fur et à mesure des demandes adressées par les usagers :

« On a su beaucoup de problèmes, comment résoudre les problèmes des gens, comment identifier la nature de la problématique, comme identifier la principale problématique parce que des fois, le client il rentre tu dis « non, y'a ça et ça et ça » mais avec le temps tu comprends là le noyau qu'il cherche.

Grâce à une formation qu'elle estimait « riche et complète », agrémentée de nombreux stages dans différentes structures, Malika m'a exposé comment elle avait appris, à ses yeux, à détecter, à cibler et à répondre aux problèmes des usagers, tout en identifiant le « noyau » de leurs difficultés. Tel qu'elle le décrivait, la désignation du cœur de leur problématique permettait une orientation adéquate vers des structures d'aides appropriées. Ses capacités à cerner les besoins des clients, développées avec le temps, lui permettaient d'accompagner, selon elle, au mieux les usagers. Dans la pratique, je l'avais surtout observée dans une posture d'écoute (prêtant une oreille attentive à des mères, en colère ou en larmes, venues lui raconter les raisons de leurs états et chercher une solution) ou de conseil en orientant (en donnant des numéros de téléphone ou des adresses postales).

Pour Malika, comme pour ses collègues psychomotriciennes et orthophonistes, sa mission ne se restreignait pas au secteur pédopsychiatrique : elle pouvait tout aussi bien intervenir dans d'autres domaines, la gérontologie par exemple. La formation reçue était suffisamment vaste, d'après Malika, pour qu'elle puisse intégrer d'autres structures de soins et elle était fière de sa « polyvalence » (Anton & Artigau, 2020)¹⁶¹, de la faculté qu'elle avait de s'adapter aux usagers, résoudre leurs problèmes et circuler entre de multiples services du monde médical. Un sentiment de puissance ressortait des explications apportées par Malika pour décrire son travail – sentiment basé sur le fait de pouvoir, tel qu'elle le racontait, répondre aux besoins des usagers quel que soit leur problème, auquel se cumulait une sorte d'omnipotence puisqu'elle pouvait intervenir quel que soit le domaine dans lequel les usagers étaient en difficultés. Cette logique d'omniprésence – au sujet de laquelle je doutais tant mes observations ne soutenaient pas ce qu'elle décrivait - se retrouvait d'ailleurs dans les propos de Malika lorsqu'elle m'expliquait les réseaux d'interconnaissance entre les assistantes sociales à l'échelle nationale, cette toile faite d'interrelations humaines (aucun réseau administratif informatisé n'existait) facilitant le travail d'accompagnement des usagers. Pour illustrer son propos, elle citait le cas – virtuel - « d'une dame » dont l'orientation vers un autre centre de soins, dans une autre ville du royaume, pourrait être

¹⁶¹ Dans un article dédié à la formation en santé mentale des assistants de services sociaux en France, les auteurs (respectivement directrice des formations et directeur général à l'institut du travail social Pierre Bourdieu de Pau) reviennent sur le rôle des assistants sociaux (AS) pour s'interroger sur les compétences attendues et la formation délivrée. S'appuyant sur un partenariat entre leur institution d'affiliation et le Centre hospitalier des Pyrénées, les auteurs concluent que si la polyvalence, en tant que finalité de la formation initiale, doit être garantie – elle permet « l'adaptation réciproque entre professionnel et société » mentionnée dans le Code déontologique de la profession –, elle doit néanmoins être repensée en termes d'accompagnement afin que cette polyvalence permette l'expertise requise par le métier d'AS.

facilitée par l'écriture d'« une lettre de liaison » adressée à une collègue assistante sociale. Selon elle, le fait d'avoir toutes suivi une même formation – dans la même école – favorisait les liens entre membres de la profession, facilitant le travail d'appui aux familles lorsque celles-ci voyageaient, par exemple, entre Casablanca, Rabat, Fez ou Agadir.

La façon avec laquelle Malika évoquait l'étendue géographique de ce réseau semblait décupler, autant qu'il la justifiait, l'importance de la mission des assistantes sociales formées pour répondre aux problèmes des usagers et les accompagner au fil de leur parcours de soin. Au sein du service de pédopsychiatrie d'Al-Balkhi, Malika avait à cœur de souligner qu'elle occupait donc une place à part puisqu'elle aidait des « patients et leur famille mais ne pratiquait pas de soins directement sur le corps. Pour autant, tel qu'elle le rappelait, en tant que spécialiste de l'accompagnement des usagers dans le vaste domaine du social, elle faisait partie du personnel, et ce de manière permanente depuis l'ouverture du service.

J'analyse la présence de Malika comme la manifestation d'une volonté de soigner par le social, élargissant la logique de soins de ses collègues, plutôt centrées sur le *cure*, à une logique de *care*. Une volonté qui serait toutefois de façade car, à part transmettre des informations relatives à des structures relais (c'est-à-dire pouvant assurer une autre/la suite d'une prise en charge), je n'ai jamais vu Malika concrètement débloquer un dossier. Elle donnait des exemples que je n'ai jamais pu observer, par exemple accompagner une mère qui doit interrompre la thérapie de son enfant pour cause financière, faire les démarches avec une autre pour inscrire son enfant dans une association locale d'accueil d'enfants avec handicap. Elle donnait les numéros de téléphone ou les adresses sans elle-même prendre le téléphone ou se déplacer. Si les problèmes abordés par les autres professionnelles étaient d'origine médicale et résolus par des actions biomédicales, il n'en demeurerait pas moins que l'intégration de Malika pouvait être comprise comme le signe que le social pouvait, s'il n'en était pas la cause (Fassin, 2006a), être une partie de la solution permettant un aller mieux. Dans cette équipe, Malika était censée traiter le volet social des parcours de soins, apportant – du moins sur le papier - une dimension supplémentaire à la logique de soin(s), à même de conférer une ampleur holistique au type de prise en charge proposé aux patients et aux familles se rendant à Al-Balkhi. Le social, dans ce service de psychiatrie, demeurerait donc un mode d'intervention mineur dans la prise en charge.

Le service avait donc été construit avec, pour ligne de mire, une « prise en charge globale » des patients, tel que la qualifiaient les professionnelles. La présence de disciplines médicale,

paramédicale et sociale justifiait leur vision. Une telle organisation reposait, théoriquement, sur la complémentarité des professionnelles y exerçant, suivant la logique de spécialisation décrite en introduction au prisme de l'analyse de Nicolas Dodier. Or, comme je l'ai identifié à partir des entretiens avec les professionnelles et de mes observations – et comme je l'ai discuté précédemment –, des obstacles à cette forme souhaitée de prise en charge pouvaient exister à Al-Balkhi : ils incluaient la présence à court terme des pédopsychiatres pratiquant dans le service et l'absence de temps commun de réunion professionnelle. La combinaison entre la poursuite « d'une approche globale » (voulue et revendiquée par les professionnelles) et les conditions spécifiques dans lesquelles elle se déployait (telles que je les observais) donnait lieu à un fonctionnement jugé fragile par les professionnelles d'un point de la cohérence du travail thérapeutique conduit autour du patient et de sa famille.

Si, au quotidien, la collaboration entre les professionnelles était donc marquée par différentes tensions et enjeux, elle se matérialisait par la construction de pratiques plus ou moins communes qui s'appuyaient sur ce que je nomme les « outils ordinaires » de la clinique – un concept développé par Peter Becker et William Clark : je définis les outils thérapeutiques comme les « rapports, protocoles, dossiers, questionnaires et tableaux [...] techniques de collecte et de stockage des connaissances » qui sont utilisés pour « planifier, étudier, examiner et juger » un objet (Becker & Clark, 2001, p.1). Au niveau clinique, ces outils ordinaires étaient utilisés pour planifier le travail thérapeutique, suivre les « comportements », examiner leur apparition et pronostiquer une récupération potentielle : ils permettaient, au quotidien, de prendre soin des enfants. Ils incluaient les calendriers, les ordonnances, les dossiers médicaux, les diagnostics, les « conduites à tenir » et les médicaments. Du point de vue des professionnelles, je montrerai que l'utilisation de ces outils thérapeutiques représentait la possibilité de guérison, de contrôle de l'évolution de la maladie ou d'évitement du risque d'aggravation de la situation. D'un point de vue anthropologique, je mettrai en avant le fait que ces outils ordinaires avaient un impact plus large que « collecter et stocker des connaissances (médicales) » : ces techniques appuyaient le « déchiffrement de soi sur soi » chez les enfants et adolescents reçus à Al-Balkhi (Foucault, 2013, p.71), constituaient le support des « pratiques de soi », et donc participaient par la production de savoirs nécessaires à la subjectivation du sujet.

3.5.2. Les outils ordinaires de la pratique clinique

Je remarque, à l'instar des travaux du sociologue Anselm Strauss, que les règles et les procédures sont rarement – voire jamais – appliquées telles qu'elles sont formalisées, mais toujours négociées (2006). De ce jeu de (dés)ajustements dépendent les opportunités de collaboration professionnelle et, *in fine*, les parcours de soins des enfants.

3.5.2.1. Calendrier et durée des prises en charge

Pour rappel, dans les parcours de soins tels que j'ai les observés, chaque professionnelle (psychologue, psychomotricienne et orthophoniste) intervenait à un moment différent, sous l'impulsion du médecin qui était le premier à recevoir l'enfant et sa famille (à un moment T). La simultanéité était rarement de mise (T + un mois pour l'orthophoniste mais T + deux mois pour la psychomotricienne), et lorsque les interventions étaient simultanées (T + un mois pour les deux spécialistes), les objectifs n'étaient pas mis en communs – ou alors occasionnellement. Le décalage temporel allait à l'encontre d'une collaboration et accentuait les effets de diagnostics divergents.

Pour la psychomotricité et l'orthophonie, l'accueil des enfants suivait une logique basée sur l'ordre de la liste d'attente transmise par Chadia, l'infirmière psychiatrique chargée de l'accueil. Aucune spécialisation, expérience ou autre caractéristique en lien avec le parcours professionnel n'influçait la répartition des patients parmi l'équipe d'orthophonistes ou de psychomotriciennes ; seules d'éventuelles difficultés relationnelles entre l'une des professionnelles et un patient pouvaient être la source d'un changement de thérapeute. Comme je l'ai expliqué, les séances de l'orthophoniste et celles de la psychomotricienne pouvaient s'effectuer sur un même laps de temps (le patient voyait par exemple la psychomotricienne le lundi et l'orthophoniste le mercredi) – et, dans quelques rares cas, avoir lieu le même jour –, ou les prises en charge pouvaient avoir lieu à plusieurs mois d'intervalle, selon le calendrier de chaque professionnelle (par exemple de janvier à mars pour l'orthophoniste et de mai à juillet pour la psychomotricienne). Ainsi, alors que j'ai pu assister à toutes les séances d'orthophonie d'Amar (7 ans), je n'ai pu suivre qu'une partie de ce qu'il faisait en psychomotricité car le travail avait eu lieu plusieurs semaines avant mon arrivée en janvier 2015.

Le calendrier de chaque prise en charge avait été formalisé par le chef de service. Chacune d'elle durait normalement quinze séances mais, comme je l'ai observé et comme l'ont expliqué les membres de l'équipe, des variations parfois conséquentes pouvaient avoir lieu, notamment en fonction des troubles et des progrès des enfants ainsi que selon les relations qu'entretenaient les professionnelles et les familles¹⁶². Des arrangements singuliers pouvaient donc se produire et c'est ainsi que Rezik (10 ans) avait été suivi plus longtemps que les quinze séances initialement fixées. Rema, une psychomotricienne, m'avait expliqué que les professionnelles devaient composer avec d'une part les exigences de la logique hospitalière, et d'autre part, les recommandations théoriques vues durant la formation ainsi que les faits issus de la clinique et constatés chaque semaine auprès des enfants et de leurs parents. À propos d'Amar (7 ans) par exemple, elle m'avait expliqué :

« Moi, je vais arrêter la prise en charge parce que c'est le système de l'hôpital. Comme il y en a trois cents qui attendent, ils ont proposé vingt séances de prise en charge et on arrête. [...] C'est le médecin-chef qui dit ça parce qu'il y a des gens qui attendent. (juillet 2014)

Puis Rema avait ajouté qu'« il y a des enfants, ça dépend. Moi, normalement (je fais) vingt séances [...] mais tu peux aller jusqu'à trois ans, quatre ans. » – un fait rarissime, mais une de ses collègues orthophonistes avait par exemple mis en place un suivi de plus d'un an avec un jeune garçon diagnostiqué avec des problèmes d'audition : les bonnes relations, tant avec le garçon qu'avec sa mère, et le souci d'engager une guidance avec le père, expliquaient en partie la poursuite de ce travail. Si la règle (normalement) commune, instaurée par le chef de service, stipulait vingt séances maximum, dans les faits, chacun s'arrangeait donc avec les patients qu'il recevait. Ainsi, Rema m'avait confirmé qu'elle pouvait décider « de donner une chance. C'est moi qui décide. Par exemple, les troubles d'apprentissage, j'ajoute des séances parce que vingt séances, c'est cinq mois » : en théorie, elle avait appris que la théorie recommandait « une prise en charge [de] six mois minimum ». Pour avoir observé le fonctionnement de l'hôpital et la tenue des séances, j'avais pu constater que le « ça dépend » glissé par Rema était une réalité, avec des variations conséquentes et des justifications basées sur les relations avec les parents et les enfants. Dans le cas d'Amar (7 ans), par exemple, la décision d'arrêter au bout de vingt séances pour laisser la place au suivi d'autres enfants tenait au fait qu'elle considérait que les parents n'étaient pas suffisamment impliqués dans

¹⁶² Ces éléments seront détaillés aux chapitres 6 et 7.

le suivi thérapeutique à la maison, et que la mère était dans le déni. Ainsi, selon les cas, et malgré la directive de la direction du service, les suivis pouvaient varier de quelques mois à plusieurs années.

J'aimerais ajouter un dernier point concernant le calendrier, mais cette fois d'un point de vue de l'organisation hebdomadaire des rendez-vous. J'ai précédemment rapporté les propos d'Amina et Dawiya, respectivement psychomotricienne et orthophoniste, afin d'attester qu'elles pouvaient, à l'occasion, coordonner leur travail –cette action collective étant entreprise si l'une d'elles notait quelque chose de « bizarre », c'est-à-dire si elles constataient un décalage entre le diagnostic posé par le médecin et ce qu'elles observaient dans leur pratique – comme avec Adil (8 ans) pour qui elles avaient suspecté un trouble du développement. Cependant, comme je l'ai souligné, je n'ai jamais vu ce type de stratégie à l'œuvre, mis à part pour Adil (8 ans) au sujet duquel j'avais d'ailleurs informé les professionnelles de la concomitance de leurs interventions (élément qu'elles ignoraient). Cependant, j'ai constaté, en observant la temporalité des rendez-vous, que ces considérations thérapeutiques, à savoir organiser chronologiquement les séances pour que le suivi fasse sens au niveau de l'ordre d'acquisition des compétences, étaient du ressort des professionnelles (entre elles) et de leurs affinités avec les parents et les enfants – ce qui, selon les parcours thérapeutiques des enfants, par exemple celui d'Amar, avait une influence sur l'efficacité des soins.

3.5.2.2. *L'ordonnance*

L'orientation vers la psychologue, les orthophonistes et psychomotriciennes se faisait par la transmission d'une ordonnance, détachée d'un bloc-notes situé en permanence sur le bureau des médecins. La demande de bilan d'orthophonie, de psychomotricité ou de test de QI, matérialisée par cette ordonnance, était ensuite transmise à Chadia par les parents, devenus les messagers de la prescription du médecin. Chadia était ensuite chargée de donner à l'équipe de psychomotriciennes, d'orthophonistes ou à la psychologue la liste des enfants pour lesquels un rendez-vous pour bilan était requis. Une fois que les membres de l'équipe avaient organisé leur planning, Chadia ou Aziza appelaient les parents pour les informer de la date du rendez-vous.

Dans un article sur la matérialité du soin – rédigé à partir d’une étude portant sur le carnet de santé, le bulletin d’examen, le certificat médical et un reçu spécifique dans un hôpital régional du Cameroun –, Josiane Carine Tantchou¹⁶³ revient sur ce qu’elle nomme, à la suite de Reynolds Whyte et Anselm Strauss, « les objets négligés », en référence au fait que la plupart des recherches négligent « les inscriptions inhérentes à la pratique médicale du soin » (Tantchou, 2018, p.2). Ces objets, comme le rappelle l’auteure qui s’appuie sur l’idée d’« artefact graphique » développée par Matthew Hull, sont des « objets qui servent d’instruments de médiation des discours et processus de communication » capables de nous renseigner sur les interactions à l’hôpital et les représentations qui s’y déroulent (*Ibid.*, p.1). Je considère que l’ordonnance faisait partie des artefacts médicaux et, reprenant les mots de Josiane Carine Tantchou, qu’elle en avait les propriétés.

« [...] les artefacts servent à exprimer des résistances ou dévoilent la capacité d’agir (agency) des usagers (soignants, patients) ; ils nous éclairent sur les pratiques à travers lesquelles la maladie est “faite” (Mol 2002) – j’ajouterais “dé-faite” dans le sens de désassemblée ; ils contribuent à faire de la biomédecine une activité nécessairement située [...] » (*Ibid.*, p.2).

Je rejoins effectivement le point défendu par Josiane Carine Tantchou car sans ordonnance, le parcours de soins s’arrêtait – ou, pour le dire autrement, cet artefact « faisait » ou « dé-faisait » la maladie. Le soin avec lequel les mères conservaient, manipulaient et présentaient les ordonnances d’une séance ou consultation à une autre, d’un professionnel à un autre, avait d’ailleurs, retenu mon attention : lors de leurs visites à l’hôpital, elles avaient toujours avec elles les ordonnances et tous les documents glanés au fil du parcours de leur enfant. Elles les gardaient dans des sacs plastiques ou des grandes enveloppes en papier kraft qu’elles portaient directement à la main ou qu’elles glissaient dans un sac à main de ville. Selon les mères – et même lorsque les pères étaient présents, car ce sont elles qui maniaient les papiers –, une plus ou moins grande organisation des documents était visible. Sans le sésame que représentait l’ordonnance, les parents et leurs enfants n’avaient aucune possibilité d’obtenir des réponses à leurs questions. Si, pour une grande partie d’entre eux, ce qui figurait sur ce papier ne faisait littéralement aucun sens – car il impliquait la lecture, et de surcroît en français –, il était néanmoins précieux en tant qu’outil de communication : il prouvait que le médecin avait vu la famille, avait entendu sa demande et qu’ils avaient le

¹⁶³ Anthropologue, INSERM-IRD-U2, Observatoire régional de la santé (PACA), UMR 912, Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés.

droit d'accéder à un rendez-vous avec les autres spécialistes du service. Il prouvait, face aux médecins et joint aux autres documents, qu'une ou que plusieurs actions avaient été entreprises pour leurs enfants. En ce sens, rejoignant les conclusions de Josiane Tanchou, je considère que l'ordonnance, en tant qu'artefact, révélait la capacité d'agir des parents.

De plus, dans la continuité de ces remarques, mais m'intéressant cette fois aux professionnelles, je note que le contenu de cette ordonnance pouvait aussi générer des tensions entre membres du service, puisque c'est à partir de l'ordonnance que les professionnelles intervenaient : ce document obligeait les professionnelles, c'est-à-dire la psychologue et les paramédicaux, à donner suite aux exigences du médecin, les plaçant dans un rôle subalterne vis-à-vis du médecin – sauf si, comme Haniya, elles estimaient avoir la légitimité professionnelle, d'un point de vue disciplinaire et de l'ancienneté, de réfuter la prescription du médecin. Mais à part Haniya qui pouvait refuser de donner suite à la prescription laissée sur l'ordonnance, les autres professionnelles ne s'étaient jamais, à ma connaissance, opposées à l'accomplissement de l'acte prescrit. L'ordonnance permettait ainsi de mettre en lumière les éventuelles résistances (ici de la psychologue) et les capacités d'agir plus ou moins importantes en fonction de la hiérarchie des savoirs.

3.5.2.3. *Le dossier médical*

Un des autres artefacts dont les médecins faisaient usage était le dossier médical¹⁶⁴, qui ne circulait qu'entre les médecins et l'infirmière psychiatrique. Tel que précisé par Anne Mayère et ses co-auteurs, « le dossier patient vise à transformer un patient polymorphe, qui présente des indices variés, contradictoires, ambigus, en un “cas maîtrisable” inscrit dans une trajectoire médicale » (Mayère et al., 2012). Cette activité de transformation, matérialisée par les écritures manuscrites dans le dossier, s'opérait en deux temps : l'anamnèse était réalisée par un travail de traduction, de formulation médicale de la réalité (Baszanger, 1986; Good, 1994), puis venait le temps de la (psycho)thérapie – dispositif articulé, entre autres, autour de la parole du patient¹⁶⁵ – au cours de laquelle les médecins

¹⁶⁴ Si j'ai pu consulter les dossiers médicaux à titre informatif, je n'avais pas le droit, comme indiqué par la commission d'éthique, de photographier leur contenu ou de le consigner par écrit.

¹⁶⁵ Je montrerai au chapitre 7 dans quelle mesure le dispositif était aussi largement ancré et organisé autour du corps, conférant aux (psycho)thérapies mises en place une dynamique particulière.

prenaient des notes dans le dossier médical sur l'évolution des comportements des enfants et indiquaient les traitements médicamenteux prescrits. Cette traduction, accomplie par les médecins, participait de la mise en œuvre des « connaissances nécessaires » (Ogien, 1992). Elle faisait le lien entre les idiomes profanes (les expressions des parents) et le vocabulaire biomédical et les conduites à tenir. Devenir un « cas maîtrisable » impliquait, pour les médecins, de reconstituer le parcours de l'enfant depuis sa naissance (incluant la grossesse de la mère), les antécédents familiaux et les comportements jugés problématiques traduits en signes. Ces éléments retenus et listés par les médecins étaient toujours les mêmes : ils suivaient la trame apprise lors de la formation et ils reportaient, en dessous de chaque item inscrit à la main, les éléments de réponse apportés par les parents et les enfants. Même si l'intérieur du dossier médical était vierge de toute indication ou de contrainte à respecter – représentant ainsi « un support non discipliné » –, il était rempli de manière systématique par les nombreuses données collectées par les médecins (Vinck in Tantchou, 2018, p.6). Comme le souligne Josiane Carine Tantchou à propos des artefacts en général, et en référence à l'article de Marc Berg sur les pratiques de lecture et d'écriture du travail médical (Berg, 1996), « la routinisation » dont ils étaient l'objet « permet[tait] une économie de l'effort, facilit[ait] l'action » (Tantchou, 2018, p.15). Ces éléments collectés de manière routinière étaient donc déterminants car ils aidaient à obtenir un consensus (en rapport au DSM utilisé comme référence dans le service) qui, comme expliqué par la Dre Majd, sert de base pour les « conduites à tenir » mises en œuvre pour le traitement.

3.5.2.4. *Le diagnostic*

Avec le fonctionnement basé sur les savoirs spécialisés étudiés par Nicolas Dodier, chaque professionnelle était amenée à rencontrer le patient de manière isolée et selon son propre cadre de référence disciplinaire (Dodier, 2007). Pourtant, la Dre Majd m'avait expliqué que la mise en commun des connaissances de chacune faisait sens, car le diagnostic qui « donne la conduite à tenir » se construisait avec l'ensemble de l'équipe :

« Bien sûr, on fait le diagnostic ensemble. Par exemple, la psychologue, le QI, la guidance, la prise en charge aussi. Parfois c'est nous [les médecins] qui mettons le diagnostic mais on a besoin aussi de la psychologue pour la psychothérapie, la

guidance parentale. [...] pareil pour les orthophonistes, psychomotriciens. Oui, on a aussi besoin de leur avis pour faire le diagnostic. C'est un travail d'équipe.

Cependant, comme je l'ai souligné à plusieurs reprises depuis le début de cette partie sur les visages de l'équipe d'Al-Balkhi, le travail au quotidien de chacun des membres de l'équipe était solitaire – donnant une autre perspective aux propos tenus par la Dre Majd¹⁶⁶. De cette logique de fonctionnement découlaient des divergences en termes de « diagnostics » et de « protocoles de soins », aussi appelés par les orthophonistes et les psychomotriciennes « projets thérapeutiques ». Ces différences, je les ai constatées en consultant les dossiers médicaux des enfants rédigés par les psychiatres puis en lisant les bilans et projets thérapeutiques de ces mêmes enfants rédigés par les orthophonistes et psychomotriciennes : ainsi, les bilans d'Amar (7 ans) réalisés par la psychomotricienne indiquaient un « retard des acquisitions », un tableau également dressé par l'orthophoniste qui n'excluait néanmoins pas la présence additionnelle d'un « trouble oppositionnel » qui, pour elle, pouvait être la source des complications d'apprentissages du garçon. Prenons comme autre exemple les bilans d'Adil (8 ans), qui révélaient une « hyperactivité » pour la psychomotricienne alors que l'orthophoniste suspectait « un autisme ». Du fait de ces discordances entre, d'un côté, les hypothèses diagnostiques ou les diagnostics – tous deux utiles à la mise en place de leur travail (Ogien, 1992) – et, de l'autre, les protocoles de soins et les projets thérapeutiques, les professionnelles n'orientaient pas leurs regards dans la même direction en termes d'objectifs thérapeutiques : ceci pouvait d'ailleurs être difficile à gérer pour les enfants et les parents en matière de suivis thérapeutiques à accomplir à la maison – je détaillerai cette problématique aux chapitres 5 et 6. À ce propos, Lyne Bordeleau et Jeannette Leblanc notent que le désaccord concernant le diagnostic et la divergence d'opinions quant aux services nécessaires à l'utilisateur compromettent « la continuité et l'intégration [des services] de manière marquée pour l'ensemble de la jeune clientèle » (Bordeleau & Leblanc, 2017, p.239). S'il n'est pas pertinent de parler de l'intégration des services à propos de ce qui était mis en place entre Al-Balkhi et d'autres services, ce travail de coordination étant réalisé par les parents et non par les professionnelles, les commentaires des auteures étaient justes concernant l'intégration des divers soins proposés aux enfants à l'intérieur du service : les médecins n'avaient que peu de contact avec les professionnels extérieurs à l'hôpital.

¹⁶⁶ Je me concentre principalement sur les échanges et les temps de rencontres formelles entre professionnelles. J'ai pu observer de temps à autre des échanges entre professionnelles, notamment au secrétariat en début de journée lors de la récupération des agendas, concernant des patients, mais tout cela reste informel et hors supervision du chef de service.

Interrogée sur les relations avec l'école, car certains bilans réalisés par les psychomotriciennes et orthophonistes requéraient le remplissage de questionnaires par les enseignants, la Dre Majd m'avait répondu :

« Malheureusement, non. Parfois on fait des tests par exemple quand on suspecte de l'hyperactivité, il y a un test c'est l'enseignant qui doit répondre au questionnaire. On n'a pas un contact direct.

Contrairement aux procédures en place dans le système pédopsychiatrique français par exemple (où des réunions de réseaux, coordonnées par les assistants sociaux et incluant les partenaires engagés dans le parcours de l'enfant, ont lieu), les parents étaient à Al-Balkhi les messagers d'un professionnel à un autre, acteurs essentiels pour créer les liens entre les divers maillons de la chaîne de soins de leur enfant.

3.5.2.5. Les « Conduites à tenir »

Dans le service de pédopsychiatrie, les « conduites à tenir » avaient pour objectif de *changer* les comportements des enfants. Elles se matérialisaient par des tableaux dont les contenus variaient selon les âges et les problèmes rencontrés, et auxquels étaient parfois adjoints des traitements médicamenteux (voir les cadres 1, 2, 3).

Cadre 7. Exemple de tableau d'activité

Cadre 8. Exemple de tableau de récompense selon le comportement

Hand-drawn table for behavior reward. The table has 10 rows and 3 columns. At the top left, there are two smiley faces and the word "Total" written twice. At the bottom left, there is a note "Técompense a-10 (10 minutes)" and another smiley face.

Cadre 9. Exemple de tableau pour le traitement de l'énurésie

Hand-drawn table for enuresis treatment. The table has 10 rows and 4 columns. The rows are labeled with days of the week in Arabic: "jow", "lundi", "Harbi", "Mercredi", "jeudi", "Vendredi", "Samedi", "Dimanche", and "total". The columns contain symbols: a sun, a starburst, and Arabic text "يوم".

Ces artefacts graphiques, au même titre que l'ordonnance, servaient « d'instrument de médiation des discours et processus de communication » entre les médecins et les familles (Hull in Tantchou, 2018, p.1). Comme le soutient Josiane Carine Tantchou, ils sont une source d'identification des capacités d'agir des acteurs ainsi que de connaissances des relations de pouvoir¹⁶⁷. Tentant d'en savoir plus sur ces « conduites à tenir », j'avais interrogé la Dre Majd :

« Moi : Et sur les conduites à tenir, ce sont des choses qui sont formalisées, officialisées en fonction des pathologies, des cas ? Ou c'est au cas par cas et finalement ça dépend un peu de la situation ?

« Dr Majd : Pour l'enfant ou pour ?

« Moi : Pour l'enfant.

¹⁶⁷ Je reviendrai dans les chapitres 6 et 7 sur le détail de ces tableaux afin de montrer les dynamiques de résistance et d'empowerment qui accompagnent la création de ces tableaux, matérialisation du traitement (psycho)thérapeutique.

« Dr Majd : Pour l'enfant, normalement, c'est formalisé, il y a des consensus. Si tu as le diagnostic, tu auras la conduite à tenir. Parfois, il y a des cas qui sont un peu compliqués, il y a 2 diagnostics à la fois. Il y a des associations. Bien sûr, on va les traiter en fonction des consensus mais aussi chacun a sa touche. Chaque psychiatre, surtout au niveau de la psychothérapie, on ne va pas changer les traitements médicaux. La psychothérapie, chacun a sa conduite.

Comme expliqué par la docteure, les « conduites à tenir » correspondaient aux pratiques thérapeutiques mises en place pour modifier la manifestation des signes (ou symptômes) et ouvrir une voie vers un aller mieux ou un rétablissement complet. Les conduites à tenir, objet de « consensus » tel que noté par la docteure, étaient indissociables des diagnostics : il faut connaître ces derniers pour les définir. La Dre Majd avait également précisé que les conduites désignaient des protocoles thérapeutiques « formalisés », c'est-à-dire recommandés à partir de l'identification des troubles en référence au DSM. Les protocoles thérapeutiques étaient des standards que les professionnelles avaient appris à maîtriser au fur et à mesure de leur formation et de leur expérience (Ogien, 1992, p.79). Tous les médecins y faisaient référence et certains en avaient une version synthétisée format poche dans leur blouse – rien d'officiel, mais ce document était consulté de temps à autre en cas de doute quant aux caractéristiques cliniques rencontrées et aux types de trouble ou de syndrome auquel elles renvoyaient.

L'usage du mot « consensus » employé par la Dre Majd mérite une attention particulière car il est – et cela a tendance à disparaître dans les débats autour du DSM – exactement ce à quoi correspond le contenu du DSM, comme nous le rappelle Marc-Antoine Crocq (2014), psychiatre et directeur de la traduction en français du DSM-5. En effet, dans un article consacré aux principes du DSM, l'auteur explique que les catégories diagnostiques, dont « l'utilisation confère une aura de validité » qu'il qualifie d'« exagérée », « peuvent être réifiées, prises pour des entités naturelles, alors qu'elles ne sont fondées que sur un consensus de certains experts à un moment donné » (*Ibid.*, p.655). Cette réification est un des aspects qui m'a frappée dans la pratique des médecins et elle m'interpelle d'autant plus que la docteure évacuait les désaccords et les doutes que la notion même de consensus – pourtant admise - impliquait.

Albert Ogien, se concentrant sur la place des diagnostics dans la clinique pédo-psychiatrique, apporte un regard intéressant pour penser cet apparent paradoxe et nuancer ce qui peut effectivement apparaître comme une réification (1992). Il analyse que

pour pouvoir intervenir, « le personnel soignant » doit « établir les limites de la connaissance tenue pour nécessaire afin d’agir dans le sentiment de le faire de façon adéquate » (*Ibid.*). La réification que j’ai analysée est donc le résultat de la construction et de l’usage d’un outil permettant aux professionnelles d’agir. Comme l’expliquait la docteure – et comme je l’avais constaté dans les consultations (y compris dans celles de ses collègues) –, c’est par la référence aux critères diagnostics (et non simplement sur le base de signe interprétés de manière intuitive) que le diagnostic se faisait, et j’ajouterai, reprenant les visions respectives de Josiane Carine Tantchou (2018) et d’Anne-Marie Mol (2002), que « la maladie » se faisait et que des solutions étaient pensées et apportées.

« Ce n’est qu’avec l’apposition d’un diagnostic, la nomination du mal, que le médecin peut mettre en œuvre les actes et décisions visant la guérison et constituant le soin. Il est, en quelque sorte, possible d’affirmer que, sans diagnostic, l’activité pratique de la médecine ne saurait exister, et la clinique n’aurait aucune signification. » (Ogien, 1992, p.79)

Ainsi, si les médecins, à l’instar de la Dre Majd, avaient effectivement conscience qu’il s’agissait d’un consensus, il n’en demeurait pas moins que dans la pratique quotidienne, le diagnostic constituait une catégorie prise en tant que telle, peu questionnée, car, *in fine*, à même de définir un cadre d’action, de poser les limites d’« une connaissance nécessaire » (*Ibid.*) afin d’agir auprès des patients et de leur famille¹⁶⁸. Cependant, contrairement à ce qu’Albert Ogien a constaté dans sa propre étude, il n’était pas ici « un principe d’organisation du travail collectif » mais constituait un outil individuel que chacun manipulait selon ses besoins, ses contraintes et l’utilité pour le travail clinique quotidien.

3.5.2.6. *Les médicaments*

Contrairement à la place centrale occupée par le médicament dans « le système tel qu’il prévaut dans les pays occidentaux » (Akrich, 1995), et plus particulièrement dans les thérapies de santé mentale pour les enfants et adolescents (Chamak, 2009b), mes observations à Al-Balkhi m’ont certes donné à voir la prescription de médicaments, mais comme l’a fait remarquer le Prof. Alaoui, les parents étaient réticents aux traitements

¹⁶⁸ Dans les chapitres suivants, je montrerai que pour les parents, et les enfants, le diagnostic avait également un usage « structurant », constituant « une connaissance nécessaire » pour la vie en famille, marquée par les implications de la maladie.

médicamenteux par peur – infondée selon lui – de dépendance : les médicaments n'étaient donc pas centraux dans les dispositifs de soins du service de pédopsychiatrie. La situation économique des familles marocaines et le prix des médicaments pouvaient également constituer un frein à l'accès aux traitements (Gruénais & Guillermet, 2018), comme au Sénégal ou en Mauritanie (Badji & Desclaux, 2015; Kane, 2015). Ainsi une mère m'avait raconté qu'elle demandait à son frère, qui vivait en Espagne, de lui envoyer par la poste les traitements de son fils. Pour d'autres parents, les trajets à Ceuta, enclave espagnole au nord du Maroc dont les pratiques tarifaires sont régulées par les lois européennes, offraient une alternative aux coûts jugés exorbitants des médicaments.

Néanmoins, à l'image d'une recherche menée par Khadija Zouitni et ses collègues de Rabat¹⁶⁹, les traitements médicamenteux constituaient dans certains cas une solution à la fois offerte par les professionnelles et plébiscitée par les parents et les jeunes pour réguler les manifestations du trouble diagnostiqué (Zouitni et al., 2017). Ils étaient alors présentés comme des solutions temporaires dans le parcours de soin en attendant de pouvoir, par soi-même, contrôler les impacts du trouble, en accomplissant un travail sur soi (qui sera détaillé au chapitre 5). L'extrait ci-dessous montre le rôle donné au médicament :

« Mufida (11 ans) : Elle [sa mère] m'a crié dessus.

« La Médecin : Parce qu'elle a crié uniquement ? [...] Ce n'est pas grave. Ce que nous allons faire maintenant, Mufida, c'est que nous allons augmenter la dose du médicament, tu ne vas plus prendre un demi-comprimé le matin mais un comprimé le matin.

Dans le cas de Mufida, la médecin avait recours à la chimie du cerveau pour expliquer les « dérèglements » dont elle souffrait et justifier l'usage des médicaments :

« [...] c'est comme ce que je t'ai dit, il y a des choses dans les cerveaux qui se dérèglent et il nous faut les régler en utilisant les médicaments, il nous faut du temps, petit à petit. Tu as compris ? C'est pourquoi nous allons ajouter un autre demi-comprimé le matin, combien tu vas prendre ? Un comprimé le matin, on est d'accord ?

¹⁶⁹ Cette enquête de type qualitative a été conduite auprès de trente familles de malades adultes suivis en psychiatrie (hospitalisés ou suivis en externes) avec qui des entretiens semi-directifs ont eu lieu, ainsi qu'avec vingt-huit soignants sur le même lieu et avec la même modalité. Une analyse de discours, inspirée de la phénoménologie, a été favorisée.

En attendant d'accomplir le travail sur soi, et par soi, Mufida était responsabilisée car tenue informée de son traitement, la médecin s'assurant avec elle qu'elle comprenait le fonctionnement et la prise du médicament – ce qui ne l'empêchait pas de tout répéter à Jahida, la mère de Mufida, plus tard dans la séance. Tel qu'expliqué par le médecin, le traitement servait à « chasser les pensées » jugées négatives par Mufida. Malgré le coût financier, Jahida et son mari étaient disposés à recourir aux médicaments pour leur fille, car ils étaient convaincus qu'il s'agissait pour elle d'une aide précieuse. Ces conclusions rejoignent celles de l'équipe, qui soulignait l'importance de faire reconnaître à la famille que les psychotropes étaient indispensables.

La revue menée sur les outils révèle que divers outils circulaient à Al-Balkhi, avec des usages parfois complémentaires (à l'image de l'ordonnance), mais parfois également contradictoires – comme pour le dossier médical qui, du fait d'un remplissage séparé pour chaque professionnel, ne joue pas le rôle de catalyseur d'informations qu'il pourrait avoir dans d'autres contextes (Mayère et al., 2012). Mais au-delà de ces divergences et difficultés de collaboration, j'ai relevé plusieurs éléments qui constituaient un terreau commun aux professionnelles d'Al-Balkhi : l'ancrage principal se faisait, pour reprendre l'analyse faite par Delphine Serre au regard des assistants sociaux (2009), par l'appartenance à une même génération dont je détaillerai la signification et les conséquences dans la partie suivante.

3.6. Fondements structurant du service de pédopsychiatrie d'Al-Balkhi

Dans la dernière partie de ce chapitre, je présente les valeurs et représentations qui guident plus ou moins tacitement les pratiques des professionnelles au quotidien. Premièrement, j'introduis la notion d' « appartenance générationnelle » et décline les effets de cette affiliation commune sur les manières de prendre soin de l'enfance et l'adolescence. Deuxièmement, j'analyse son influence sur la conception locale de l'enfance et de l'adolescence qui façonne pareillement les trajectoires des jeunes patients reçus à Al-Balkhi.

3.6.1. L'appartenance à une même génération

En effet, si les moyens mis en œuvre pour suivre les enfants de manière hebdomadaire, n'étaient pas toujours coordonnés, je constate que les objectifs de soins et la vision des

professionnelles sur la manière de dispenser des soins étaient partagés. Le recours à une approche commune des soins, « du prendre soin des enfants » et de « dispenser des soins », en termes d'appartenance à une même « génération », permet de mettre en lumière le fait qu'elles partagent une perspective identique de la pédopsychiatrie en tant que discipline médicale, des références semblables concernant le modèle théorique suivi, et une attention analogue au processus de réflexivité dans le travail quotidien. Je souligne par ailleurs que l'ouverture récente du service et le recrutement, sur concours pour des futures professionnelles issues d'écoles reconnues par l'État, et donc formées au Maroc, sont deux facteurs explicatifs de l'existence des caractéristiques décrites par la suite.

3.6.1.1. *La remédicalisation*

Pour comprendre les points communs et la vision partagée par les membres de l'équipe et les manières dont les professions, dans le discours des acteurs, se complètent, le contexte professionnel mérite d'être mis en exergue. Dans son ouvrage intitulé *Les coulisses de l'État social* (Serre, 2009), Delphine Serre s'intéresse aux assistantes sociales et, entre autres, à l'influence de leur formation sur leurs pratiques de signalement¹⁷⁰. Se concentrant, d'un côté sur le contexte socio-politique (les années 1970 et le début des 1980 versus la fin des années 1980 et les années 1990 en France) et, de l'autre, sur le rôle joué par les théories de l'histoire de l'État social dans leur cursus, l'auteure met en valeur ce qu'elle nomme, en référence à la théorie de Karl Mannheim sur l'approche générationnelle, un « mode de générations » caractérisé par « l'entrée au même moment dans la même profession » (*Ibid.*, p.208). Son analyse de la situation des assistantes sociales ainsi que des modes d'exercice de leur métier selon les générations auxquelles elles appartiennent paraît particulièrement pertinente pour comprendre certaines dynamiques à l'œuvre – par exemple l'éclosion et la croissance de métiers comme l'orthophonie et la psychomotricité dans le cas d'Al-Balkhi. Bien que leurs identités professionnelles soient différentes, j'estime que ces métiers appartiennent à une même génération, dès lors que l'on se réfère aux grands mouvements que la psychiatrie a traversés, notamment celui de la remédicalisation. Par conséquent, leur présence dans les

¹⁷⁰ L'enquête de l'auteure a été menée entre 1990 et 1992 dans deux services sociaux de la région parisienne. Elle se base sur le dépouillement des rapports rédigés par des assistantes sociales, des entrevues avec quelques-unes d'entre elles et l'observation participante de leur travail sur le terrain.

équipes pédopsychiatriques est la marque d'un « mode générationnel » commun qui leur offre une place dans les structures de soins contemporaines.

Toutefois, il me semble essentiel que cette approche générationnelle soit étendue à l'ensemble des nouvelles recrues du service : ainsi, au même titre que psychomotriciens et orthophonistes font partie de la même génération, je pense qu'il est juste d'affirmer que, d'un point de vue générationnel, les psychiatres avec lesquels ils travaillent appartiennent à cette même génération – celle de la remédicalisation de la psychiatrie, de la disparition de la psyché dans les théories étiologiques, et de la prédominance des approches cognitivo-comportementales pour prendre soin. De fait, la psychiatrie descriptive a redéfini les frontières et, avec elle, le rôle des professionnels en termes de *cure* et de *care*. Ce dernier point est crucial car il permet de comprendre, dans la perspective générationnelle ici défendue et dans la logique de soins à l'œuvre, la complémentarité entre les médecins et ceux appelés, dans la littérature ou par certaines professionnelles d'Al-Balkhi, les paramédicaux. Le Prof. Alaoui m'avait confirmé que leurs objectifs étaient identiques puisque toutes travaillaient à la « guérison », c'est-à-dire à l'éradication des signes ou symptômes, désormais définis comme *la pathologie* et non plus comme *des signes* d'un trouble. À la suite d'Alain Ehrenberg et d'Anne M. Lovell (2001), je note le glissement sémantique de *trouble* à *pathologie* et ce qu'il traduit du processus de médicalisation de la psychiatrie. Ainsi, à la manière des autres spécialités médicales, l'ensemble des professionnelles se concentraient sur la suppression des signes – ou leur diminution.

Si toutes organisaient donc leurs activités cliniques autour de l'idée que la pathologie pouvait être guérie, toutes cherchaient, par ailleurs, à apporter au patient « le maximum d'amélioration sur le plan fonctionnel, même si la maladie est toujours là » : les paroles du Prof. Alaoui faisaient référence à un principe essentiel de l'approche des soins partagée par les professionnelles, à savoir l'autonomie. En effet, lors d'un entretien en juillet 2014, le chef de service m'avait confirmé qu'elle était « un objectif important » de leur travail, précisant que « dans certains troubles du développement, l'autisme, le retard mental ou d'autres types de troubles du développement, c'est l'objectif principal ». Le but, pour les professionnelles, consistait à mettre en place « un fonctionnement qui soit le plus proche d'un fonctionnement normal », sous-entendu d'un enfant sans difficulté, n'ayant pas été diagnostiqué avec un trouble. En outre, il avait ajouté qu'il existait différents niveaux (« inférieurs » ou « supérieurs ») : selon les pathologies, « une autonomie de type

fonctionnelle » pouvait être visée (comme aller aux toilettes ou manger seul), alors que d'autres permettaient d'espérer des niveaux d'autonomie supérieurs (l'autonomie dans les déplacements, dans les études, dans le fait de travailler seul, etc.). Cette définition opératoire de l'autonomie en fonction des divers registres d'actions des patients caractérisés par les professionnelles n'était pas une démarche propre à l'équipe d'Al-Balkhi : dans son enquête sociologique en CMP dans le cadre de prises en charge psychiatrique, Livia Velpry souligne ainsi que la notion d'autonomie à laquelle se réfèrent les professionnels n'est pas « définie dans un discours formalisé » mais « renvoie [ici] à sa définition opératoire par les professionnels » (Velpry, 2008, p.147). Néanmoins, aussi pragmatique que soit la formulation des professionnelles d'Al-Balkhi ou du CMP ethnographié par Livia Velpry, je remarque que le terme d'autonomie soulève et avive l'existence de problématiques contemporaines discutées dans une grande partie de la littérature psychiatrique et des sciences sociales s'intéressant à la psychiatrie (Bureau & Hermann-Mesfen, 2014; Ehrenberg, 2004, 2006; Jouan, 2009) : pour ces auteurs, et pour reprendre les termes d'Alain Ehrenberg, l'autonomie est une « valeur suprême » qui sanctifie « le choix, l'initiative individuelle, la capacité de l'individu à être l'agent de son propre changement » (Ehrenberg, 2014a, p.103). Appliqué à la santé, y compris en psychiatrie, ce concept vecteur de normes (requis) et de pratiques (valorisées) fait du patient – et/ou des parents de patient dans les cas d'enfants patients – l'acteur/les acteurs de sa/leur trajectoire de soins. Ainsi, à Al-Balkhi, l'autonomie du patient, tant dans les discours que dans les activités cliniques, était le terreau commun de l'équipe¹⁷¹. Je considère donc que l'appartenance des professionnelles à cette même génération les incitait à opérer selon une manière commune de penser et de dispenser des soins au travers du prisme de l'autonomie tant comme moyen que résultat des activités thérapeutiques.

J'ai par ailleurs montré en introduction que les approches théoriques favorisées à Al-Balkhi se traduisaient par un détachement vis-à-vis de l'école française de psychiatrie. Il me semble que dans ce mouvement réside également le fondement de l'une des idéologies qui marquait le service et les manières d'y travailler. Il s'explique, selon le Prof. Alaoui, par le fait que le monde de la psychiatrie pouvait être divisé en trois grands « courants » distincts : d'un côté, celui des Américains, de l'autre, celui des Français, et à part, un troisième courant,

¹⁷¹ Je reviendrai plus longuement dans les chapitres 6 et 7 sur les pratiques professionnelles et la place de l'autonomie en leur sein afin de montrer comment au quotidien, dans la clinique et à la maison, professionnelles, parents et enfants travaillaient plus ou moins conjointement à la réalisation de certains niveaux et types d'autonomie(s).

« plus ouvert à tout ce qui est psychiatrie américaine » et dont faisaient partie, d'après lui, les Pays-Bas et le Maroc qui « n'ont pas vraiment de courant » (comme il le soulignait non sans humour). Dans ce monde tripolaire, la psychiatrie marocaine et « la nouvelle génération » de médecins qu'elle abritait étaient donc plus enclines à suivre les Américains qui, au niveau des approches comportementales, « sont en avance par rapport à tout le monde [...]». Ils [*les Français*] ont été dépassés par les Américains ». Le « passage obligé » qu'avaient pu représenter les épistémologies de Michel Foucault et d'Erving Goffman, par exemple, dans les réflexions sur la psychiatrie et la folie en contextes francophones, s'était étiolé et ne trouvait ni écho ni espace dans les échanges des professionnelles (Katharine Larose-Hébert in Doucet & Moreau, 2014). Par conséquent, si, comme indiqué précédemment, la France avait été le lieu de formation, ou l'un d'eux, de la grande majorité des psychiatres exerçant aujourd'hui encore au Maroc, à l'image du chef de service de la pédopsychiatrie d'Al-Balkhi, « la nouvelle génération » se formait désormais, et avant tout, au Maroc, et suivait « le courant américain ».

Dans un texte où il s'intéresse aux liens entre philosophie et psychiatrie depuis le XIX^e siècle, notamment entre l'Europe et les États-Unis, Steeves Demazeux¹⁷² fait justement un état des lieux de ces autres courants de pensée (Demazeux, 2016). Selon lui, « la nouvelle philosophie de la psychiatrie » et les autres travaux produits sur la psychiatrie ne s'interrogent plus sur l'épistémologie contemporaine de la psychiatrie. Ces questions, qui ont été aux fondements de la discipline, ne figurent plus dans les approches valorisées dans le contenu des formations actuelles, à l'instar de celles dispensées aux résidents d'Al-Balkhi (*Ibid.*, p.11). Tel que l'auteur le constate à propos du « XX^e siècle psychiatrique » porté et alimenté par la dissémination au niveau international du DSM-III (et ceux qui suivent), « la formation des psychiatres va progressivement être confinée dans une approche strictement médicale de la pathologie mentale » (*Ibid.*, p.17) : avec le tournant « positiviste et biomédical » de la psychiatrie, les liens entre psychiatrie et philosophie s'amenuisent, entraînant dans leur sillage la disparition d'un espace dévolu à la réflexion critique qui a accompagné, non sans conflit, le développement de la psychiatrie en Europe ou aux États-Unis depuis le début du XIX^e siècle (*Ibid.*). Des tentatives menées par les acteurs se réclamant de « la nouvelle philosophie de la psychiatrie » (par exemple Osborne P. Wiggins

¹⁷² Steeves Demazeux est philosophe (Université Bordeaux-Montaigne). Ses travaux portent sur l'histoire et l'épistémologie de la psychiatrie, et notamment aux modèles théoriques contemporains des maladies mentales.

et Martin Schwartz) ont visé à nourrir la clinique avec des réflexions issues de l'éthique, de la philosophie et des sciences humaines (*Ibid.*), mais les espaces formels de réflexion et l'apprentissage d'une pensée critique ont disparu, un peu à l'image de ce que j'ai observé dans le service d'Al-Balkhi. Le constat dressé par Steeves Demazeux est toujours d'actualité, notamment au Maroc, où j'ai pu observer que les manières de travailler des professionnelles correspondent à quelques-uns des effets du processus de remédicalisation que la psychiatrie a connu. Je détaille ci-dessous les manifestations concrètes des modalités d'exercice de la psychiatrie du XXI^e siècle, telle qu'elle s'implante à Al-Balkhi.

3.6.1.2. *L'absence de travail d'introspection chez les psychiatres*

J'ai constaté que, contrairement à ce qu'une partie de la littérature peut énoncer au sujet des résidents en psychiatrie, lors de nos interviews formelles et informelles, les professionnelles d'Al-Balkhi laissaient de côté les effets émotionnels des rencontres avec les patients (Chambry & Voizot, 2014; Rouzel, 2015)¹⁷³ en ne verbalisant pas leurs répercussions. Si cette problématique de l'influence des émotions du soignant ne faisait pas partie de la perspective théorique poursuivie dans le service, elle ressurgissait néanmoins de temps à autre dans les questionnements des médecins – m'incitant à affirmer que bien qu'elles soient évacuées des cursus, certaines problématiques demeuraient intrinsèquement liées à la pratique de cette médecine. .

Concrètement, à la suite de travaux d'aménagement pour accueillir une équipe grandissante, seuls les espaces de soins existaient à Al-Balkhi (c'est-à-dire les bureaux de consultations ou de séance où les professionnelles travaillaient individuellement), mais les lieux d'échanges dans lesquels les médecins pouvaient démêler les nœuds intersubjectifs,

¹⁷³ Dans cet article publié dans la revue *Pratique et transmission de la psychothérapie en psychiatrie*, Jean Chambry et Bernard Voizot, respectivement ancien interne devenu pédopsychiatre et praticien hospitalier ayant des fonctions dans la formation universitaire, réfléchissent à partir de leur place et de leur expérience aux enjeux en termes de formations et de transmission de savoir à la place des internes dans les services de psychiatrie en France. Ils concluent que « l'aspect traumatique de la découverte des troubles mentaux » par les jeunes internes n'est pas suffisamment considéré dans la formation et ils proposent la mise en place systématique d'activités telles que la supervision, l'analyse de la pratique ou encore les groupes Balint (C'est un groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne. Les participants sont des soignants qui ont tous des responsabilités thérapeutiques et un à deux leaders de formation psychanalytique, <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>). À noter qu'aucune de ces activités n'est proposée à Al-Balkhi.

nés des rencontres avec les patients, n'étaient plus disponibles dans le bâtiment. La Dre Majd, par exemple, était la professionnelle qui s'était le plus ouverte à moi sur les tensions entre théorie et pratique auxquelles ses collègues et elle étaient confrontées : d'un côté, ses collègues résidentes et elle avaient assimilé au cours de la formation les catégories scientifiques qui les conduisaient à se référer au DSM, aux listes de critères diagnostics et aux conduites à tenir, mais de l'autre côté, elles étaient prises dans des questionnements personnels, plus ou moins partagés entre elles ou avec moi, mais qui restaient en suspens, sans réponse, voire non formulés, du fait (comme évoqué précédemment) de l'absence d'espace délibératif. « Je ne sais pas quoi penser » affirmait l'une des docteurs à propos du maintien des pensées suicidaires d'une patiente sous traitement antidépresseurs depuis plusieurs mois ; une autre rapportait se référer aux manières de faire de sa propre mère lorsqu'elle était elle-même adolescente pour tenter d'améliorer la relation d'une mère ; une autre été dépitée de l'attitude d'une mère qui, à ses yeux, ne respectait pas les « conduites à tenir » discutées et ne savait pas comment faire pour qu'il en soit autrement. Ces pensées et ces vécus laissés pour compte devenaient un potentiel blocage dans la vie professionnelle et personnelle des jeunes professionnelles, partagés avec moi sous forme de doutes, mais sur lequel des mots ne pouvaient être mis faute de pratique de la réflexivité.

Comme l'ont constaté Jean Chambry et Bernard Voizot qui évoquent « (u)n sentiment de découragement, d'abattement et de dépression » pour qualifier l'état émotionnel de certains des résidents en psychiatrie avec qui ils travaillent (Chambry & Voizot, 2014), j'ai observé et noté des moments de fatigues et de découragement qui, à mon sens, étaient l'expression de ces doutes et questionnements laissés en suspens. Les regrets quant au peu de guidance reçue de la part du chef de service, les problèmes de coordination avec les autres professionnelles, le manque de temps pour échanger au sujet des solutions possibles ou des progrès thérapeutiques étaient autant d'expressions partagées directement avec moi ou entre collègues¹⁷⁴ et ils me semblaient être autant de signes de cette forme de découragement. Taire les répercussions des rencontres avec les patients et leur famille avait donc des effets qui, d'une manière ou d'une autre, étaient amenés à trouver une voix/voie d'expression chez les soignants.

¹⁷⁴ J'ai pu constater que dans ces cas, les plaintes étaient surtout échangées entre collègues d'une même profession. Je rappelle par ailleurs qu'en moyenne les professionnelles recevaient entre 2 et 3 patients par heure de présence dans le service, avec un maximum de 45 minutes de pause réparties sur une journée s'échelonnant de 9h00 à 15h00.

Dans d'autres contextes géographiques, ces aspects auraient pu, éventuellement, faire l'objet d'un travail réflexif de groupe et/ou de supervision, le collectif accentuant le poids du subjectif dans la formation d'idées et d'opinion (Garcia-Fons, 2005; Michelot, 2011), mais au Maroc, les professionnelles ne trouvaient pas de lieu d'écoute afin de penser les implications de leurs émotions auprès des jeunes patients dont elles s'occupaient. Le souci d'objectivité voilait la possibilité même de conduire un travail d'introspection. Les émotions n'avaient pas de place (Chambry & Voizot, 2014; Rabeyron, 2019). Pour les acteurs de terrain rencontrés cependant, cette pratique consistant à interpréter « avec une forte imprégnation psychanalytique » (Prof. Alaoui) et requérant une prise en compte de ses propres affects était jugée passéiste, « dépassée » pour reprendre les propos du chef de service : s'inscrire dans la modernité médicale impliquait de s'en détacher. Certaines situations pouvaient être décrites comme « compliquées », « complexes » ou « tristes », mais ces commentaires et leurs implications pour les professionnelles n'étaient pas débattus. Pour ces professionnelles de la psychiatrie, discipline basée sur la médecine par les preuves, l'« objectivité » avec laquelle elles souhaitaient aborder les patients nourrissait ce positionnement, à savoir une évacuation des affects dans les discussions cliniques (N. Laurent, 2007, p. 116).

Cette absence de recherche d'un retour critique sur leurs pratiques pouvait, à mon sens, être également perçue dans le rapport que les soignants et moi entretenions en tant que professionnelles. Si, pour certains de mes collègues doctorants suisses travaillant également dans le contexte clinique, leur présence en tant qu'anthropologue suscitait très souvent intérêt, crainte, collaboration et réflexion commune, je constatais que - au-delà d'un certain rôle stéréotypé de l'anthropologue (forcément étrangère) venue découvrir et apprendre la langue et les habitudes du pays – ma présence n'était que peu commentée en termes d'apports professionnels – du moins publiquement¹⁷⁵. J'ai tenté, pendant des mois, de faire une présentation à l'équipe de mon travail, d'expliquer les raisons de ma venue, les enjeux de ma recherche ; à trois reprises, mes interventions programmées ont finalement été annulées, faute de temps ou de disponibilité. Si, individuellement, certains me demandaient

¹⁷⁵ Dans l'enquête ethnographique menée entre 2010 et 2014 auprès de migrants chinois et leurs descendants résidant en région parisienne, Simeng Wang explique que du fait de ses compétences linguistiques, elle s'est vu « assigner » un rôle « d'interprète français mandarin et médiatrice culturelle » entre patients et professionnels (p.141). Ces rôles spécifiques, illustré par le titre d'un des articles publiés à la suite de cette recherche « aidez-nous à comprendre vos Chinois », montrent que selon la place du chercheur divers types de lien, incluant des formes de « légitimation », peuvent s'instaurer entre chercheurs et professionnels de santé (Wang, 2016).

si j'avancais « bien » et si je « trouvais des réponses à ma recherche », la direction du service, et par conséquent la dynamique institutionnelle, ne laissait aucune place pour qu'un débat sur ma présence et mon travail puisse avoir lieu.

Dans le contexte spécifique d'Al-Balkhi, j'analyse ce manque d'intérêt comme la marque d'une relation plus générale à la complémentarité des regards scientifiques dans la construction des savoirs psychiatriques. Les sciences sociales comme « clés d'analyse et d'amélioration des pratiques soignantes » n'étaient pas valorisées, renforçant, de mon point de vue, l'unicité d'une pensée centrée sur une seule approche excluant toute science non médicale ou ne se référant pas à la même épistémologie (Pilleron, 2020). La possible production, par une approche sociologique, d'une « connaissance précise et fine » de la psychiatrie et de la maladie mentale, tel que le défend Livia Velpry, n'a pu constituer, à l'époque de ma présence sur le terrain, un point de partage et d'échange avec les professionnelles (2008, p. 311).

Les questions de l'apport de ma recherche au fonctionnement du service et de ma capacité à réfléchir à une discipline dont je ne connaissais rien – puisque je n'exerçais moi-même aucune profession représentée dans le service – avaient d'ailleurs été pointées par le directeur de l'hôpital. Sa remarque n'était pas sans rappeler l'expérience de Muriel Darmon et le « mépris » (notamment disciplinaire) expérimenté par la chercheuse lors de sa rencontre avec un psychiatre à qui elle exposait sa recherche sur l'anorexie (2005, p.103). Lors d'une discussion avec le chef de service, alors qu'il m'indiquait que les consultations pour « autisme » et « hyperactivité » concernaient davantage de garçons que de filles, je l'avais questionné sur les éventuels liens entre expression de la souffrance et normes sociales et culturelles – une partie de la littérature, certes non majoritaire mais existante, s'interroge en effet sur les impensés liés au genre dans l'expression de certaines manifestations pathologiques (Julie Pluies et al., 2019); par ailleurs, comme je l'ai abordé en introduction, d'autres critiques, s'articulant autour des biais engendrés par des essais cliniques, certes randomisés, mais n'intégrant majoritairement que des adultes blancs éduqués, remettent en cause la scientificité à laquelle la psychiatrie biomédicale prétend (Henrich et al., 2010a). Le Prof. Alaoui m'avait répondu que les tendances observées dans son service rejoignaient les publications au niveau international attestant que les causes principales des maladies rencontrées dans la clinique étaient relatives à « des facteurs génétiques » :

« [...] il y a des facteurs génétiques qui jouent un rôle. Moi, c'est le facteur qui me semble jouer un rôle important, il y a aussi les autres facteurs – le rôle du garçon, de la fille, ce n'est pas la même chose. . »

Je n'ai ni les compétences ni l'intention d'incriminer les recherches se concentrant sur l'influence de la génétique dans l'expression de certains troubles psychiatriques (Geoffroy et al., 2016), néanmoins je défends l'idée que les sciences humaines peuvent documenter et analyser les « biais » de la médecine, comme le montre le mouvement WEIRD évoqué précédemment. Rob Whitley note à propos de l'anthropologie (et avec lui d'autres chercheurs en sciences humaines, dont Livia Velpry en sociologie (Velpry, 2008)(2008)) que ces disciplines ont un rôle à jouer dans la recherche en santé mentale à l'ère de la médicalisation (Whitley, 2014)(2014). Extrait des urgences et des pressions quotidiennes de la clinique, mon apport aurait pu (ou pourrait) consister à faire dialoguer la psychiatrie et l'anthropologie afin de lire autrement les problèmes vers lesquels nos regards convergent – comme la distinction de genre dans les diagnostics psychiatriques précédemment évoquée, mais l'intérêt pour de telles ouvertures à d'autres perspectives était minime, le Prof. Alaoui concluant :

« « [...] moi je pense que c'est plus les facteurs génétiques, surtout ce sont des différences qui sont fixes, qu'on trouve dans tous les pays donc ça fait plus quelque chose qui est inscrit quelque part dans la carte génétique plutôt que le hasard ou la culture. »

Pour le chef de service, « la carte génétique » était l'option la plus certaine à explorer afin de comprendre, dans une optique de guérison, les maladies psychiatriques. Je n'ai pas pu savoir ce qu'il en était des autres facteurs qu'il évoquait. La référence faite à la culture, mentionnée comme un élément contingent de la clinique, était mise de côté au profit de la médecine par les preuves. La légitimité de l'anthropologie en tant que discipline à même de stimuler et d'apporter d'autres (formes de) savoirs à la psychiatrie est à analyser dans le contexte d'une psychiatrie soucieuse de se remédicaliser et/ou de confirmer sa scientificité. Si, d'un point de vue épistémologique, des auteurs ont commenté les effets de ce changement de paradigme, je constate que j'ai pu les observer dans les pratiques des professionnelles d'Al-Balkhi, notamment via l'absence de travail critique et réflexif au quotidien.

3.6.1.3. *La place des affects chez les autres professionnelles*

Jusqu'à présent, j'ai parlé de la psychiatrie faite par les médecins psychiatres, mais j'ai souligné en début de cette partie que d'autres visages présents dans le service faisaient partie intégrante de l'offre de soins quotidiennement dispensée aux jeunes patients : toutes travaillaient, comme les psychiatres, sous l'influence du contexte précédemment décrit – et du fait de leur appartenance à une même génération. De manière similaire à ce qui se produit dans d'autres pays pour les prises en charge pédopsychiatriques, l'orthophonie et la psychomotricité ont été intégrées au suivi ainsi qu'au diagnostic des jeunes patients (Chauvin, 2016; F. Joly, 2007), mais le recours de plus en plus préconisé à ces disciplines ne va pas sans générer des tensions et des difficultés d'ajustements en termes de collaboration interprofessionnelle.

Au même titre que les médecins, les psychomotriciennes du service étaient prises dans les tensions contemporaines de la remédicalisation de la psychiatrie, avec d'un côté un versant humaniste ayant fait place, à un moment de son histoire, aux affects et à la psyché, et de l'autre, une évolution profonde ayant entraîné la mise à l'écart de ces dimensions et transformé les pratiques professionnelles. Mina, une psychomotricienne, m'avait expliqué cette logique à l'œuvre – du moins au travers les discours : « il y a toujours un lien entre le physique et le psychologique [...] il y a une compensation entre le psychique et le physique ». C'est ainsi qu'elle m'expliquait l'un des principes fondateurs de son métier et clarifiait les raisons de sa présence, en tant que psychomotricienne, au sein de l'équipe d'Al-Balkhi. Mina n'avait aucun doute quant à la pertinence de la place de sa discipline au sein d'une équipe pédopsychiatrique pluridisciplinaire, mais, pour avoir observé ses pratiques et le contexte dans lequel elle exerçait, la situation pouvait être qualifiée de paradoxale : le fonctionnement et l'intégration de la psychomotricité reposaient, entre autres, sur le principe du lien entre psychique et physique, mais le psychique avait été amputé du raisonnement clinique. La dévalorisation de l'intérêt pour la vie intrapsychique dans le métier de psychomotricienne pouvait limiter, pour les professionnelles de cette discipline, la possibilité de la convoquer comme grille de lecture des situations rencontrées au quotidien. Cependant, je note qu'à Al-Balkhi, la psychomotricité tenait une place cruciale dans le dispositif de soins – j'aurai l'occasion de le montrer dans le chapitre 5 qui introduira le travail réalisé en séance de psychomotricité avec les enfants. D'autres professionnelles au contraire – je songe ici plus spécifiquement aux orthophonistes – avaient bénéficié d'une formation ne les amenant

pas nécessairement à exercer en (pédo)psychiatrie, ce qui fait qu'elles n'avaient pas reçu les outils pour penser la place des affects dans leurs relations aux malades, notamment ceux diagnostiqués avec des troubles psychiques et/ou psychiatriques. Tel que commenté à propos des enjeux de la remédicalisation de la psychiatrie, l'intégration de ces professionnelles aux équipes psychiatriques avait été rendue possible par la psychiatrie descriptive et dite « athéorique », ouvrant un espace possible pour leurs pratiques, elles-mêmes plus ou moins éloignées des logiques psychiatriques.

Plus largement, qu'il s'agisse des psychomotriciennes, des orthophonistes ou des psychiatres, je reste stupéfaite, en tant que chercheuse française – avec ce que cela implique en termes d'idées préconçues concernant les modalités de pratiques de la pédopsychiatrie – de l'absence de discussions et de débats sur les affects des professionnelles, et sur leurs potentielles influences sur la relation construite avec le patient. À Al-Balkhi, évoquer ses émotions était un phénomène rare, comme si l'affectivité pouvait corrompre l'objectivité à laquelle les professionnelles aspiraient en tant que personnel compétent, y compris face à moi lors de nos entretiens formels et/ou informels. Pour le chef de service, cette manière de travailler consistait à rattraper l'avance prise par les Américains en termes de thérapie comportementale ; pour ma part, je conclus que la concentration sur les comportements des patients et l'évacuation du psychisme dans les soins avaient conduit les professionnelles d'Al-Balkhi à ne pas échanger collectivement sur leurs émotions. Il s'agissait de leur vision commune, de ce qui les définissait comme entité thérapeutique interprofessionnelle.

J'ai défini en amont de cette partie le fait que les professionnelles, selon l'approche de Karl Mannheim reprise par Delphine Serre, appartenaient à une même génération. Parmi les éléments communs caractérisant leur mode générationnel figuraient la (re)médicalisation de la psychiatrie, l'absence de la réflexivité, la mise à distance des affects au quotidien, et une logique de spécialisation qui se conjugait à deux niveaux : le premier, interne aux disciplines (comme en psychiatrie et en psychologie), et le second incluant les nouvelles spécialités des parcours de soin en santé mentale (comme en orthophonie et dans une moindre mesure – puisqu'historiquement fondée dans les services de pédopsychiatrie – en psychomotricité).

J'aimerais désormais aborder deux autres points qui, à mon sens, constituent les autres fondements de cette appartenance à une même génération : l'appartenance au service public (et ses éventuelles implications en termes de responsabilités sociales) et les représentations

communes de l'enfance et des enfants. À travers ces éléments, je souhaite mettre en lumière les caractéristiques du service en tant qu'institution productrice de représentations, de normes et de pratiques, lieu de pouvoir et de tensions. La perspective choisie, consistant à montrer que les membres de l'équipe d'Al-Balkhi appartiennent à une « même génération », garde donc toute sa pertinence lorsqu'il s'agit de comprendre le rôle, en tant qu'actrice de santé qu'elles possèdent – par attribution et/ou par appropriation – dans la société ainsi que les représentations professionnelles des enfants et des adolescents, de l'enfance, de l'adolescence et des familles.

3.6.1.4. Des actrices du changement social

C'est tout particulièrement le choix de ces professionnelles de travailler en hôpital public qui retient mon attention, et notamment la dimension politique qu'une telle option recouvre. Certes, les perspectives de sécurité de l'emploi et les quelques avantages sociaux (dont l'assurance maladie) ont un certain poids dans la décision de devenir fonctionnaire, mais il me semble important d'analyser les implications de cette appartenance au service public en lien avec le contexte historique du Maroc actuel.

En effet, comme Cortney Hughes Rinker (2015) qui s'intéresse à la rhétorique néolibérale et à son influence sur le développement d'une citoyenneté néolibérale propre aux pays de confession musulmane, je considère qu'il est essentiel de replacer le rôle de ces actrices de la santé publique (les professionnelles rencontrées) dans le contexte socio-politique inauguré au début des années 2000 par le Roi Mohammed VI. Contrairement à Cortney Hughes Rinker, je ne m'intéresse pas, pour le moment, aux liens entre pratiques individuelles médicales et islam (je traiterai ce point au chapitre 5), mais je considère plutôt le discours politique ambiant (la rhétorique néolibérale) et son éventuelle influence sur l'état d'esprit des jeunes recrues du service public. Dans son texte, Cortney Hughes Rinker insiste sur le fait que les discours du Roi, depuis son intronisation, visent à valoriser la participation citoyenne (et donc individuelle) à l'effort national de l'amélioration de l'indice du développement humain du pays. Avec l'arrivée au pouvoir de ce souverain, dont le nom a été associé, non sans déception, à la lutte contre la pauvreté et les inégalités, une attention particulière a été portée à la santé et à la santé publique comme levier d'action (Catusse,

2011; Hughes Rinker, 2015; Van den Hout, 2013). En tant que jeunes recrues d'une structure inédite, de surcroît dans un secteur tout récemment soutenu politiquement, les professionnelles appartenaient à cette (même) nouvelle génération, celle faisant des citoyens les acteurs du développement dans un Maroc que Mohammed VI désirait moderne et social.

Nous verrons un peu plus loin la nature du raisonnement qui prévalait chez les professionnelles et qui permet ici d'établir un lien entre enfant du présent et citoyen du futur. Comme je le montrerai dans le chapitre 5 dédié aux enfants et adolescents dans la clinique et dans le chapitre 6 sur la guidance parentale, il existait chez les professionnelles une volonté de « changer les mentalités » des enfants et des parents - expression, tel que montré ci-après, qui est, à mon sens, à mettre en lien avec cette vague de citoyenneté néolibérale identifiée par Cortney Hughes Rinker.

3.6.1.5. « *Changer les mentalités* »

« Changer les mentalités », dans la clinique quotidienne, se traduisait par des actions concrètes et circonscrites, comme apprendre aux enfants à travailler et à faire leur devoir, savoir être à l'heure, prévenir en cas d'empêchement afin de reporter une séance, ou encore apprendre à lire et à écrire. Ces illustrations sont extraites de mes discussions informelles avec les professionnelles, notamment les orthophonistes et les psychomotriciennes. Elles m'avaient souvent raconté comment, au-delà de leur travail en séance, elles pensaient avoir un rôle plus large que leur fonction thérapeutique et/ou (ré)éducative sur les enfants et leurs familles. Si l'action thérapeutique se poursuivait en dehors de l'hôpital en raison de la mise en œuvre, au domicile des patients, d'activités apprises lors des séances, les professionnelles avaient également conscience (sans toujours l'accepter pleinement) que leur travail outrepassait les questions médicales et de santé. En effet, si leur rôle d'« entrepreneuse de morale » était assumé (dans leurs pratiques de guidance parentale par exemple, et dans leurs échanges avec moi), il n'en demeure pas moins que, par moment (avec moi toujours), elles rappelaient que leur profession dans le paramédical, « et non dans le social », n'aurait pas dû les amener à une telle fonction. Néanmoins, dans ce Maroc voulu moderne, elles servaient d'exemple, donnant aux parents, lors de leur passage à l'hôpital, l'occasion d'apprendre les

« bonnes manières » : « arriver à l'heure au rendez-vous », « prévenir quand ils ne peuvent pas venir », « ne pas rentrer si la porte du bureau est fermée » en étaient autant d'exemples¹⁷⁶.

Par ailleurs, le fait de « changer les mentalités » ne passait pas uniquement par les relations de travail instaurées entre professionnelles et parents. Malika estimait ainsi avoir contribué à changer les mentalités ne serait-ce que par la possibilité d'exercer son métier :

« Autrefois, c'était des Français, des Polonais qui travaillaient au Maroc mais avec l'Indépendance et avec la création des écoles, la renaissance et tout ça, les gens ils sont un peu devenus conscients de l'éducation par rapport à auparavant. La femme il ne faut pas qu'elle aille à l'école, elle va être violée. Vous voyez comment. Mais maintenant ça a changé. On se rend compte que chez la femme, c'est très important.

En rappelant que le métier d'assistant social n'était précédemment pas exercé par des Marocaines, Malika soulignait deux points essentiels dans l'histoire du marché du travail et dans le « changement de mentalité » dont son évolution atteste¹⁷⁷ : premièrement, l'opportunité pour toute personne marocaine, (plus ou moins) indépendamment de son statut social, d'accéder à des formations professionnalisantes (Vermeren, 2010) ; deuxièmement, la scolarisation des filles avait permis de leur donner la possibilité d'étudier et par la suite d'obtenir un emploi (Zerari, 2006)¹⁷⁸. Malika était la seule du service à m'avoir rapporté ce que signifiait, pour elle et sa famille, le fait de travailler en tant que femme. Pour autant, je fais l'hypothèse, comme le souligne Anselm Strauss (A. Strauss, 1992) à propos du fonctionnement de l'hôpital et de son « ordre négocié », que les trajectoires individuelles des professionnelles, leurs identités, sont toutes aussi déterminantes que leurs appartenances et parcours professionnels. Sur ce point, j'aimerais m'arrêter un court instant sur la présence des femmes sur le marché de l'emploi marocain, pour comprendre les manières dont les professionnelles rencontrées pouvaient vouloir, à l'image de Malika, changer les mentalités

¹⁷⁶ Là encore, ces éléments seront plus largement présentés et commentés dans le chapitre 8 consacré aux rôles des mères et des pères dans la thérapie, ainsi que leur collaboration, plus ou moins élaborée et soutenue, avec les professionnelles.

¹⁷⁷ L'analyse de l'anthropologue Hayat Zerari rappelle toutefois que c'est pendant la colonisation que les femmes sont mises au travail et sont devenues visibles dans « les grandes villes industrielles » (Zerari, 2006, p. 69)(2006, p.69).

¹⁷⁸ Hayat Zerari est anthropologue et présidente de l'association marocaine de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Dans son article, intitulé « Femmes au Maroc entre hier et aujourd'hui : quels changements ? », elle s'intéresse à l'accès des femmes à l'éducation, au travail, au contrôle de la fécondité et à la sphère politique et de décision. L'auteur défend une perspective qualitative et conclut que les changements analysés dans l'ensemble des chantiers abordés dans son article sont le signe de rapports autres à la justice et à l'équité de genre – mouvement nécessaire pour « la construction de la démocratie et de l'État moderne » (Zerari, 2006, p. 79).

(Boughaba, 2019; Mejjati Alami, 2004; Zerari, 2006) : en effet, au sein d'un service dans lequel la majorité du personnel est constitué de femmes, nous pourrions aisément oublier la réalité de l'emploi féminin. En 2020, le taux d'emploi formel était de 70,4 % chez les hommes contre 19,9 % chez les femmes (Haut-Commissariat au Plan¹⁷⁹). De plus, comme le montre Rajaa Mejjati Alami (2004), économiste du développement au Maroc, la participation des femmes au marché du travail se déploie davantage (comparativement aux hommes toujours) « aux marges du salariat » et pour des emplois qualifiés de « vulnérables », de type « travailleuse à domicile avec des activités de couture, tissage et broderie ». En outre, la place des femmes sur le marché du travail marocain est à comprendre dans un contexte où la « conception sociale dominante [qui] situe la place des femmes dans la sphère domestique » (Mejjati Alami, 2004, p. 290) : cette remarque, apparemment en contradiction avec l'expérience individuelle de Malika et les propos qu'elle énonçait, éclaire cependant certains aspects de la professionnalisation des femmes qui me semblent particulièrement cruciaux lorsqu'il s'agit de considérer les attitudes du personnel médical et paramédical. Je suggère en effet que leur appartenance à ce groupe de femmes professionnelles constituait la toile de fond du rôle d'entrepreneuse de morale ou de la « mission civilisatrice » qu'elles semblaient poursuivre (Suremain, 2007). J'envisage le fait qu'elle soit la source de leur souhait d'insuffler une vague de « changements de mentalité » chez les parents qu'elles rencontraient – qu'elles associaient à l'acquisition, chez leurs enfants, de compétences scolaires qui leur offrirait une place sur le marché de l'emploi formel, et d'habilités sociales permettant la participation à une vie sociale. Je montrerai par exemple au chapitre 5 dans quelle mesure la rencontre avec une femme pédopsychiatre, non voilée, a été déterminante dans le rétablissement d'Assia, une jeune fille suivie pour troubles obsessionnels compulsifs, en conflit avec son père qui, selon elle, ne lui laissait pas assez de « liberté » comparativement à son cadet.

Pour l'anthropologue marocaine Hayat Zerari, il faut tenir compte des écarts existant entre les femmes issues de milieux rural, urbain ou des bidonvilles (Zerari, 2006, pp. 68, 70) – à l'instar de la différence du taux d'alphabétisation entre les femmes issues de milieux urbains (49 %) et celles du monde rural (87 %) (Annuaire statistique du Maroc, 2001). Les divergences socio-économiques que ces différentes réalités géographiques produisent sont probantes lorsqu'il s'agit d'appréhender les interactions entre les mères de milieu rural ou

¹⁷⁹ https://www.hcp.ma/Note-d-information-du-Haut-Commissariat-au-Plan-a-l-occasion-de-la-journee-internationale-des-femmes-du-8-mars-2021_a2670.html

vivant dans des bidonvilles, et les professionnelles issues de milieux urbains, parfois privilégié, et ayant toutes réalisé des études (Christine El Ouardani, 2018). Ces éléments de contexte sont nécessaires pour expliquer les attitudes parfois virulentes de certaines professionnelles à l'égard de comportements enfantins ou parentaux qu'elles jugeaient démodés et rustiques.

Dans ces appréciations morales se mêlaient donc des rivalités alimentées au niveau national entre monde rural et monde urbain (*Ibid.*), mais il apparaît que la question du genre, à travers la professionnalisation des femmes, est également déterminante pour appréhender les situations qui se jouaient à Al-Balkhi. Je montrerai plus en détail les conditions et les enjeux de ces rencontres entre les professionnelles et les parents, et plus particulièrement les mères, mais il est important d'avoir en tête quelques-uns des aspects du marché de l'emploi marocain et la part infime et exceptionnelle que représentent les femmes employées à Al-Balkhi qui ont, pour reprendre l'expression d'Ilham Boughaba¹⁸⁰ qui s'intéresse à la professionnalisation des femmes au Maroc, contourné cette logique d'« auto-pénalisation » les maintenant éloignées d'une activité économique formelle (Boughaba, 2019, p. 770). Bien que je ne sache pas si les autres professionnelles du service avaient eu, comme Malika, à se battre personnellement afin de pouvoir exercer leur métier, leur présence à Al-Balkhi en tant que professionnelle qualifiée témoignait d'un changement sociétal conséquent (Elliot, 2016, p. 490).

3.6.1.6. *L'hôpital public, un lieu d'excellence malgré tout*

Si les professionnelles se plaignaient souvent du manque de moyens mis à disposition afin d'accomplir leur travail, je constate néanmoins que plusieurs d'entre elles, pour diverses raisons, insistaient sur le fait d'avoir choisi d'exercer en hôpital public et elles m'avaient expliqué les raisons pour lesquelles, malgré ces apparentes plaintes et difficultés majeures, l'hôpital public demeurait un choix stratégique.

¹⁸⁰ Professeure Assistante et chercheuse au laboratoire de recherche GECIAS (Gestion des compétences, de l'innovation entrepreneuriale et des aspects sociaux des organisations et des économies), équipe de recherche DEGG (Droit, économie, gestion et genre), Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales, Université Hassan II de Casablanca, Maroc.

Pour Haniya, la psychologue, l'hôpital public était un passage obligé pour se construire une réputation : dans son parcours professionnel, une place de fonctionnaire visait certes à gagner de l'expérience, mais remplir cette fonction dans un hôpital universitaire était de plus source de prestige et de reconnaissance. La stratégie d'Haniya était la suivante :

« Je pourrais avoir mon propre cabinet déjà mais ce n'est pas intelligent. Il faut avoir de l'expérience, il faut avoir une réputation. Donc si d'ici, cinq ans, six ans, je peux, je deviens une référence pour l'autisme, ça va m'aider pour me lancer pour mon cabinet.

Ainsi, occuper un poste à l'hôpital public permettait de gagner de l'expérience – une motivation présentée comme rationnelle et « intelligente » pour un début de carrière. Le principe de sélection à l'entrée par concours en garantissait le prestige. Cette expérience dans un établissement public pouvait également représenter une parade aux défauts associés à la logique professionnelle exclusive : malgré les critiques formulées à son encontre, la logique collaborative était valorisée en tant qu'opportunité de travail avec diverses spécialités. De ce choix réalisé dès l'entrée à l'école (publique ou privée) découlaient des orientations de carrières multiples. Ainsi, l'ensemble des psychomotriciennes et orthophonistes était issu d'une école publique délivrant un diplôme d'État qui donnait accès à la fonction publique hospitalière. Elles étaient entrées par concours à l'hôpital et occupaient leur poste pour une période de cinq ans avant d'obtenir une autre affectation ou d'ouvrir un cabinet privé. Pour la plupart d'entre elles, rejoindre la fonction publique avait donc été un choix qui présentait des avantages en termes de carrière : « si j'étais allée dans une école privée, je serais directement en cabinet donc sans expérience. Il y a aussi le fait que durant les trois années, tous les stages on les passe aux hôpitaux publics, au ministère de la Santé » (prénom, orthophoniste). Cette expérience dans un hôpital public, et potentiellement dans différents services de structures étatiques, était donc un atout important pour la carrière : elle donnait l'opportunité de travailler dans une équipe avec d'autres professionnelles et d'élargir ses connaissances, tant dans son propre domaine de spécialisation que dans les autres perspectives développées par des collègues ayant une autre profession.

Enfin, l'appartenance au service public hospitalier est significative lorsqu'il s'agit de comprendre la légitimité (pro)clamée du travail par rapport aux familles, et aux éventuelles réticences de ces dernières. Certaines professionnelles pouvaient se montrer critiques à l'égard de parents qui « ne respectent pas » les consignes de travail données à réaliser à la

maison. Cette posture était le signe de leur légitimité en tant que professionnelles de l'enfance, renforcée par le sentiment de mérite ressenti au regard du poste occupé – de surcroît, dans l'une des très rares structures, au niveau national, à offrir une prise en charge pour les enfants et adolescents. Pour la psychomotricienne, par exemple, le choix de poursuivre un parcours professionnel dans le système public attestait, selon elle, d'une formation de haut niveau, garante d'une expertise et d'une légitimité accrues par rapport aux écoles privées. Elle justifiait sa vision par le concours d'entrée « très sélectif » qui ne permettait qu'aux vingt meilleurs sur cent (retenus après l'écrit) d'intégrer l'école publique, sésame pour la fonction publique en termes de carrière. Dans ce discours, je décèle le besoin d'affirmer une légitimité, d'ailleurs souvent argumentée et rappelée, afin de valider leurs actions et regards vis-à-vis des familles. Issues d'un système compétitif, dont la méritocratie par le travail était le fondement, elles étaient les spécialistes parmi les mieux formées du pays et, à ce titre, elles méritaient la confiance des patients et de leurs parents, ou du moins la non-remise en question de leurs compétences. Pour certaines d'entre elles, si les parents n'étaient pas en mesure de leur témoigner de cette confiance (je détaillerai comment cela était évalué par les professionnelles dans le chapitre 6), alors il était considéré préférable qu'ils ne poursuivent pas les soins de leur enfant à Al-Balkhi. Par ailleurs, si elles étaient soucieuses de faire valoir et reconnaître leurs compétences, les professionnelles étaient aussi désireuses d'être utiles pour « les autres enfants » – ceux sur la liste d'attente.

À ce sentiment d'utilité, nourri par une vision pragmatique d'ailleurs utilisée, à l'occasion, comme facteur explicatif pour justifier l'arrêt d'un suivi si les effets escomptés du travail thérapeutique ne se réalisaient pas, s'ajoute une dimension beaucoup plus idéologique de la présence dans un service pédopsychiatrique. Me préoccupant des représentations de l'enfance à l'œuvre chez les professionnelles d'Al-Balkhi, je vais désormais montrer la manière dont celles-ci façonnaient leur engagement auprès des enfants et de leur famille.

3.6.2. Les représentations de l'enfant

Les questionnant plus spécifiquement sur le choix de leur spécialisation autour de l'enfance et de l'adolescence, les réponses des médecins révélaient leur « passion de l'enfant », c'est-à-dire les « affects exacerbés » qui au quotidien orientaient implicitement

leur travail et leurs relations avec la patientèle dite spécifique des enfants (Gavarini, 2006, p. 93). De cette « cause des enfants », pas systématiquement embrassée individuellement mais néanmoins portée collectivement, était née leur vocation, leur souhait, mais aussi la source de leurs pensées rationnelles expliquant leurs intérêts pour travailler avec les enfants. Ainsi, parmi les raisons avancées pour justifier leur choix de spécialisation, deux arguments ressortaient : le sentiment de « pouvoir agir avant qu'il ne soit trop tard » et la facilité d'établir une relation thérapeutique avec un enfant.

3.6.2.1. « On peut empêcher des complications si on travaille avec l'enfant »

La possibilité « d'agir avant qu'il ne soit trop tard » couvre l'idée que l'enfant serait un *être en devenir* qu'il est possible de modeler, de façonner tant qu'il est *encore temps*. C'est à ce statut d'enfant inachevé que les professionnelles faisaient implicitement référence, à l'inverse de l'adulte advenu et figé, « représenté comme un achèvement » (*Ibid.*, p. 97). Parlant de la différence entre la psychiatrie adulte et celle de l'enfant, un médecin interviewé, le Dr Debbagh, m'avait dit :

« La différence entre la pédopsychiatrie et l'adulte, c'est que je trouve qu'ici on peut empêcher les conséquences ou des complications si on travaille avec l'enfant. L'adulte, tu te trouves dans un tableau. C'est difficile de reconstruire une personne. Tu traites ce que tu as, alors que pour l'enfant on peut changer un peu les choses pour ne pas évoluer vers une pathologie.

L'enfance est donc perçue comme un moment durant lequel les médecins peuvent modifier le cours du développement de l'enfant en conjurant les éventuelles complications ou pathologies – au contraire de l'adulte qui ne pourrait pas, ou plus, changer une fois devenu « une personne », sous-entendu parvenu au stade de la maturité. Si, pour les adultes les choses sont figées (ses comportements, ses habitudes, ses manières d'être et d'agir ne peuvent plus être modifiés), l'enfance, à l'inverse, apparaît comme un lieu des possibles, un lieu où les futurs malheurs peuvent être évités ou leur teneur amoindrie. Deux logiques sont visibles dans ce raisonnement : une logique préventive qui consiste à intervenir le plus tôt possible dans le processus de devenir d'une personne, et une logique projective qui assume, d'une part, l'efficacité des traitements et, d'autre part, le prolongement et l'inscription au

long cours des effets de cette efficacité. La possibilité de penser ainsi me semble indissociable du principe curatif associé aux TCC mises en œuvre dans le service et pour lesquels des résultats étaient, pour les professionnelles, visibles en l'espace de quelques mois. Ainsi, comme le conclut la Dre Majd en août 2014 : « Pour l'enfant, on peut prévenir pour une évolution pas dans le négatif pour lui. [...] C'est pour ça, c'est pour prévenir. Je crois que si on travaille avec un enfant, on va avoir un résultat. »

La logique préventive, appliquée à l'enfance dans une perspective à long terme – qui a d'ailleurs fait débat en France¹⁸¹ –, était donc au fondement des démarches curatives poursuivies par les professionnelles de ce service. Dans le même registre de pensée, le Dr Debbagh (qui avait quitté le service fin 2014) m'avait donné à entendre, selon sa vision, l'avantage d'être formé en pédopsychiatrie :

« On constate qu'il y a un continuum entre la biographie qu'on relève auprès du patient et de sa famille et son trouble à l'âge adulte, c'est-à-dire un trouble, quelque chose qui ne va pas, au niveau de l'enfance et de l'adolescence, cela suscite chez moi cet intérêt-là pour savoir ce qui se passe exactement à l'enfance et à l'adolescence. Plus on maîtrise la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, plus on peut prendre en charge un adulte même, c'est-à-dire il y a une continuité.

La Dre Majd abonde d'ailleurs dans le sens du Dr Debbagh, stipulant qu'« au début, je l'ai fait comme une obligation [suivre le DU de pédopsychiatrie]. Je suis psychiatre, je dois aussi connaître la pathologie de l'enfant parce que finalement, la pathologie de l'adulte c'est une évolution de son enfance. »

De leurs expériences auprès des enfants, les médecins ont acquis des connaissances pour tisser des liens, construire des ponts entre condition infantine et pathologie adulte. Le continuum entre l'enfant et l'adulte que la « science de l'enfant » a mis en avant peut ainsi être éprouvé dans la pratique clinique. « La chaîne de l'évolution », de l'âge de l'enfant à l'âge adulte, présente donc un double avantage (Gavarini, 2006) : rendre l'intervention

¹⁸¹ Pour obtenir une chronologie des faits et des débats qu'ils ont générés, il est possible de se référer à l'article de la pédopsychiatre Catherine Graindorge (Graindorge, 2006) : elle y résume le début de la polémique, avec la non-inclusion d'études françaises dans la revue de littérature envisagée par le service d'expertise collective de l'INSERM formé pour conduire un travail sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. Ce refus de prise en compte des travaux et pratiques français a fait naître chez les professionnels, les parents et les chercheurs des réticences et des frustrations vis-à-vis des « recommandations gouvernementales » qui émanent du groupe d'experts de l'INSERM, qui favorisent, selon les critiques, des approches exclusivement étasuniennes. Les réponses et prises de position des professionnels, parents et chercheurs, notamment le collectif pas de 0 de conduite, critiquent des telles perspectives et appellent à une plus grande diversité des études considérées par ce groupe d'experts.

auprès des enfants potentiellement salvatrice pour le futur adulte que sera l'enfant (logique préventive), et ouvrir à de nouvelles connaissances et donc mener vers de meilleures possibilités de traiter les troubles adultes (dans une logique projective). Cependant, l'inverse ne semble pas se vérifier : les connaissances sur les adultes sont peu utiles pour soigner les enfants. Ce point me semble accentuer la logique projective *et* irréversible associée à l'enfant devenant adulte, en même temps qu'il me semble affirmer l'altérité de l'enfant, l'enfermant dans un fonctionnement qui lui serait propre.

Ainsi, je note que cette double logique préventive et projective, dont l'application repose sur le principe curatif des stratégies thérapeutiques, rejoint la vision développée sur l'enfant et les enfances dans les années 1970 en Europe. Comme le fait remarquer Laurence Gavarini, « au lendemain de 1968, l'enfance est devenue (au contraire) porteuse de tous les espoirs si ce n'est de nouvelles utopies : ressources et promesse d'un monde nouveau et, simultanément, période décisive pour la construction de tout individu [...] » (Gavarini, 2006, p. 101)¹⁸². Ce paradigme, que l'auteur résume par « l'avenir est dans l'enfance » (*Ibid.*), est lisible en filigrane dans les verbatims des médecins et constitue, à mon sens, le moteur de leur engagement. Agir maintenant avec les enfants correspond ainsi à la promesse de jours meilleurs pour l'adulte qu'il sera, confirmant, selon cette perspective, le caractère décisif de la période de l'enfance.

3.6.2.2. « *Le contact avec l'enfant (...) on joue plus* »

Certains médecins ressentent moins de contraintes dans la communication et les relations tissées avec les enfants qu'avec les adultes : les consultations avec les jeunes patients par exemple sont considérées comme plus décontractées que celles avec les patients plus âgés. Quand je lui avais demandé en quoi les consultations avec des enfants divergeaient de celles des adultes, la Dre Majd m'avait expliqué en août 2014 :

« Je ne sais pas, c'est le même vocabulaire mais ce n'est pas la même façon de parler. [...] Je peux me permettre des choses avec l'enfant, que je ne me permettrais pas

¹⁸² L'auteure explique que ce changement de représentation est en lien avec la perspective psychanalytique qui définit l'enfant « comme un sujet d'emblée », une altérité certes différente de l'adulte mais qui rompt avec l'idée qu'il serait un être « d'une profonde étrangeté », l'enfance un état intermédiaire et indéfini. (*Ibid.*, p.100-101). Son analyse s'appuie sur les grands travaux et découvertes de la psychologie et des écrits sur l'enfance.

avec l'adulte. C'est par rapport à la consultation. Je peux rigoler avec l'enfant pour le mettre à l'aise, des choses que je ne peux pas me permettre avec l'adulte, car il faut quand même garder le cadre du médecin et de la personne. Avec l'enfant, je me mets à l'aise, je peux parler, je rigole sans problème.

En abordant de manière concrète ses façons de mener les consultations pédopsychiatriques, la docteure avait relevé qu'une des différences principales consistait à modifier ses manières de s'adresser aux enfants - à l'instar du langage dans les recherches avec les enfants, par exemple, qui est également l'objet d'une adaptation (Mandell, 1988). Sur ce point, la docteure Majd livrait une explication relevant davantage du domaine comportemental, en lien à la forme de la consultation, que des enjeux de registres lexicaux employés, renvoyant au contenu de la rencontre clinique. Posant une différence de « cadre » entre celui devant « contenir » une personne (sous-entendu un adulte), et celui devant « contenir » un enfant, la docteure clarifiait en quoi ses règles de conduite n'étaient pas exactement les mêmes selon l'âge de ses patients. Le cadre, dont la fonction centrale dans le dispositif thérapeutique à Al-Balkhi a été expliquée en introduction, était moins strict, conférant un caractère presque détendu à l'environnement de travail. Le changement opéré visait d'ailleurs à instaurer une telle atmosphère, avec l'objectif de créer des conditions dans lesquelles l'enfant serait plus « à l'aise » – ce qui, par prolongement, donnait la possibilité à la médecin d'être elle-même plus à l'aise.

Poursuivant la logique comparative de ma question, la Dre Majd avait mis en parallèle « la spontanéité et l'innocence » des enfants avec celles des « schizophrènes » pour dévoiler certains des autres traits qu'elle faisait correspondre à l'image de l'enfance, explicitant à cette occasion sa décision de travailler avec les enfants : son expérience de résidente dans le service de pédopsychiatrie l'avait convaincue de sa future spécialisation professionnelle.

« Au début je l'ai fait comme une obligation (suivre le DU de pédopsychiatrie) [...]. Mais après, quand j'ai commencé les consultations, maintenant, je pense vraiment après, j'exercerai comme pédopsychiatre. Ce n'est pas que c'est amusant mais je ne sais pas, le contact avec l'enfant, je le trouve plus, on joue plus. (Je demande si c'est plus détendu, elle répond « Oui, on joue ».

Pour la docteure, le caractère jugé « spontané et innocent », d'une part, et la possibilité de jouer avec les enfants, d'autre part, modifiaient sa manière d'envisager sa carrière et de faire son travail. La Dre Majd soulignait le cadre moins strict de la consultation avec les

enfants qui offrait, à ses yeux davantage de marge de manœuvre vis-à-vis de la création des liens.

Gardant la trame de ses propos arrimée à l'idée que l'enfant est un autre, la Dre Majd avait abordé en août 2014 un autre aspect de la communication qu'elle mettait spécifiquement en place lors des consultations enfant, à savoir le principe d'influence – l'objectif étant de créer une alliance thérapeutique¹⁸³ avec les enfants afin de favoriser le changement des conduites, comportements jugés problématiques : « Avec l'enfant, je fais une alliance thérapeutique, comme ça je peux être plus influente. »

Replaçant cet extrait dans le contexte de notre échange, il faut comprendre que « faire une alliance thérapeutique » passe par les actes de rire, de parler et de jouer, éléments mentionnés précédemment par la docteure. Avec cet énoncé se retrouve l'idée, déjà commentée dans ce chapitre et mise en lumière notamment par les auteures de la socio-anthropologie et des *Childhood Studies*, que les enfants sont des êtres facilement manipulables, aisément façonnables, car innocents et en devenir, c'est-à-dire « inachevés » (Sirota, 2012). Ainsi, pour la docteure, la mise en œuvre des « techniques de communication enfantines » – jeux et rires – permettait d'influencer les enfants.

Dans la suite de ses propos, la Dre Majd avait apporté d'autres éléments permettant de mieux comprendre dans quelle mesure, selon elle, les enfants étaient des êtres influençables. La comparaison avec les adultes lui permettait de clarifier sa pensée : elle trouvait complexe de déterminer les conduites à tenir devant « un trouble de la personnalité », alors que pour les enfants, « des consensus » sur la prise en charge existaient afin de traiter « les troubles du comportement ». Cette remarque aborde deux points distincts : d'un côté elle pose la question de l'existence d'une personnalité chez l'enfant et, de l'autre, dans la continuité de cette interrogation, elle suggère qu'il serait plus facile, ou moins complexe, de traiter un enfant qu'un adulte. Sur le point de la personnalité, les remarques de la docteure Majd m'amènent à penser que les enfants n'ont pas « une personnalité », mais des comportements. Cette idée est en outre renforcée par le fait qu'au cours de notre échange, la docteure avait ajouté : « je crois, s'ils (*les parents d'un de ses patients enfants*) continuent comme ça, sans demander de l'aide, cet enfant peut évoluer vers des troubles de la personnalité par exemple. » Dans ses propos, la docteure pointait que sur le long terme, si les troubles du

¹⁸³ Je ne m'étends pas davantage sur la notion d'alliance thérapeutique qui sera plus largement abordée au chapitre 7 lors de l'étude des traitements et des thérapeutiques mis en place par les professionnelles de l'équipe.

comportement des enfants n'étaient pas traités ou si les « conduites à tenir » mises en place étaient sans incidence, alors les troubles du comportement pouvaient évoluer en troubles de la personnalité. Selon cette approche, la personnalité est pensée comme une entité plus difficile à modifier, à changer, et sur laquelle le médecin a moins d'emprise. En ce sens, la moindre complexité associée à la prise en charge des enfants est liée au fait que les comportements peuvent être circonscrits, le traitement ne touche pas l'être dans son entier – puisqu'il est inachevé – mais bien des parties de lui-même, de son être en devenir. Dans un article consacré aux diagnostics dans la clinique pédopsychiatrique, Albert Ogien (Ogien, 1992), à la suite d'observations et analyses en CMPP et IMP, conclut qu'il existe deux types de cliniques : la « clinique des conduites » (caractérisée par les psychoses, névroses, dépressions et manifestations psychosomatiques) et la « clinique des états » (incluant les déficiences de tout type et les infirmités). La distinction formalisée par le sociologue m'apparaît pertinente pour appréhender les différences pointées par la docteure, avec d'un côté une clinique des conduites qui envisage le devenir des signes/symptômes dans une perspective dynamique et évolutive, avançant *une certitude des changements*, et de l'autre, une clinique des états – qui n'est certes pas le propre de l'adulte dans l'article d'Albert Ogien, mais pour laquelle, par opposition aux conduites, les facteurs biologiques, expliquant l'état diagnostiqué, impliquent « une certitude de la chronicité » (*Ibid.*, p.52-54). Cette lecture confirme l'analyse ici faite des propos de la docteure, à savoir que les comportements sont perçus comme des caractéristiques enfantines qui peuvent être modifiées en raison du devenir, du développement de l'enfant. Ayant suivi plusieurs consultations avec la Dre Majd, j'ai d'ailleurs pu observer quelques cas, dont celui de Mufida (11 ans) qui sera présenté en détail dans ce travail, pour qui la docteure « craignait » (terme utilisé) qu'une fois l'adolescence révolue, l'installation des problèmes traversés devienne « un trouble de personnalité ». Pendant la période de l'enfance, il était donc nécessaire et possible de changer les comportements des enfants du fait de leur perméabilité et de l'inachèvement de leur personnalité. Pour la Dre Majd, cet aspect contribuait à conférer à la pratique pédopsychiatrique une aura plus positive et chargée « d'espoir » en comparaison de la psychiatrie adulte.

En abordant les représentations des médecins à l'œuvre dans la clinique, je constate que la logique préventive et projective analysée est commune à l'ensemble des professionnelles du service. L'idée d'intervenir le plus tôt possible auprès des jeunes enfants ainsi qu'une lecture des manières d'être et de faire des enfants en termes de « comportements » ou de

« conduite » se retrouve chez l'ensemble des professionnelles. Ensuite, les modalités de communication reposant sur l'idée que les enfants sont des êtres malléables et facilement manipulables sont distinctes chez les orthophonistes et les psychomotriciennes. Pour ces dernières, le cadre instauré en séance atténue de manière significative l'aspect décontracté et ludique décrit par la Dre Majd. En effet, pour ces deux catégories professionnelles, si le rire est présent, c'est dû au fait que les enfants les font rire par leurs remarques et leurs comportements. À l'inverse des médecins estiment essentiel de garder un « cadre contenant », c'est-à-dire un environnement de travail avec des règles strictes pour contenir les éventuels débordements des enfants. Quant aux rires dont elles peuvent être prises, ils sont plus ou moins dissimulés. Ce détail, le « plus ou moins », est important car il atteste de l'altérité que les professionnelles supposent aux enfants. Celles-ci les maintiendraient dans un monde à part, depuis lequel les commentaires, les rires et les remarques des adultes resteraient hors de leur portée. Ainsi, bien que le registre de communication ne soit pas le même, les unes favorisant un contexte décontracté, les autres optant pour une ambiance stricte, les attitudes des orthophonistes et de psychomotriciennes révèlent toutefois une posture similaire à celles des médecins consistant à traiter l'enfant comme un être appartenant à un autre monde – aspect qui peut par ailleurs être perçu comme d'autant plus prégnant selon le type de problèmes diagnostiqué (à l'image d'Adil (8 ans) par exemple, enfant dont nous suivons le parcours et qui a, entre autres, été diagnostiqué comme « autiste »). En conclusion, reprenant l'analyse de Laurence Gavarini (2006), je constate que toutes ces professionnelles sont mues par une « passion de l'enfant » qui se caractérise par une mise en altérité de l'enfance et des enfants.

Chapitre 4.

(Quand) Quelque chose ne va pas

Quels sont les problèmes rencontrés dans la clinique ? Quelles sont les demandes des parents et des enfants ou adolescents ? Ces demandes sont-elles toutes de même nature ? En quoi « ce qui pose problème » révèle-t-il les attentes et les normes en vigueur dans les familles étudiées ? Des disparités entre mères et pères existent-elles en termes de définition des problèmes quotidiens et des attentes qu'ils suscitent ?

L'objectif de ce chapitre est de détailler les « **trajectoires de soins** » des enfants rencontrés à Al-Balkhi. Il s'agit de comprendre pourquoi, quand et comment les familles ont décidé de consulter des spécialistes de la psychiatrie. Je m'intéresse à ce « (quand) quelque chose ne va pas », ne va plus, dans la famille, entre les parents et les enfants ou adolescents, et avec l'entourage des parents et des enfants ou adolescents. Les faits présentés sont issus des entretiens conduits avec les parents à l'hôpital ou à leur domicile lors des premières semaines ayant suivi nos rencontres. Partant du constat, originellement dressé par Anselm Strauss que certaines personnes engagées dans la trajectoire de soins d'un malade – ici les parents des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi – accomplissent un travail médical non reconnu, je m'intéresse à ce travail invisible et à ce qu'il nous enseigne. Trois conclusions sont tirées de l'analyse des trajectoires documentées : premièrement, j'observe qu'un « **travail de sentinelle** » est réalisé par les parents *en amont* de la première consultation à Al-Balkhi, que ce travail façonne les relations tissées entre professionnelles et parents, et qu'il dépend du parcours biographique de ces derniers ; deuxièmement, je montre que ce travail de sentinelle, accompli par l'entité « parents », est connexe aux activités et au temps passé avec l'enfant ou l'adolescent et dépend *in fine* du **genre et des rôles sociaux** assignés aux mères et aux pères ; troisièmement, je relativise l'idée de « **rupture biographique** » communément associée à l'initiation d'une prise en charge (similaire à celles observées) ainsi qu'à l'annonce d'un diagnostic et révèle que ces

événements s'inscrivent dans une sorte de continuité dans le récit de vie des familles. Par ailleurs, l'examen des propos tenus par les parents des enfants et adolescents rencontrés, et tout particulièrement des mères, révèle que **l'âge et le genre** des enfants et adolescents sont régulièrement amenés comme facteurs explicatifs pour comprendre, mais aussi pour agir par rapport à « ce quelque chose qui ne va pas ». Je dévoile la manière dont ces deux variables contribuent à façonner les attentes parentales vis-à-vis des enfants ou des adolescents, notamment en termes de rôles sociaux. Le non-respect de celles-ci génère stress et soucis chez les parents, dénominateur commun à même d'expliquer leurs décisions de consulter. De manière transversale à ces analyses, je documente les savoir-faire parentaux mis en œuvre et développés par les parents pour prendre soin (*caring for*) et soigner (*caring giving*) leur enfant ou adolescent. En accord avec les théories du *care*, en portant mon attention sur « ce qui compte » (*what matters*) pour chaque mère et père, je témoigne de la singularité de leur « sens de l'important » et leur influence sur le parcours de soins de leur enfant.

En début de chapitre, j'explique le choix opéré de ne pas me référer ou présenter les enfants et adolescents à partir des diagnostics médicaux qui leur ont été attribués par les professionnelles. Je détaille donc ce que je retiens des enfants et des adolescents, ce qui caractérise leur texture d'être. Partant de cette posture, j'ai été amenée à élaborer des catégories socio-anthropologiques, pour penser ce qui se joue dans la prise en charge des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi. L'une est « les enfants jugés sans limites » ; l'autre est « les adolescents considérés en marge de leur famille ». Ces deux catégories reflètent ce *quelque chose qui ne va pas* décrit par les parents – motifs de recours que je catégorise pour penser les prises en charge qu'ils induisent. Je présente ensuite les fondements théoriques de l'analyse menée dans ce chapitre, et notamment les idées de travail médical et de rupture biographique. À la suite de cette partie introductive, deux grandes parties se dessinent. La première concerne les parents des enfants jugés sans limites ; j'y introduis Rezik (10 ans), Amar (7 ans) et Adil (8 ans). Dans la seconde partie, je présente Mufida (11 ans), Faraj (13 ans) et Assia (17 ans), avec pour les deux premiers, les propos de leurs parents sur leur état de santé et les raisons de leur venue à Al-Balkhi.

4.1. Se décaler de la lecture médicale

Ce chapitre a un statut particulier dans l'économie générale de ce travail : d'une part parce qu'il coïncide avec la présentation des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi et dont les histoires de vie fondent la trame de ce travail (ce que j'ai appelé, en référence aux théories du *care*, les « textures d'être ») ; et d'autre part, parce que j'y introduis une distinction qui constitue la trame des deux chapitres à venir (5 et 6), avec d'un côté les enfants que leurs parents jugent « sans limites » et de l'autre, les adolescents que leurs parents considèrent en marge de leur famille. Ces deux dénominations, que j'ai conceptualisées à la suite des propos rapportés par les parents au sujet de ce qui *ce quelque chose qui ne va pas*, conduisent à deux types de prises en charges. Concernant les enfants, ils sont reçus en thérapies (ré)éducatives, bénéficiant principalement de séances d'orthophonie et de psychomotricité. Quant aux adolescents, ils sont suivis pour une psychothérapie et sont reçus en consultation par les psychiatres en formation de pédopsychiatrie. Dans les deux cas, ce sont les termes employés par les professionnelles que je reprends ici, c'est-à-dire « thérapie (ré)éducative » et « psychothérapie ». En revanche, il est intéressant de noter que la différenciation de traitement s'opère très vite dans l'esprit des professionnelles. Dès le premier rendez-vous, dès l'énonciation des motifs de recours par les parents, que je présenterai ci-après, l'orientation est faite vers un type ou l'autre de thérapie.

4.1.1. Textures d'être

C'est par le compte-rendu de ce qui (m')a marqué(e) (lors de) mes rencontres avec Rezik (10 ans, généreux), Amar (7 ans persévérant), Adil (8 ans, juste), Mufida (11 ans, bienfaitante), Faraj (13 ans, soulagé) et Assia (17 ans, qui soigne) – ce que j'appelle leur « texture d'être » – que démarrera la présentation de chaque enfant observé. Ainsi, en parallèle des descriptions faites par les parents de la vie de leur famille avant la première consultation à Al-Balkhi, je montrerai comment j'ai moi-même perçu les enfants lors de nos rencontres ainsi que ce que j'ai retenu d'eux. En évoquant « les enfants et moi » (c'est-à-dire, « Amar et moi », « Rezik et moi », « Adil et moi », etc.), je dévoile les manières d'être et d'agir des enfants au travers de mon regard anthropologique. Une telle posture permet de mettre en avant d'autres traits que ceux produits par les normes éducatives et médicales et

sujets à la stigmatisation. J'ai tenté de développer une approche non stigmatisante de leurs particularités, choisissant de montrer d'autres aspects qui m'ont appris d'autres choses sur les enfants et leur famille. Je cherche ainsi à souligner le caractère résolument situé et donc interactionniste de la stigmatisation, poursuivant le travail initié par Erving Goffman et ceux ayant, depuis lors, enrichi ses recherches et propositions théoriques (Fassin & Eideliman, 2012). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle aux prénoms des enfants sont associés un mot ou un adjectif décrivant leur manière d'être et d'agir, leur texture d'être, à défaut de la pathologie avec laquelle ils ont été diagnostiqués.

4.1.2. Percevoir autre chose autrement

Via l'introduction des trajectoires de soins des enfants, j'apporte ensuite les éléments explicatifs permettant de comprendre mon choix de catégoriser ces six histoires de vie en deux groupes : le premier, constitué de Rezik, Amar et Adil, correspond à ce que j'ai nommé des enfants considérés sans limites et fait référence aux problèmes associés à des incapacités motrices et cognitives ; le second, qui inclut Mufida, Faraj et Assia, concentre les problématiques d'adolescents que j'ai décrits comme en marge de leur famille : il s'agit de la manière d'être et d'agir attestant de forme de repli (conscient ou non) des jeunes par rapport à leur famille, et dont les conséquences demeurent plutôt confinées à l'intérieur du foyer. Ces catégories, transversales aux chapitres suivants, constituent la trame de fond de l'un des résultats majeurs de cette thèse à savoir que selon les problèmes identifiés les solutions thérapeutiques varient, avec d'un côté un travail principalement axé sur le corps pour les enfants jugés sans limites, et de l'autre, une approche davantage orientée vers le contrôle des émotions pour les enfants considérés à la marge. Pour les premiers une thérapie (ré)éducative est mise en œuvre et pour les seconds une psychothérapie est préférée.

4.2. L'invisibilité du travail des parents dans les trajectoires de soins

Dans sa thèse sur les parcours de soins (plus particulièrement sur l'accès aux soins et la prise en charge des enfants malades en Mauritanie¹⁸⁴), Hélène Kane (2015) synthétise les nuances théoriques entre itinéraires (Augé & Herzlich, 1984) et trajectoires (A. Strauss, 1992). Convaincue qu'une approche favorisant « la trajectoire de la maladie » permet de mieux rendre compte des activités thérapeutiques, de la pluralité des acteurs des différents secteurs de soins – professionnel, profane et populaire – et des multiples rebondissements pour soigner les enfants, elle retient la définition de Strauss pour l'analyse des parcours de soins :

« Le terme de trajectoire [...] fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute *l'organisation du travail* déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. » (je souligne) (Kane, 2015, p.143).

Comme Hélène Kane, j'opte pour le concept de trajectoire car il permet effectivement de mettre en lumière « les déterminants subjectifs et contextuels (...) en constante évolution » dans la trajectoire de la maladie, contrairement à « l'approche par les itinéraires thérapeutiques qui s'ancre dans une approche plus descriptive » (Kane, 2015, p.24-44). Face aux questionnements qui sont les miens, l'approche par les trajectoires permet d'inclure les éléments biographiques des parents et des enfants qui orientent les parcours de soins.

Afin de préciser « l'organisation du travail » mentionnée par Anselm Strauss¹⁸⁵, je me réfère également aux autres caractéristiques qu'il a identifiées et ainsi dépeintes :

« Parmi les personnes qui réalisent un travail dans ce lieu [l'hôpital], contribuant directement ou indirectement aux soins délivrés aux patients, il est une classe de travailleurs qui est rarement identifiée comme telle. Ces travailleurs (les patients) ne

¹⁸⁴ Le travail doctoral d'Hélène Kane, de type ethnographique, a été réalisé entre 2010 et 2013. Il compte entretiens et observations à l'hôpital national, à l'hôpital Mère-enfant ainsi que dans des centres de santé et auprès de guérisseurs, marabouts et vendeurs de plantes. Des entretiens ont également été menés auprès de quelques familles d'enfants et des enfants atteints de maladies chroniques. Une vingtaine de cas est présentée dans son manuscrit avec la finalité d'explicitier la construction des inégalités sociales de santé.

¹⁸⁵ Anselm Strauss est un sociologue interactionniste américain dont les recherches portent sur le monde médical (profession, travail, organisation hospitalière, techniques médicales et maladies chroniques, gestion de la mort à l'hôpital et de la maladie dans la vie quotidienne). Il s'intéresse tout particulièrement aux négociations entre acteurs (partant du concept d'« ordre négocié ») pour expliciter les actions collectives qu'elles soient de nature coopérative ou conflictuelle. (Source : http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/S/Strauss_1992_A.html, consulté le 05.01.2022)

détiennent aucun titre professionnel (*occupational titles*); les tâches qu'ils accomplissent passent le plus souvent inaperçues – bien que, paradoxalement, elles soient souvent présumées et attendues – et, bien entendu, ce travail n'est pas rémunéré par l'hôpital. En fait, la plus grande part de ce travail reste invisible aux professionnels [...], soit parce qu'il n'est pas accompli sous leur regard, ou parce qu'il n'est pas défini comme un travail. » (Strauss in Mougel-Cojocar, 2007a, p.153).

Qu'il s'agisse des patients ou de leurs parents, j'ai fait le même constat de l'invisibilité du travail médical réalisé par les non-professionnels dans le contexte marocain, qu'il s'agisse de faire parler l'enfant ou d'apporter des informations pour orienter les choix thérapeutiques. Le travail médical – c'est-à-dire le travail réalisé dans la consultation *et en amont* par les parents – n'est pas toujours reconnu. Pourtant, comme nous le verrons dans les histoires de vie déroulées, selon le travail médical accompli par les parents, les trajectoires de soins des enfants se construisent, s'interrompent ou s'effilochent au fil du temps.

Parmi les activités constitutives de ce travail médical figure « le travail interprétatif » (Davis) ou « la quête de diagnostic » (Corbin et Strauss) des parents et des proches qui contribuera, selon les cas, à l'obtention d'un diagnostic (Eideliman, 2019). Ce travail ou cette quête englobe ce que les parents glanent progressivement comme informations médicales dans les consultations avec les professionnels de santé et ailleurs. Ce processus implique la réalisation d'un travail de lecture et de recoupement des données collectées autour du corps de leurs enfants, de celles reçues en consultation, de celles apprises par une expérience passée dans la fratrie, etc. Jean-Sébastien Eideliman a défini la quête de diagnostic comme « l'ensemble des démarches, matérielles et mentales, entreprises par des personnes désireuses de donner du sens à ce qu'elles perçoivent comme un problème de santé non élucidé » (Eideliman, 2008, p.136). À cette quête de diagnostic s'associe, de manière plus ou moins explicite, une quête de sens. Cependant, *l'élucidation* ne signe pas toujours la fin de la quête de sens : parfois en effet, quête de diagnostic et quête de sens ne concordent pas, la famille cherchant à donner un sens autre, c'est-à-dire souhaitant singulariser l'étiologie du mal pourtant diagnostiqué (Rossi, 2011). Selon les familles rencontrées sur mon terrain, je montrerai quelles formes prennent ces quêtes et dans quelles mesures elles ne se synchronisent pas toujours.

4.2.1. Le travail de sentinelle des parents

À la suite d'observations de consultations pédiatriques dédiées aux enfants porteurs de pathologies du foie, Sarra Mougel-Cojocarou indique que « l'évidence d'une sollicitude parentale » (Mougel-Cojocarou, 2007a, p.160) peut conduire à minimiser, voire rendre invisibles, les contributions des parents, à savoir « le travail médical » décrit par Anselm Strauss et pourtant nécessaire « au bon déroulement de la consultation ». Le même constat peut être dressé au Maroc à propos de cette évidente « sollicitude parentale » et des attentes chez les professionnels qu'elle occasionne. À la suite de Shigeko Saiki-Craighill (1997) dans le contexte japonais, Sarra Mougel-Cojocarou développe le concept de « parent sentinelle » pour qualifier le travail délégué aux parents par le médecin suite à l'apposition d'un diagnostic (Mougel-Cojocarou, 2007a, p.158-159) : cette expression, qui se concentre sur la consultation et l'hospitalisation, traduit le travail parental d'« observation et objectivation » du corps de leur enfant.

Si je m'inspire des travaux de ces deux chercheuses, j'y apporte néanmoins une nuance, notamment en termes de temporalité et d'accomplissement de ce rôle de sentinelle. En effet, en menant les entretiens avec les parents, j'ai réalisé que l'important et nécessaire travail de sentinelle des parents commençait en amont des consultations, et pas seulement durant celles-ci. En consultation, l'élaboration du raisonnement médical opéré par les médecins à partir des savoirs profanes (c'est-à-dire non professionnels) parentaux et sur la base de leur expertise médicale contribue autant qu'il accentue l'invisibilité du travail de sentinelle des parents. Mais, en entendant ces derniers me raconter les raisons de leur venue à l'hôpital, ainsi que les cheminements de leurs pensées pour prendre une telle décision, j'ai pu remettre au cœur de la trajectoire de leur enfant ou adolescent leur rôle de sentinelle et l'incidence de leur parcours biographique sur celui-ci. J'ai noté qu'en portant une attention soutenue aux corps de leurs enfants, et en raison de leur souci de les « faire grandir » dans les normes, les parents exerçaient au quotidien un travail de vigilance, de suivi et d'évaluation, d'autant plus renforcé qu'ils avaient l'impression que quelque chose n'allait pas (Turmel, 2008, p.61). Ces pratiques d'observations des enfants, que ce soit lors de leurs initiations au siècle des Lumières ou dans le Maroc contemporain, ont toutes pris place, à un moment donné et sous l'impulsion des professionnels de l'enfance, dans les familles (*Ibid.*, p.84-85). Dans un travail d'analyse sur la période plus récente du début du 20^e siècle, Claudine Burton-Jeangros réalise le même constat : la « multiplication de discours sociosanitaires rend les parents bien

conscients de leur rôle d'éducateur et de leur responsabilité quant à la santé, mentale et physique, de leurs enfants dans le long terme » (2006, p.20). Geneviève Cresson a également largement contribué au processus de visibilisation du travail des familles et à leur rôle de « production de santé », pointant qu'elles sont passées d'un statut de « passives » à celui d'actrices de santé (Cresson, 2006) ; de manière plus spécifique, le travail de cette auteure depuis sa thèse consiste à dévoiler le travail profane (non-professionnel) des femmes, concluant qu'il constitue un des versants du travail domestique qu'elles produisent, mais dont la reconnaissance n'est pas de mise (Cresson, 1991). J'ajouterai que les pratiques d'observations parentales sont les signes de l'incorporation de leur rôle. Au sujet des familles, Aude Béliard et ses co-auteurs ont d'ailleurs appuyé l'idée que : « [l]es choix de consultation, les démarches poursuivies et finalement les diagnostics obtenus dépendent en partie des caractéristiques sociales des familles, de leurs ressources et de leurs priorités, elles-mêmes socialement situées » (Béliard et al., 2018)¹⁸⁶.

Ainsi, je propose de voir comment un travail de surveillance, de vigilance au corps se produit, selon les caractéristiques sociales des parents, en amont de la première consultation psychiatrique. Ce travail « d'observation et d'objectivation » inclut l'exposé de l'histoire du problème pour lequel la famille consulte. Cet exposé dépend des savoir-faire des parents et se construit en des termes plus ou moins clairs (manifestations physiques, anecdotes illustratives, traits de caractère), plus ou moins concis (selon les disponibilités des professionnels de santé), plus ou moins détaillés, avec éventuellement des dates (premiers signes/symptômes, premières crises) selon les compétences des parents¹⁸⁷. Comme je le montrerai, avec ce travail de sentinelle, les parents (et parfois les adolescents eux-mêmes) fournissent aux professionnels de santé les éléments nécessaires à l'initiation et au développement de la trajectoire thérapeutique. Avec moi, dans l'entretien socioanthropologique (à la différence de l'entretien clinique), ce travail n'est pas attendu, mais apparaît au fur et à mesure de sa production, me permettant de mieux cerner ce

¹⁸⁶ Aude Béliard, tout comme ses co-auteurs, est sociologue. La recherche dont est issu l'article mentionné s'appuie sur 45 entretiens menés auprès d'enfants et/ou membre de leur entourage. Leur travail analyse les liens entre problèmes de santé (TDA/H) et trajectoires sociales.

¹⁸⁷ Il est important de souligner que les professionnels étant eux-mêmes apprenants (médecins) ou nouvellement formés et en poste (psychomotriciennes et orthophonistes), leurs propres compétences à conduire des entretiens cliniques influencent la manière dont les parents relatent les faits nécessaires à la réalisation du travail clinique.

« (quand) quelque chose qui ne va pas » qui a mené les familles vers ces quêtes de diagnostic et de sens, ou plus simplement de solutions à leurs problèmes.

4.2.2. L'incidence du genre des parents

Dans ces trajectoires de soins multiples, qu'il s'agisse des cas identifiés comme sans limites ou en marge, j'ai fait un autre constat qui rejoint également les conclusions de Sarra Mougel-Cojocar (2007) – mais aussi de Geneviève Cresson (1997) ou d'Aude Béliard et Jean-Sébastien Eidelman (2014) : en effet, à propos du travail médical parental, la chercheuse opère un fractionnement de l'unité « parents » qui l'amène à penser cette entité non plus de manière monolithique, mais, au contraire, de façon à mettre en valeur les individualités genrées la constituant. Se concentrant sur le rôle de garde-malade, Sarra Mougel-Cojocar s'intéresse à la division familiale de ce rôle en fonction du genre du parent – division qui avait d'ores et déjà été notée par François de Singly, qui pointait la prééminence maternelle auprès des enfants malades, et par Gérard Neyrand qui, lui, soulignait la (nouvelle)¹⁸⁸ place des pères dans les responsabilités et les tâches éducatives de soins des enfants (Neyrand, 2014, p.23). Leurs conclusions, en tension les unes par rapport aux autres, ont été quelque peu nuancées par les travaux de Sarra Mougel-Cojocar qui, d'une part, note certes une division préexistante des rôles et des assignations du rôle de garde-malade en faveur de la mère, mais qui, d'autre part, rend compte de la présence de certains pères au chevet de leur enfant.

Pour ma part, il n'était pas tant question du rôle de garde-malade – puisque l'hospitalisation pédopsychiatrique n'existe pas dans la ville étudiée – que des modalités d'accomplissement du travail de sentinelle. Comme je le dévoilerai avec le déroulement des trajectoires des enfants, les conclusions de François de Singly et de Sarra Mougel-Cojocar trouvent un écho certain sur mon terrain, en particulier lorsqu'il est question du caractère genré de l'investissement dans les soins aux enfants malades. Cependant, m'intéressant au quotidien des familles avant leur venue à Al-Balkhi, j'ai mieux appréhendé comment la

¹⁸⁸ Dans un de ses nombreux articles sur la question du rôle des pères, Gérard Neyrand (sociologue, Université Paul Sabatier Toulouse 3) note que dans les années 1980, « les « nouveaux pères » des années 1970 sont toujours désignés sous ce vocable dans les médias, alors que la proximité de jeunes papas avec leurs bébés est maintenant généralisée... » Cette remarque m'amène à utiliser avec prudence cette expression de « nouveau père » ou « nouveau rôle ». (Neyrand, 2014, p. 24).

préexistence de rôle genré dans l'éducation et soins aux enfants permettait aux mères et aux pères d'observer et d'objectiver le corps de leur enfant différemment, en fonction par exemple du temps de présence plus ou moins important au domicile familial. Dans la perspective goffmannienne inhérente à ce travail, je dirais que les identités virtuelles des enfants, et par conséquent les stéréotypes ou attributs qui y sont associés, sont conditionnées et varient selon qu'elles sont définies et attendues (consciemment ou non) par le père ou la mère (Erving Goffman, 1975). Par ailleurs, m'appuyant sur les travaux d'Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman¹⁸⁹ qui examinent l'idée de « cultures somatiques » en fonction des catégories sociales (Boltanski, 1971) et du genre (Béliard & Eideliman, 2014), je détaillerai comment les capacités (registre pratique) et la légitimité (registre symbolique) des mères et des pères à tenir leur rôle se recourent avec l'existence, plus ou moins variée, de formes de capital de cultures somatiques. J'aborderai les analyses de Gérard Neyrand à propos du rôle des nouveaux pères au chapitre 6 en m'attardant plus amplement sur les relations entre pères et professionnelles de santé.

4.2.3. Entre rupture et continuité

L'expression « entre rupture et continuité » est extraite du titre d'un des articles d'Aude Béliard et de ses coauteurs sur les trajectoires de la maladie des enfants ayant reçu un diagnostic de TDA/H. Ils y analysent entre autres la temporalité du diagnostic, remettant en cause les travaux d'Ellen Corbin et Anselm Strauss (et de Michael Bury) autour de l'idée de « rupture biographique » (Béliard et al., 2018). Elles écrivent : « [...] les travaux sociologiques s'inscrivant dans cette perspective ont tendance à opposer un “avant” et un “après”, à faire du diagnostic un tournant qui entraîne des reconfigurations, en particulier des ajustements biographiques permettant de mettre en cohérence le moi présent et le moi passé (Bury, 1982). » (*Ibid.*) Or, l'étude des trajectoires des familles force à nuancer cette approche puisque, comme le montrent les auteures, « la maladie et ses interprétations ne viennent pas forcément bouleverser *une trajectoire “lisse”* (je souligne), elles sont parfois

¹⁸⁹ L'article mentionné est le résultat de la mise en perspective des domaines de recherche respectifs des deux anthropologues (le handicap mental pour Jean-Sébastien Eideliman et les troubles de type Alzheimer pour Aude Béliard). Ils y étudient les déclarations de problème de santé (tels que formulées par les familles concernées) et soulignent, entre autres, l'impact des configurations familiales (et les modes d'organisation quotidienne relatifs) sur celles-ci.

si inextricablement liées à la vie de la personne, le cas échéant *depuis sa naissance* (je souligne), qu'on ne saurait distinguer la ligne droite du tournant [...]». Ces formes de continuité, je les ai également relevées dans les propos de *certaines parents* : j'ai en effet souvent entendu des récits de parcours longs, évoquant des faits dès la naissance ou les premières années de vie de leur enfant, et impliquant une multitude de professionnels qui, fréquemment, n'avaient pas donné un diagnostic. Les parcours des enfants s'apparentaient davantage à des labyrinthes qu'à des « lignes droites » (*Ibid.*).

Néanmoins, je précise « *certaines parents* » car j'ai pu mettre en lumière un point que Béliard et ses co-auteurs – travaillant sur un seul type de diagnostic – n'avaient pas pu mettre en évidence : sur mon terrain, j'ai constaté que les continuités, ou à l'inverse les ruptures, étaient plus ou moins accentuées dans les propos des parents selon le type de diagnostic posé ou supposé. Ainsi, avec les parents pour qui les comportements des enfants étaient de l'ordre du débordement, de l'absence de limites, il apparaissait que cet état avait toujours été problématique et avait amené les familles à trouver des stratégies pour « faire avec » le(s) problème(s) observé(s). Dans ces cas, il semblerait qu'il ne soit pas pertinent de parler de « rupture biographique », mais plutôt d'une variation en intensité et en ampleur dudit problème. L'arrivée à Al-Balkhi s'inscrivait alors comme une forme de continuité dans les parcours de soins. Au contraire, pour les adolescents considérés en marge de leur famille, les parents évoquaient souvent un « passé » et un « présent ». Dans les éléments identifiés – via leur travail de sentinelle – puis relatés comme pertinents pour retracer l'histoire de la maladie qu'ils me délivraient, les parents introduisaient souvent, voire systématiquement, une référence à quelque chose, à un état qui avait existé, mais qui s'était brisé, rompu. Leurs récits donnaient alors à voir quelque chose de l'ordre d'une rupture, ou disons d'un changement brutal et radical, en l'espace de quelques semaines. Ainsi, je dirais que tandis que pour les enfants que j'ai qualifiés de sans limites, les diagnostics associés correspondent à des comportements qui sont presque toujours définis comme faisant partie des manières d'être et d'agir de l'enfant, ceux attribués aux adolescents considérés en marge de leur famille sont imputés à des perturbations pensées comme ponctuelles, acquises en réaction à un événement, et donc décrites comme « nouvelles » dans la vie quotidienne des adolescents et de leur famille. Il est d'ailleurs pertinent de noter que les problèmes perçus par les parents comme ayant toujours été présents sont remarquables chez les enfants plus jeunes (entre 7 et 9 ans) alors que pour les cas assumant une rupture, les enfants sont plus âgés (entre 11 et

17 ans). Pour les plus jeunes se dessine l'idée qu'ils sont modelables et que l'absence de limite les caractérisant est contrôlable par le travail des parents et des adultes qui doivent guider les enfants vers l'acquisition des capacités qui devraient être les leurs à leur âge. Pour les plus âgés, ils avaient déjà été façonnés et les changements de comportement signent une sorte de brisure dans l'expansion de la maturité et de la raison précédemment acquises¹⁹⁰. Tel que je le montrerai, les propos des parents sont différents selon l'âge des enfants ou adolescents concernés : alors que pour les plus jeunes, ils ont expliqué avoir entrepris des actions, notamment sur le corps, pour le modeler autrement et limiter les incidences négatives des difficultés vécues, le recours au psychiatre, sans travail sur le corps préalable pour les plus âgés, révèle l'incompréhension face à un événement difficilement explicable – à moins de retourner, justement, à la période du modelage de l'enfant. À travers l'analyse de ces parcours s'ébauchent certaines des représentations des enfants et de l'enfance et des adolescents et de l'adolescence en lien avec ce que les parents, et plus largement les adultes, peuvent et doivent faire pour éduquer ces êtres en devenir : la vision de l'enfant modelable et objet du travail social de la transmission orchestrée par les adultes se révèle.

4.3. Des enfants jugés sans limites

4.3.1. Rezik, un être (déjà) fatigué

Rezik a des problèmes de motricité et souffre d'une logorrhée¹⁹¹. Dès le début de notre première rencontre, la mère de Rezik m'a immédiatement raconté qu'elle a tout de suite su – ou disons très rapidement su – que quelque chose n'allait pas, mais que les professionnels ne la croyaient pas et la renvoyaient chez elle. Quand les parents ont finalement reçu un diagnostic de trouble neurologique (agénésie partielle du corps calleux), toute la famille s'est organisée autour des soins pour cet enfant spécial : ainsi, le quartier de résidence a été choisi pour sa proximité avec les lieux de soins, mais surtout en fonction de l'école qui a accepté

¹⁹⁰ Le chapitre 5 sera l'occasion de présenter une des conclusions majeures de ce travail en lien à cette position médicale, à savoir que pour les enfants plus jeunes, les thérapies sont de l'ordre de l'éducation/rééducation, avec des séances d'orthophonie et de psychomotricité comme principal fondement de la thérapie, alors que pour les plus âgés, un travail de type psychothérapeutique sur le lien entre les émotions et les comportements est favorisé.

¹⁹¹ La logorrhée est un terme médical qui désigne une surproduction verbale. Une personne logorrhéique ressent un besoin intarissable de parler. Son flux de paroles est précipité, diffus et continu.

le garçon malgré ses difficultés. Les parents avaient identifié les mêmes problèmes, mais chacun jouait un rôle différent : la mère de Rezik était présente au quotidien pour les déplacements chez les professionnels, pour l'aide au jour le jour, pour faire faire les exercices, tandis que le père se concentrait sur les lectures autour du problème, la recherche de solutions ou de compléments d'information, par exemple pour des médicaments ou des exercices. Le reste du temps, en journée, il travaillait comme chauffeur de tram, mais ses jours de congés étaient dédiés à son fils. Les parents ont reconnu que la grande sœur, très sage et raisonnable, permettait à son frère de beaucoup bénéficier des ressources familiales.

4.3.1.1. *Rezik et moi*

De Rezik, je retiens sa voix, son flot de mots, ainsi que son affection qui m'incite à penser autrement les relations entre enquêtrices et enquêtés. L'analyse des liens tissés avec Rezik a indéniablement nourri mes réflexions sur les pratiques ordinaires du (pré-)consentement et de la « bonne distance » discutées au chapitre 2.

Rezik est ici peint par ce que notre distance amenuisée au fil des années m'incite à vous décrire.

Une voix plus forte que les autres, comme pour s'élever au-dessus de la mêlée des sons, comme pour compenser son corps fragile. Que ce soit dans les couloirs de l'hôpital, dans le bus, ou à la maison, sa voix, encore celle d'un garçon impubère à l'époque où je l'ai rencontré, était propulsée dans l'espace et ne pouvait échapper à ceux qui l'entouraient. Une tonalité montante à chaque fois qu'il nous apostrophait par notre prénom, suivie par un timbre déraillant, telle la plainte d'un être déjà fatigué malgré son jeune âge. Il avait dix ans lors de notre première rencontre en 2015.

De cette voix retentissante émergeaient des mots, de nombreux mots. Un flot de mots que Rezik semblait ne pas être en mesure de maîtriser, comme si respirer ne pouvait se faire que par syllabes expulsées. Appris par cœur, ces mots, ces phrases complètes, étaient extraits d'une émission et d'une série télévisées qu'il adorait. La justesse du rythme et des intonations était visiblement saisissante. Soignants et parents l'ont souvent expliqué et répété : la qualité de sa reproduction constituait une imitation plus que convaincante,

entraînant une sorte de fascination envers ce garçon capable de retenir autant de phrases et de les performer avec autant de justesse par rapport à la version télévisée originale.

À cette voix imposante s'associait un corps frêle, tremblant, instable, sans force, désarticulé. Assis ou debout, de petits mouvements parcouraient l'ensemble de ses membres, comme si d'infimes électrochocs étaient mystérieusement déclenchés de temps à autre. L'immobilité était un impossible. L'équilibre, un incertain. Une sorte de courant invisible traversait en permanence ses jambes, ses bras, son dos ou sa tête, lui attribuant une forme de nervosité et d'empressement généralisé et constant.

Pour nous parler, il parvenait cependant à dévier, en partie, cette énergie pour en prendre le contrôle. Sa main venait alors se poser sur le bras, la jambe, l'épaule ou le visage de son interlocuteur, ses yeux cherchant sans cesse ceux de celui dont il requérait l'attention. D'après sa mère, cela dérangeait certaines personnes, dans le bus, ou à l'école, et « même en famille [...] ceux que je croise en autobus, on me demande de faire taire mon enfant. » La nervosité et l'empressement que je percevais chez Rezik semblaient provoquer l'agacement de certaines personnes.

4.3.1.2. Savoir corporel maternel, savoir intellectuel paternel

À l'hôpital, accompagnée de Lamia, j'ai rencontré Nour, la mère de Rezik. Le père de Rezik n'est jamais venu à la clinique : nous avons fait sa connaissance plus tard, au domicile familial.

« Tout s'est passé dans les normes... jusqu'à 5 mois »

Pour cette mère, le flot de mots ainsi que la difficulté à se concentrer et à se déplacer constituaient le principal problème de son fils et justifiaient les séances de psychomotricités et d'orthophonie, ainsi que les consultations avec le psychiatre. Deux fois par semaine, Rezik venait à l'hôpital pour ses séances de travail, et une fois par trimestre, le rendez-vous avec le médecin s'ajoutait à cet emploi du temps. Les problèmes moteurs empêchaient le garçon d'écrire, de marcher, de manger ; se contrôler physiquement requérait un très grand effort qu'il ne pouvait pas fournir de manière continue. Au niveau cognitif, ses capacités étaient

« bonnes », « normales » – selon les formules utilisées par les parents pour décrire son « intelligence » –, mais le corps avec lequel Rezik devait vivre à chaque instant était l'ennemi de cette vie que parents et enfant désiraient modifier – du moins au moment où je les ai rencontrés.

Les problèmes ont commencé bien avant le babillage, c'est-à-dire avant que le langage et ses formes dérivées ne lui viennent. La mère de Rezik a pu dater quand et comment les problèmes s'étaient manifestés : retraçant l'histoire de Rezik depuis sa naissance, Nour nous a expliqué :

« Dans les six premiers mois, j'ai constaté ça. Après sa naissance, aucun signe n'est apparu. Au moment de l'accouchement, il a crié. L'oxygène est remonté dans son cerveau, c'est-à-dire que tout s'est passé dans les normes. Il pesait 3 kg et 500 g. Il pleurait. Je l'allaitais. Je lui donne le biberon. [...] Tout est normal.

Suivant mois par mois les comportements de son jeune bébé, lors des pratiques de soins quotidiennes, Nour nous a raconté :

« J'ai constaté ça entre son cinquième et son sixième mois. [...] À six mois, par exemple, quand je l'allaitais, il voulait me prendre avec ses mains, mais il ne peut pas, et après il lâche ses mains. Il voulait prendre le biberon avec ses mains, même avec une très petite quantité de lait, il n'arrive pas à le retenir longtemps et il tombe. De même pour l'eau... Je sais qu'après six mois, les enfants arrivent à maîtriser les choses en mains, car j'avais une fille de treize ans dont je me suis occupée avant qu'il naisse.

Bébé, c'était le biberon, plus tard, les couverts, et puis en grandissant, le crayon de l'école. Du fait de ces problèmes de mains, Rezik ne pouvait faire que peu de choses seul. Au moment où je les ai rencontrés, parents et enfant se concentraient sur l'usage du stylo (le reste ayant été plus ou moins acquis, même si l'habillement restait compliqué) car l'entrée à l'école ainsi que son maintien en classe avaient été conditionnés par la possibilité d'écrire. Malgré l'usage du diagnostic pour justifier ses difficultés motrices, mais non cognitives, les parents avaient essuyé plusieurs refus d'inscription à l'école. Ils avaient tenté, comme d'autres parents avec des enfants en situation d'handicap, de faire de ce diagnostic un outil de contournement de certains des problèmes vécus (Béliard et al., 2018), mais dans un pays au sein duquel les institutions spécialisées faisaient défaut et la prise en compte des enfants « avec des besoins spéciaux » demeurait sous-adaptée (Langlois, 2005), l'usage de ce

diagnostic dépendait des liens et du pouvoir de conviction des parents vis-à-vis des directeurs d'école.

« *Ne rien craindre* »

Avant de se (dé)battre avec le système scolaire et d'élaborer un argumentaire recevable pour le(s) directeur(s) d'établissement, Nour avait dû apprendre à naviguer au sein du système médical et à communiquer avec les professionnels de santé. Se questionnant sur la santé de son fils, elle avait interpellé à plusieurs reprises les médecins et le pédiatre qui suivaient le bébé. Mais, malgré le discours tenu par Nour face à Lamia et moi ce jour-là, des années auparavant, elle n'avait pas pu ou su mettre en avant explicitement ce qu'elle constatait : « Je dis ça à personne. » Au fur et à mesure des années, l'expertise et l'assurance acquises avaient permis à Nour d'agir avec conviction face au personnel médical : face au médecin, à la psychomotricienne ou orthophoniste, j'avais pu observer que Nour expliquait ce qu'elle mettait en place à son domicile, elle ne se taisait plus. Ainsi, elle rapportait qu'elle faisait effectivement faire les exercices d'écriture, mais elle indiquait également aux professionnelles (dans ce cas la psychomotricienne) qu'elle encourageait Rezik à utiliser la tablette pour écrire car elle considérait cet outil pratique et moins contraignant pour son fils en termes d'effort de concentration. Durant l'entretien, en l'écoutant, j'ai découvert son processus d'acquisition de compétences. Revenant sur cette époque où elle interpellait sans succès le personnel médical sur la « normalité » de son fils, Nour a ajouté :

« Je ne savais pas quoi faire. Quand je l'amène pour se faire vacciner à l'hôpital du quartier, on ne m'a rien dit. Il est potelé. Il avait du poids. Il mangeait bien, il allaitait aussi bien. Alors, quand je leur demande si c'est normal, on m'affirme que tout est bien sauf qu'il est un peu gros, mais il n'a rien de mal. Son poids est dans les normes. Tout est bien. Je n'ai rien à craindre.

Il est intéressant de noter que les compétences dont Nour se servait pour interpeller les professionnels reposaient, en grande partie¹⁹², sur l'intégration de normes médicales. Dans son ouvrage intitulé *A Historical Sociology of Childhood*, André Turmel commente les liens

¹⁹² S'il est certain que les savoir-faire maternels sont aussi le produit du transfert de savoir entre mère et fille (D. Bonnet & Pourchez, 2007; Burton-Jeangros, 2006), je n'ai pas eu l'occasion d'entendre Nour commenter ces types de savoir. Néanmoins, le contexte de l'énonciation et ma présence même en tant que personne travaillant à l'hôpital (Béliard & Eideliman, 2014) ont inmanquablement influencé le contenu de ses propos. Mais je fais le choix ici de baser mon analyse sur les propos qu'elle a tenus, sans avoir pu constater « l'origine » des autres formes de savoir-faire maternels.

qui se sont créés entre les savoirs professionnels et les savoirs domestiques à partir du 19^e siècle (2008), argumentant que l'essor des « technologies sociales » a nourri l'idée de « l'enfance normale » : « *Measurement, quantification and graphic visualization paved the way to child hygiene and child development as guiding principle of care both domestic and institutional.* » (*Ibid.*, p.63). En effet, qu'il s'agisse de la capacité à saisir et tenir des objets, ou du poids du bébé et de son rapport à l'allaitement, Nour ne faisait qu'utiliser le langage et les références spécifiques au travail maternel encouragé par les professionnels de santé, soucieux d'imposer « des normes de bonne santé et de bonne conduite » (Burton-Jeangros, 2006, p.20).

À la suite de la prescription du médecin de « ne rien craindre », Nour a tenté de se tranquilliser : pendant trois mois, elle n'a contacté aucun médecin et elle est restée à la maison, mais elle a commencé à mettre en place des stratégies pour accompagner Rezik comme elle le pouvait, en fonction de ce qu'elle estimait devoir être les compétences et acquis de son fils à cet âge. Ainsi, « [...] pour le faire s'asseoir, je le retiens avec des oreillers. » Une fois encore, l'expertise maternelle de Nour, façonnée par l'incorporation des impératifs relatifs aux courbes de croissance définies par le milieu médical, a guidé le travail de soins envers son enfant (Burton-Jeangros, 2006; Turmel, 2008). C'est en ce sens que j'insiste sur le fait que les parents, avant même leur entrée dans le parcours de soins, ont commencé un travail de sentinelle, c'est-à-dire « d'observation et d'objectivation » du corps de leur enfant avec pour référence les normes médicales. Nour, d'après son récit, a progressivement collecté des informations sur le développement de Rezik afin de pouvoir argumenter auprès des médecins et faire en sorte qu'ils légitiment ses craintes. En prenant comme point de repère la normalité telle que définie par les catégories médicales, elle souhaitait pouvoir montrer que son fils avait des problèmes et qu'il devait être pris en charge par des professionnels de santé.

« Ne rien craindre », cela avait semblé impossible pour Nour. Dans un article analysant les récits livrés par les parents au sujet des collaborations ratées avec les professionnels de santé, Geoffrey Baruch (1981) a pour objectif d'en comprendre les raisons et d'analyser les « *atrocité stories* » livrées par les parents. Parmi les causes identifiées figurent des formes d'incompréhension entre parents et professionnels qu'il attribue à l'existence de deux réalités (ou mondes) distinctes, d'un côté celle des parents, et de l'autre, celle des professionnels – lesquelles fonctionnent de manière « dysharmonique » (Baruch, 1981,

p.288). L'auteur argumente que les réponses du monde médical apparaissent souvent « étrangères et inaccessibles » pour les parents (*Ibid.*). Dans le cas de Nour, nous retrouvons cette même incompréhension face aux conseils du médecin : l'injonction de « ne rien craindre » lui semblait d'autant plus inadéquate que des objections factuelles, surgissant et se multipliant au quotidien, s'inscrivaient en contradiction avec cette recommandation et renforçaient sa conviction que *quelque chose n'allait pas* :

« Je sais qu'après 6 mois, les enfants commencent à s'asseoir et se penchent. Il n'arrive pas à retenir son équilibre pour s'asseoir. (...) Avant qu'il marche (...) il marchait sur ses fesses (...) il n'a pas marché à quatre pattes. (...) À chaque fois que je touche ses mains, je sens la fragilité de ses mains, on dirait que ses os ne sont pas si durs, il a juste du cartilage, et c'est pour ça que ses mains sont fragiles et lâches.

À chaque étape du développement de Rezik, Nour a été interpellée par les manquements, les retards et les impossibilités physiques de son fils. Rezik ne grandissait pas comme sa sœur avait grandi, comme un enfant devait grandir. « Ce que les enfants commencent » à faire à certains âges, Rezik ne l'avait jamais fait. Elle avait intégré à son travail de soin la surveillance des stades de développement. Dans le parcours de soins construit par les parents pour parer aux difficultés de leur enfant, l'objectif était d'y remédier. Pour Nour qui accompagnait Rezik dans beaucoup de ses mouvements quotidiens (se laver, manger, se vêtir, etc.), les objectifs de cette vie médicalisée étaient de voir son fils acquérir une autonomie dans la réalisation de ces gestes. S'il était important pour Nour que son fils puisse aller à l'école, ses propos dévoilaient que le contrôle de ce corps rebelle était ce qui la préoccupait le plus. En tant que mère, elle était (et elle serait si ce travail de maîtrise ne se perfectionnait pas) celle qui prenait et prendrait soin de ce corps au long cours.

« *Mon mari et moi, on est cousins* »

Le premier entretien réalisé à l'hôpital a duré environ une heure. Rezik, pendant ce temps, dessinait, récitait des histoires, venant de temps à autre sur les genoux de sa mère. Vers ce qui s'annonçait être la fin de notre discussion, Nour a semblé encore réfléchir, hésitant à dire quelque chose. Nous étions toutes silencieuses. Puis elle s'est décidée à ajouter un élément sur sa vie de couple : « mon mari et moi, on est cousins. On ne savait pas que cela pouvait créer des problèmes ». La voix de Nour avait changé. Prise entre abattement et regrets -

manifestes au travers de la baisse d'énergie de son intonation et l'affaissement de son corps sur sa chaise - et acceptation - perceptible dans ses yeux brillants tournés vers Rezik et par son menton haut -, elle nous a livré ce détail comme une confidence. Du moins, c'est ainsi que je l'ai reçu. D'un signe de tête, j'ai confirmé puis acquiescé, soufflant que « oui, la consanguinité peut avoir ces effets ». Silence de nouveau. Nous nous sommes tournées vers Rezik, assis au bureau, qui jouait avec une voiture bleue qu'il avait trouvée sur la petite table placée devant le grand bureau du médecin. Avec cette phrase, Nour venait de nous livrer ce qu'elle assignait comme cause des problèmes de Rezik : les malformations du cerveau diagnostiquées chez son fils étaient congénitales, elles s'étaient produites du fait de la consanguinité entre elle et son époux. C'est ainsi que Nour (s')expliquait ces problèmes, c'est ainsi qu'à demi-mot, elle démasquait une sorte de culpabilité. La quête de sens de cette famille avait été relativement courte comparativement à celle d'autres familles. Confiants envers la biomédecine, l'expertise profane qu'ils avaient développée en adéquation avec ce modèle faisait qu'ils avaient entendu et accepté la lecture diagnostique. La consanguinité justifiait d'ailleurs leur refus de faire d'autres enfants : certes, la vie avec Rezik allait en s'améliorant, mais ils ne voulaient pas « prendre le risque », comme ils l'avaient expliqué lors d'une de mes visites à leur domicile, d'avoir un autre enfant avec des difficultés telles que celles présentées par Rezik. La remarque de Nour indiquait que pour elle et son mari, quête de sens et quête diagnostique coïncidaient, orientant le parcours de soins de leur fils sans trop de détours – une orientation constatée dans d'autres parcours marqués par le pluralisme thérapeutique (Benoist, 1996a; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Kane, 2015).

De plus, les propos de la mère de Rezik font écho à l'idée d'« adéquation morale » avancée par Geoffrey Baruch (1981). Avec cette expression, l'auteur souhaite mettre en avant les attitudes des parents face au questionnement de recherche formulé, à savoir « *how could you, as parents, have allowed that to happen to your child ?* » (*Ibid.*, p.276). Geoffrey Baruch estime que les parents, en répondant à cette question, « *attend to the issue of their appearance as moral persons (personnes morales), competent members (membres compétents) and adequate performers (interprètes adéquats). Hence, in formulating their account, they accomplish the status of moral adequacy* » (*Ibid.*, p.276). En construisant leur statut d'adéquation morale, les parents, d'après Geoffrey Baruch, « *account for their inability to fulfill these expectations and display the status of adequate parenthood* » (*Ibid.*, p.291). L'auteur construit un cadre en six points afin de rendre visibles les manières dont les

parents – les « *story-tellers* » (les conteurs d'histoire¹⁹³) – atteignent un « status of moral adequacy » (*Ibid.*, p.282-283) :

« 1) *Story-tellers-parents locate themselves in worlds occupied by laypeople which are shared in common. They achieve this by appealing to features of an everyday world and by using intersubjective devices.*

2) *They locate the health professionals in a world quite distinct from that occupied by lay people.*

3) *They appeal to features of their world and show that according to these features they acted reasonably, consistently and competently given the situations described in their stories. In so doing they can be said to be producing 'determinate alternative possible accounts'.*

4) *Members of the medical world are often shown to have acted incompetently according to the standards of their world.*

5) *Story-tellers-parents sometimes acknowledge the reasonableness of the medical world according to its standards and rules, but often display it as unreasonable in the context of their everyday world and that shared by lay people in common.*

6) *Finally, by attending to the relevance of medical standards and rules, they enhance their status as competent members. »*

Si la mère de Rezik tente surtout de montrer la moralité de son choix actuel (c'est-à-dire de ne plus avoir d'enfant), ses remarques sur les professionnels rejoignent certaines des conclusions de Geoffrey Baruch quant au fait que les parents, tout en se plaçant en opposition, parfois conflictuelle, avec les professionnels, renforcent par-là même, leur « status as competent members » et de parents en mesure d'accomplir le travail de sentinelle attendu d'eux.

4.3.1.3. *Un parcours de longue date*

« *Si je veux aider mon fils, j'apprends* »

¹⁹³ Contrairement au sens que cette expression pourrait éventuellement avoir (raconteur, charlatan, etc.) en français, elle n'est en rien péjorative ou discriminante. Elle se réfère au fait de raconter des histoires, au sens de rapporter des faits, rejoignant en ce sens certaines des théories – comme le modèle explicatif de Kleinman (1988) – cherchant à comprendre les savoirs et les actions des parents dans le parcours de soins de leurs enfants. La construction de la réalité parentale s'appuie par exemple sur le sens du diagnostic (Baruch, p.283).

Lors du premier entretien mené avec les parents de Rezik à leur domicile, ces derniers ont rapporté avec précision (avec un vocabulaire médical et des explications somatiques) et ont commenté en détail (date, nom des médecins et de leurs spécialités) les problèmes de santé rencontrés par leur fils depuis sa naissance et les actions entreprises pour y faire face. Relevant leur connaissance et rigueur lexicales, je me suis intéressée à leurs parcours biographiques, et notamment à leur formation professionnelle. J'ai remarqué qu'ils étaient capables de « mettre en discours » le contenu des dossiers médicaux constitués au fil de la trajectoire thérapeutique de leur fils, se faisant « le relais » des données médicales (Mougel-Cojocar, 2007a, p.154). J'ai appris que le père de Rezik avait une maîtrise de biologie. Il parlait français, un peu anglais, et il savait naviguer sur Internet. Sa mère avait terminé l'école obligatoire, mais elle n'avait jamais exercé d'activité rémunérée, se dédiant entièrement à ses enfants – Rezik avait une sœur de quatre ans son aînée – et au foyer. Le père m'a expliqué que Rezik était né avec un problème neurologique entraînant des troubles de la motricité et de l'apprentissage, et une logorrhée qui était alimentée par le contenu de séries télévisées populaires que le garçon adorait. Il m'a expliqué les liens entre le développement anormal du cerveau de leur fils et ses conséquences physiques. Dans ses explications, le père m'a confirmé que ses compétences dans le domaine médical s'étaient déployées et affinées au fur et à mesure de la croissance de Rezik : « J'ai appris beaucoup, depuis qu'il est petit il a des problèmes. Si je veux aider mon fils, j'apprends, je lis pour comprendre ce qu'il a. Des fois, c'est moi qui dis au médecin quand il oublie. » Cet oubli concernait par exemple ce que le médecin pouvait négliger, comme la marge de croissance et de progression dont disposait Rezik. Avec ses connaissances, ce père avait pu indiquer aux psychiatres, que « le cerveau, c'est un muscle, Rezik doit travailler ce muscle, s'il travaille bien, fait des exercices, il peut grandir et faire des progrès ». Ce discours, avec des preuves à l'appui extraites des discours des professionnels et des ressources médicales découvertes sur Internet, avait permis aux parents de commencer le suivi à l'hôpital où je les avais rencontrés. Rezik y voyait une psychomotricienne et une orthophoniste une fois par semaine. Les rôles de « relais » et « porte-documents » accomplis par les parents facilitaient la transmission d'informations d'un médecin ou d'un soignant à l'autre, favorisant l'élaboration du jugement médical et déclenchant un suivi : le père avait ainsi su justifier l'importance de ce double travail thérapeutique. La fonction de « mémoire » des parents était ainsi suffisamment limpide pour leur permettre de participer, avec les professionnels, aux décisions thérapeutiques (Mougel-Cojocar, 2007). De plus, le travail accompli par la mère

et le père de Rezik, chacun en fonction de leurs compétences, montrait comment de nouvelles catégories (mémoire, relais, porte-documents, etc.) avaient été appréhendées par les parents au fil du parcours de soins. Ce dernier point est d'ailleurs ce que d'autres auteurs ont conclu à propos des théories diagnostiques et des parcours de soins des enfants, à savoir qu'à l'issue d'un long parcours, des (re)qualifications et des sens différents ont été glanés par les familles (Béliard et al., 2018; Mougel-Cojocar, 2007a).

Un parcours de soins à l'échelle familiale

Par son récit, Nour nous a raconté comment chacun, à sa manière, avait contribué à façonner un environnement où les difficultés de Rezik avaient pu être atténuées. La vie de la famille était organisée autour du garçon : depuis sa naissance, la famille avait déménagé à plusieurs reprises, chaque fois pour tenter d'améliorer les conditions de vie du garçon et – en conséquence – de son entourage proche. Les déménagements avaient été réalisés pour que le père puisse être engagé comme chauffeur de tramway et obtienne un salaire mensuel de MAD 4000.00, un salaire qui « ne nous suffit pas pour nos besoins ». Dans ce « nous », j'ai entendu surtout ce que la famille investit pour les soins de Rezik : l'IRM par exemple coûte 1500 MAD ; les médicaments 1000 MAD pour vingt jours de traitements. Le changement d'adresse s'est également fait pour qu'un directeur d'école publique veuille bien accueillir Rezik malgré ses difficultés d'apprentissage... Pour que les lieux de soins soient accessibles sans devoir prendre le train... Pour que les prestations des associations caritatives pour enfants handicapés soient disponibles : dans une association, une psychomotricienne les a aidés gratuitement, pour les séances, mais aussi en venant les chercher et en les déposant chez eux après la séance. Ce rapprochement des structures spécialisées a également permis d'accéder à des formes de crédits particulières : « J'ai visité des associations pour qu'on puisse m'aider à me procurer des médicaments. On me prête de l'argent et je dépose ma carte nationale pour que je puisse bénéficier d'un crédit. » La famille, avec le travail du père, ne bénéficiait pas du RAMED¹⁹⁴, mais disposait d'une assurance sociale. Cependant, comme l'avait précisé la mère de Rezik : « on m'a dit qu'on ne rembourse pas ce genre de médicament, car ce n'est qu'un complémentaire et même pour

¹⁹⁴ Pour rappel, RAMED est le Régime d'Assurance Médicale. « Il est fondé les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis. » (Source : <https://www.ramed.ma/>, consulté le 05.01.2022).

la kinésithérapie (aucun remboursement) ». Chaque séance coûtant 40 MAD (pour un total de 5000 MAD par mois), la famille vivait à crédit. Les parents voulaient offrir à leur fils tous les services susceptibles d'améliorer ses conditions de vie, multipliant les activités médicales, paramédicales et extrascolaires. Nour, la mère de Rezik, m'avait ainsi précisé : « je le fais suivre même dans le privé, chez le neurologue. » Les possibilités, et l'éventuelle articulation des dépenses de santé entre le secteur public et le privé, comme souvent au Maroc, structurent les parcours de soins des enfants (Gruénais & Guillermet, 2018; Moussaoui, 2007). Comme documenté par Karima Araoui et Hocine Fsian à propos des parents d'enfants en situation de handicap, cet investissement temporel et émotionnel manifeste leur volonté d'offrir les meilleurs soins possibles à leurs enfants (Araoui & Fsian, 2018) : pour les parents de Rezik, la recherche de solutions signifiait ainsi leur souci de s'engager sur tous les fronts d'aide possibles.

Lors de cet entretien en avril 2015, Nour nous a raconté les multiples spécialistes consultées, les aller-retour entre la maison, l'hôpital et les associations où psychomotricité et activités extrascolaires étaient dispensées gratuitement, les crédits financiers contractés pour pouvoir faire face aux coûts des médicaments et des examens médicaux. Depuis les six mois de leur fils, ces parents n'avaient jamais cessé de chercher des solutions, de consulter des médecins. Pour la mère de Rezik, le diagnostic était arrivé trop tard et avait conduit à « un retard de deux ans » en termes de prise en charge. Se référant de nouveau à la « temporalité normale » du développement d'un enfant, elle était aigrie à l'égard des premiers professionnels rencontrés qui, pour elle, avaient failli à leur mission de diagnostic et de traitement. D'après elle, le bilan médical et la thérapeutique recommandés étaient inadéquats :

« Le jour où il a fait l'IRM. On ne m'a pas expliqué clairement son cas, on ne m'a pas donné un diagnostic correct. T'as compris ? J'ai tout fait. Tu prends les résultats de l'IRM, tu vas chez toi, après douze et treize ans, il se rétablira !

Insatisfaits par l'attitude des professionnels qui les avaient renvoyés chez eux, les parents ont tout de même décidé de poursuivre le parcours de soin. La rencontre avec un autre médecin a finalement été décisive. « C'est elle qui a lu l'IRM, elle m'a dit qu'il a un "pont", un "réseau" entre la gauche et la droite. Il faut du travail, mais vraiment du travail et chaque jour. » À sa façon, avec ses mots, cette mère avait retenu et traduit les éléments du diagnostic,

développant un modèle explicatif à même d'intégrer les éléments biomédicaux connus et de rendre compte de son expérience quotidienne. Cette trame narrative légitimait le travail qu'elle effectuait avec son fils, constituant une forme d'encouragement et de soutien moral au quotidien.

Du fait des réponses apportées (notamment par « la lecture de l'IRM » et les explications données), ce médecin avait été jugé compétent par les parents. Le diagnostic donné à cette occasion est celui qui demeurerait à ce jour – celui avec lequel la famille, la neuropédiatre et les autres professionnels travaillaient. À ce diagnostic s'était ensuite ajouté un traitement. Nour a exposé la suite du parcours à la suite de cette annonce diagnostique :

« Son médecin l'a diagnostiqué. Il m'a dit qu'il aura un retard à marcher et à bien manier les choses. Il m'a rassuré qu'il n'a aucun retard mental. Il m'a prescrit des séances de kinésithérapie. Ces séances ont duré deux ans. Il a commencé à marcher dès l'âge de trois ans et deux mois.

Une fois rapportée la rencontre avec un médecin jugé compétent, l'histoire contée par la mère de Rezik (et à d'autres moments par son père) porte moins sur le fossé existant entre leur monde profane et le monde professionnel, mais davantage sur la mise en commun des savoirs constitutifs du diagnostic et les accords autour des stratégies thérapeutiques à implémenter.

Le début du parcours de soins de Rezik est révélateur des compétences intuitives et expérientielles de sa mère, complétées, au fil des mois et des années de vie, par des compétences parentales forgées par les recherches personnelles. L'organisation familiale s'est construite autour de ce « quelque chose qui ne va pas », y compris lorsque la réponse médicale n'était pas encore formelle et/ou acceptée par les parents. Chaque parent, en fonction de son parcours biographique, a renforcé et/ou acquis des compétences, via la mise en œuvre d'un travail de sentinelle. Ils ont mis en place des solutions plurielles, mais toutes dans le domaine de la médecine allopathique, afin de remédier aux problèmes identifiés au quotidien. Ces parents révèlent leur souci d'une possible autonomie pour Rezik ainsi que leur désir de son intégration scolaire via l'acquisition de compétences cognitives.

4.3.2. Amar, un enfant dit turbulent

Pour certains parents (à l'inverse de ceux de Rezik), il a été beaucoup plus compliqué de jouer ces différents rôles de relais (d'information), de porte-documents (facilitant le transfert de documents et les démarches administratives d'un service hospitalier à un autre) et de mémoire de la trajectoire thérapeutique (soins antérieurement réalisés) (Mougel-Cojocar, 2007a). Contrairement au père de Rezik qui avait été capable de m'expliquer, avec ses mots, le diagnostic et les données médicales reçues auprès des médecins consultés, le père d'Amar, un enfant âgé de sept ans lors de notre première rencontre à domicile, m'avait simplement dit à propos de son fils : « Il est fou ». Ce mot ne venait pas tant souligner le refus de diagnostic que le flou et la difficulté à faire la synthèse des troubles d'Amar tels qu'ils avaient été définis par les médecins

Amar a été diagnostiqué avec un trouble oppositionnel du comportement, un retard mental et une hyperactivité. Mère et père se plaignaient des mêmes comportements du fils, commentant qu'il était ainsi depuis son plus jeune âge. Avec les voisins, les relations étaient très mauvaises et la maîtresse s'était plainte à plusieurs reprises des manières d'être et d'agir du garçon. La mère d'Amar a exprimé toutefois un sentiment de honte que le père ne mentionnait pas ; cette réaction maternelle était liée au fait qu'elle seule gérait et pâtissait directement, dans les relations sociales, des conséquences des comportements d'Amar. La mère d'Amar était aussi celle qui se disait épuisée par son fils puisque le père, maraîcher, était absent toute la journée en raison de son travail. Les frères aînés refusaient quant à eux de s'occuper de leur petit frère, jugé incontrôlable. Amar, lui, peinait à trouver un espace d'expression : ses quelques prises de parole étaient défensives (« je connais l'alphabet », « il m'a frappé », « taisez-vous ») et rarement prises au sérieux.

4.3.2.1. *Amar et moi*

Je ne m'en cacherais pas : j'ai eu – et je continue d'avoir – pour Amar une certaine affection, à la mesure, je crois, de la désaffection, voire de l'exaspération, qu'il provoquait chez les soignants. Si je m'en réfère aux remarques qui le qualifiaient, Amar était l'un de ces garçons qui pouvaient facilement irriter. Les soignants le considéraient comme malpoli, inattentif, peu apte aux efforts et voleur. Si des cris d'enfants se faisaient entendre dans la

salle d'attente, les soignants ouvrant la porte de leur bureau n'étaient pas surpris que cette agitation puisse se produire en présence d'Amar. Cependant, contrairement à ce qu'ils affirmaient, je n'ai pas souvenir de l'avoir remarqué dans les couloirs en raison de son comportement jugé turbulent¹⁹⁵. À croire que d'autres étaient plus intrigants et bruyants et que je ne l'avais, par conséquent, pas vu.

Lors de nos premières rencontres, je ne connaissais pas les raisons de la présence d'Amar à l'hôpital. Lorsque je le regardais, je ne voyais pas de problème majeur. Son corps ne portait pas de stigmat corporel visible, pas de handicap ou de défaut du visage ou du corps (Erving Goffman, 1963). Sa démarche était assurée, même si un peu bousculée, précipitée par une sorte de nervosité qui lui faisait faire des micro-sauts à chaque fois qu'il posait un pied devant l'autre. Il était de petite taille, c'est la seule chose que je constatais sur son physique. Je lui donnais sept ou huit ans au vu des exercices qu'il réalisait avec l'orthophoniste, mais sa taille était quasiment celle d'un enfant de cinq ans. Physiquement, j'aurais pu éventuellement penser à un problème de croissance. Plus je l'observais, dans les couloirs ou dans la rue, plus cette petite taille me donnait l'impression, avec la rapidité qui était la sienne, qu'il se faufilait pour échapper à quelque chose... qu'il se cachait pour ne pas être attrapé... qu'il plongeait, au milieu des adultes, là où il ne devait pas être... qu'il resquillait entre ces larges corps féminins engoncés dans de longues djellabas colorées... Il naviguait discrètement, furtivement, semblant ne pouvoir tenir en place, à aucune place. Toujours habillé de la même large tenue sportive bleue, ses vêtements semblaient le porter, et non l'inverse. Il flottait dans deux uniques morceaux de tissus légers – il n'avait jamais de manteau, même en hiver quand la température avoisinait les cinq degrés – qui prenaient plus d'espace que son petit corps semblait ne pouvoir le faire par lui-même.

D'Amar, je retiens ses sourires en coin, dissimulés des regards des autres adultes : ceux qu'il m'adressait en entrant dans la salle de consultation, ceux qu'il glissait vite fait sur son visage quand la soignante avait le regard ailleurs que sur lui, ou encore ceux qu'il me donnait à voir lorsque, tenant la main de sa mère, il se retournait avant de passer le portail de l'hôpital. En dehors de ces rares moments, dans le service, je ne l'ai pas vu sourire souvent. Là où certains voyaient un enfant malpoli, tricheur, incontrôlable, je rencontrais un filou, un garçon

¹⁹⁵ “*Children with behavioural difficulties are often perceived as noisy or more restless than children in general*” (Gomez et al., 1999).

en demande d'attention et à l'énergie trop systématiquement restreinte. Si de tels propos peuvent être considérés comme des jugements de valeur, ils le sont tout en constituant l'expression des sentiments qui, dans les interactions, façonnent, guident, influencent nos manières d'être et d'agir.

4.3.2.2. *Un épuisement maternel quotidien, la perspective d'un futur assombri*

« Quand ça sonne, je sais que quelqu'un vient se plaindre »

Aïcha, la mère d'Amar, était la seule personne de la famille à se déplacer à l'hôpital. Le père du garçon n'était jamais venu : il travaillait comme marchand de fruits et légumes sur les marchés et son emploi du temps, d'après ce qu'il m'avait dit, ne lui permettait pas de venir aux consultations puisqu'il commençait très tôt le matin et finissait tard le soir. Son travail était la seule source de revenus du foyer. Aïcha n'avait pas d'activité salariée ni de petit boulot, mais, comme elle l'avait expliqué lors d'un entretien, « je vois la lourdeur des tâches [...] je me dis que je suis hyper épuisée ». Elle travaillait à la maison : elle s'occupait d'Amar et de ses deux autres fils plus âgés ; elle faisait les courses, leur préparait les repas, lavait le linge – à la main – et rangeait ce petit appartement de deux pièces où la vie à cinq s'étalait dans tous les coins. Ils vivaient en banlieue, au cœur d'un quartier saturé de bruits, d'odeurs, de personnes, où l'espace manquait et où l'air s'infiltrait à peine.

Dans ce quartier, après l'école, les enfants jouaient dehors. Les mères, aux fenêtres, les surveillaient et parlaient entre elles en criant d'une maison à l'autre. À chaque étage de ces maisonnettes collées les unes aux autres, les appartements étaient occupés par des familles, plus ou moins nombreuses, souvent venues de la campagne pour chercher du travail en ville ; la migration rurale avait empli ce quartier proche d'un grand centre urbain (Zouiten, 2015). C'était le cas des parents d'Amar. Aïcha et son mari étaient arrivés quelques années après la naissance de leur dernier garçon. La mère d'Amar était un peu nostalgique lorsqu'elle évoquait sa vie à la campagne, et surtout sa famille y vivant : en ville, elle se sentait « seule ». Certes, les voisines étaient là, mais ce n'était pas pareil ; et puis avec Amar, « ce n'est pas facile ». Beaucoup de voisins se plaignaient de son comportement et la mère d'Amar semblait en pâtir socialement : « J'ai honte. Il fait n'importe quoi ». Alors, elle restait dans l'appartement, tranquillement, comme pour contrebalancer l'agitation et la rudesse qui, à

l'écouter, caractérisaient son fils. Au fur et à mesure de l'entretien réalisé à son domicile, elle nous a expliqué, à l'interprète et moi, ce pour quoi elle avait « honte », ce pour quoi « quand ça sonne chez moi, je sais que quelqu'un vient se plaindre ».

Elle nous avait donné une série d'exemples pour illustrer son propos :

« Il cherche à voler quelque chose, il prend un truc et il te dit qu'il est voleur [...] les sandales des voisins (par exemple) [...] un jour il s'est rendu dans une maison, et il a trouvé un truc pour les dents et il l'a volé. La dame est venue se plaindre.

Elle avait enchaîné : « il est parti chez son camarade de classe, il n'a trouvé personne à la maison, et il leur a volé les pots des fleurs ». Quelques minutes plus tard, laissant échapper un rire visiblement témoin de sa gêne, elle nous avait rapporté un autre fait : « il est sorti, allé chez les voisins, il a laissé les toilettes et a pissé dans la chambre ». Puis, revenant sur les problèmes identifiés vis-à-vis du voisinage, elle avait ajouté : « Amar insultait les gens, était violent, frappait les gens. Il jetait des pierres aux passants. » Elle avait enfin pointé un dernier fait qui semblait être le problème majeur venant complexifier l'ensemble des autres comportements énoncés : Amar n'écoutait pas. « Il n'écoute personne, il fait les choses comme il veut, il n'a peur de personne sauf de moi », avait ajouté le père qui nous avait rejoints en cours d'entretien. Ce dernier n'étant que peu présent au domicile, la mère d'Amar se retrouvait souvent seule avec son fils, les deux aînés refusant de s'occuper du petit dernier. Dans ces exemples donnés par les parents, il n'y avait pas de date. La trame temporelle de leur récit étant vaste et peu spécifique, il est difficile de savoir si les événements relatés dataient de quelques semaines ou de quelques mois, voire de plusieurs années. Tel que pointé par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman au sujet de l'évocation des problèmes selon les professions et revenus, nous retrouvons avec la famille d'Amar une lecture moins médicale et moins nuancée que celle des parents de Rezik (Béliard & Eideliman, 2014, p.517).

« Quand tu le lâches, il joue et monte à la terrasse »

Amar était le troisième et dernier enfant du couple. Le père était divorcé et avait d'autres enfants, ailleurs, dans une autre maison, plus loin en banlieue. Aïcha et son mari nous ont raconté que tous leurs garçons étaient agités lorsqu'ils étaient petits et que pour parer leur

turbulence et leurs « bêtises », la mère d'Amar les attachait à la table du salon : ce n'était pas une punition, mais plutôt un moyen, nous avait-elle dit, de les « contrôler » puisqu'ils étaient indisciplinés. Elle avait fait la même chose avec Amar qu'avec les autres, mais contrairement à ses frères, être attaché à la table n'avait pas appris à Amar à rester calme :

« Je l'attachais pour qu'il ne me casse pas la vaisselle. Il avait deux ou trois ans, il jetait tout par terre. [...] Il jette tout par terre. Il jetait tout ce qui est sur son passage. Même la télécommande, et si tu oublies un truc sur la table, c'est foutu pour toi ».

Le père d'Amar avait confirmé les dires de son épouse : « on les attache, on les attache tous. Celui-là [Amar], depuis qu'il est petit, on l'attache. Quand tu le lâches, il joue et monte à la terrasse. »¹⁹⁶

Contrairement aux parents de Rezik, le monde médical ne s'était pas spontanément présenté à Aïcha et à son mari comme une option possible pour répondre au problème rencontré. La vague de médicalisation n'avait pas, en quelque sorte, atteint cette famille au faible capital socio-économique. Cette observation rejoint les théories de nombreux auteurs qui, travaillant sur le sujet, affirment que l'accès aux soins « se négocie », qu'il ne se limite pas à la « disposition de services géographiquement et économiquement accessibles. L'accessibilité sociale et cognitive se pose [...] » (Kane, 2015, p.20). De fait, en raison d'un accès restreint aux soins pédopsychiatriques, comme d'autres parents avant eux, les parents d'Amar s'étaient inspirés de leurs savoir-faire, notamment ceux développés avec les autres membres de la fratrie, pour trouver des solutions à ce qui, au quotidien, leur posait problème. Ce qui sera plus tard diagnostiqué telle de l'hyperactivité avec trouble de l'attention avait été perçu comme une difficulté à laquelle il était possible de répondre avec une certaine dose

¹⁹⁶ Je n'ai pas eu l'occasion d'approfondir avec les parents d'Amar cette pratique consistant à « attacher leurs enfants ». Au sein des familles dans lesquelles je me suis rendue, je n'ai pas observé de pratiques similaires, ou constaté l'utilisation de parcs pour enfants pour restreindre les mouvements de l'enfant et contrôler ses déplacements. J'ai cependant constaté, comme pointé au chapitre 5, que les corps sont l'objet d'un contrôle important. Dans l'espace public comme dans l'espace privé, les mouvements enfantins sont amplement restreints, et la surveillance et le contrôle, parfois violents en termes de force déployée sur les corps, sont mobilisés pour protéger les enfants, par exemple des dangers de la route, des dangers des accidents domestiques, etc. De la même manière que Christina El Ouardani (2018) pointe la dynamique de *care* sous-jacente aux châtiments corporels, j'inscris le type de pratiques parentales rapportées par les parents d'Amar dans la même catégorie d'actions, tentant ainsi de rendre compte de la complexité des manières de prendre soin développées par les parents. Au-delà de la dimension maltraitante associée à cette pratique (qu'il est pertinent de questionner mais qui est hors de mon propos), cette question renvoie aux débats, en psychiatrie notamment, autour des mesures de contention comme pratiques thérapeutiques (Lefèvre-Utile et al., 2018; Velpy et al., 2018b)

« d'intuition et de bon sens » (Baruch, 1981, p.286). Je détaillerai les enjeux de cette pratique « d'attachement » dans le chapitre 6 consacré à la guidance parentale.

En outre, j'aimerais souligner dans quelle mesure la remarque du père concernant la terrasse a une importance certaine, car mon expérience quotidienne dans une famille marocaine m'a permis de percevoir les enjeux de cet accès à la terrasse que Amar défiait amplement. Pour lui, cet espace était un terrain de jeu... la fin d'une course, d'une fuite, d'une esquive, point de chute de son ascension interdite. Un lieu où pour quelques instants, il échappait à sa mère qui, heurtée au dos à la suite d'une chute dans l'escalier quelques mois plus tôt, ne montait pas à la terrasse très vite. Le père avait continué à nous commenter les errances incontrôlées de son fils, soulignant le caractère dangereux et les graves conséquences du comportement impulsif d'Amar : « [...] il part en courant, il s'en fout des voitures qui roulent dans la rue. [...] À chaque fois qu'une voiture ou une moto passent à grande vitesse, il cherche à se faire heurter. » Amar avait l'habitude de sortir de la maison : sa mère, nous avait confié que « le matin il ouvre la porte et il s'en va, des fois, il prend la fuite, il ouvre la porte et s'en va. [...] J'ai peur, mais tellement peur. » En abordant le registre émotionnel, les propos de la mère d'Amar donnent la possibilité d'une autre lecture des problèmes et de leurs conséquences car cette déclaration, qui s'est inscrite dans la tonalité d'autres remarques de ce même entretien, a accentué la distinction entre hommes et femmes telle que relevée par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman au sujet de l'énonciation des pathologies et des symptômes : leurs analyses confirment que les femmes évoquent « davantage de problèmes d'ordre psychologique [...]. Les déclarations des hommes ne sont pas formulées en termes psychologiques [...], insistent sur les conséquences du problème de santé [...]. » (Béliard & Eideliman, 2014, p.518). De fait, si père et mère ont tous deux identifié les mêmes problèmes, les conséquences associées et le vécu par rapport à ceux-ci différaient.

Le père et la mère d'Amar, quelque peu enjoués par notre visite qu'ils associaient à une attention de la part du personnel de l'hôpital, semblaient relativement détendus et calmes lors de ma visite à leur domicile, donnant le sentiment d'accepter l'agitation d'Amar. Cependant, entre deux anecdotes, Aïcha nous a glissé que tout cela l'épuisait, physiquement et mentalement :

« Le dernier dimanche, j'ai pleuré, j'ai été malade et c'est son père qui nous a amené les commissions. Il ne cesse pas de bouger. J'ai toujours peur. Il m'a énervée et j'ai pleuré. J'ai peur qu'il tombe de la fenêtre. Je m'endors dans l'autre pièce, il ouvre tout, il jette tous les légumes par la fenêtre et j'ai vraiment peur qu'il tombe.

De nouveau, Aïcha a employé des termes totalement étrangers au vocabulaire de son mari. Ses propos corroborent une autre partie des conclusions de Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, qui expliquent que ces écarts lexicaux liés au genre « sont particulièrement visibles dans les classes moyennes et populaires » (Béliard & Eideliman, 2014, p.519). L'insistance d'Aïcha sur les aspects émotionnels des problèmes et de leurs répercussions s'est poursuivie et discrètement, en retenue par rapport aux autres faits relatés, elle a rapidement soufflé : « il me tue avec son hyperactivité ». C'est d'ailleurs le problème le plus commenté par la mère d'Amar. Bien qu'elle ait exprimé le souhait que les professionnels « augmentent son intelligence » et « l'essentiel qu'on assiste au moins à ce qu'il arrive à lire », la majorité des anecdotes rapportées se sont focalisé sur « son hyperactivité » qu'elle aurait aimé qu'ils « réduisent » et sur la mise à mal que ces excès d'agitation lui causent. Par ses remarques en aparté, Aïcha a mis l'accent sur ce qui la dérangeait le plus dans le comportement de son fils, établissant une distinction entre elle et son mari : comme elle l'avait indiqué en début d'entretien, elle était celle qui, responsable du foyer et présente en permanence au domicile avec son fils, devait faire face aux critiques acerbes des voisins, attisant honte et sentiment d'esseulement (Rassam, 1980).

« La maîtresse m'a dit qu'il est turbulent »

Aïcha ne considérait pas les études de son fils comme une priorité – elle-même n'avait jamais été scolarisée – et elle a indiqué plusieurs fois : « Je veux qu'il devienne de plus en plus calme. Pour les études, un peu [...] ». Elle a tout de même souligné : « on aurait aimé qu'il soit studieux et appliqué ». Le ton et le temps utilisés laissent transparaître le fait qu'elle semblait avoir accepté que ce ne serait pas le cas, contrairement à ses deux grands fils qui, nous avait-elle dit, « travaillent bien à l'école, ils sont studieux et brillants » ; le père avait alors touché la tête de son fils assis à ses côtés pour montrer que sa tête était lourde et pleine de ce qu'il apprenait à l'école. Abordant finalement le sujet de l'école, la mère d'Amar semblait davantage préoccupée par le comportement du garçon en classe, plus que par ses capacités intellectuelles : « La maîtresse m'a dit qu'il est turbulent, il ne cesse pas de changer

de places avec ses camarades, il joue avec eux. Il bouge tout le temps et il ne garde pas sa place. [...] Il crache sur ses camarades et des fois il se révolte contre eux [...] ». Les parents m'ont indiqué avoir expliqué à la maîtresse la situation d'Amar et son suivi à l'hôpital. « Je ne lui avais pas dit auparavant, parce que si je lui raconte tout, elle va l'ignorer et le négliger en classe. Je me suis impatientée jusqu'à un jour où je lui ai raconté un peu de tout. » La mère d'Amar a enchaîné : « Elle m'a dit qu'il bouge trop et il ne cesse pas de jouer. Elle me convoque tout le temps pour se plaindre de lui ». D'après la mère, les relations avec la maîtresse ne s'étaient pas améliorées, son attention ou sa sensibilité aux besoins d'Amar ne s'était pas accrue. Je leur ai demandé si, comme la famille de Rezik, et tel que montré par la littérature, le diagnostic pouvait potentiellement être une ressource pour aider à améliorer la situation scolaire et les relations avec la maîtresse (Béliard & Eideliman, 2014; Béliard et al., 2018; Fainzang, 1997). Mais, comme le rappellent ces auteurs – inspirés par le travail de Fassin et Eideliman (Fassin & Eideliman, 2012) –, « le handicap mental est pris dans une économie morale qui lui associe des normes, des valeurs, des sentiments et des émotions, lesquelles pèsent à leur tour sur les manières de penser et de se comporter avec les personnes qui en souffrent » (Béliard & Eideliman, 2014, p.523). La déficience mentale, en tant qu'entité nosographique, est une catégorie médicale très controversée puisque certains chercheurs la considèrent surtout comme le reflet d'enjeux socioculturels notoires (Sicot, 2005) et continue de susciter des réactions diffamatoires.

« *Il dit n'importe quoi* »

Si des mots apparemment empruntés au vocabulaire psychiatrique ou médical tels qu'« hyperactivité » et « intelligence » habitaient le discours des parents, ils parlaient à d'autres moments de leur fils de manière beaucoup plus familière, quasi amusée : son père nous a dit qu'« il a un bouton dévissé », qu'il « est zinzin » ou encore qu'« il dit n'importe quoi ». Ces diverses expressions reflètent ce qu'Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman (2014), à la suite de Luc Boltanski (1971), ont investigué à propos de l'énonciation des troubles et la culture somatique : les termes désignant la maladie sont peu présents chez les personnes à bas revenus. Si leur étude concerne la population française, la différence entre les familles rencontrées et mentionnées ici, celles de Rezik et celle d'Amar notamment¹⁹⁷, montre comment « les façons d'exprimer les problèmes opposent les catégories sociales » (*Ibid.*, p.517).

De plus, en lien avec ces commentaires du père, j'ai constaté à plusieurs reprises, durant cet entretien à leur domicile, que les parents mettaient en doute la crédibilité des dires d'Amar – surtout le père pour qui l'absence de cohérence des propos du garçon était problématique : « Il ne sait pas dire les choses dans le bon sens. Par exemple, quand on part à la campagne, il n'arrive pas à raconter à ses amis ce qu'il a fait, même pour le médecin il ne sait pas lui dire. » Le père a décidé de mettre en scène ce dont il parlait, renforçant l'orientation *pratique* associée à la théorie diagnostique élaborée par les parents, « c'est-à-dire le fait que ces théories sont prises dans des façons de dire et de faire [...] » (Béliard & Eideliman, 2014, p.514). Le père a interpellé Amar assis à l'autre bout de la petite table où nous étions tous installés :

- Père d'Amar : Qu'est-ce qu'on a déjeuné aujourd'hui ?
- Amar : Du soleil.
- Lamia (l'interprète) : On lui a dit qu'est-ce qu'on a déjeuné aujourd'hui, il a dit soleil. (Rire)
- Père d'Amar : C'est son problème.
- Moi : C'est bon le soleil ?

¹⁹⁷ Pour rappel, le père de Rezik a étudié à l'université et est salarié d'une entreprise publique alors que le père d'Amar a fini l'école obligatoire et ne dispose pas de contrat fixe ; quant à la mère de Rezik, elle est alphabétisée, contrairement à la mère d'Amar qui ne l'est pas.

- Père d’Amar : C’est son problème toujours. (S’adressant à Amar et couvrant ma question avec sa voix) Parle avec la professeure (*il s’agit de moi*).
- Amar : Mon ventre s’est collé.
- Père d’Amar : C’est comme ça il dit n’importe quoi, on lui parle, et là il nous dit que son ventre s’est collé.
- Lamia : Il lui a dit que son ventre est collé, et il ne peut pas parler. (Rire)

Dans ses propos et la mise en situation produite, le père a montré que « des traces » de théories diagnostiques existaient, témoignant des situations particulières dans lesquelles la famille était prise (*Ibid.*) En miroir avec la déficience intellectuelle diagnostiquée, le père a perçu et reconnu un *problème* qu’il a traduit comme *difficulté à dire des choses* qui font sens : « il dit n’importe quoi ». Ainsi, il s’est référé davantage aux conséquences observables de la déficience diagnostiquée et en a évoqué la dimension subjective (*Ibid.*, p.517). De la même manière, la mère d’Amar, pour rendre compte des capacités cognitives d’Amar, nous a expliqué les problèmes en termes de « notion du temps », renforçant l’idée qu’elle était davantage préoccupée par les conséquences pratiques et ordinaires de la pathologie. D’une manière générale, nous réalisons donc que les parents d’Amar ont présenté les problèmes de santé de façon « moins médicale » que les parents de Rezik (*Ibid.*).

En introduisant l’histoire d’Amar au travers des mots de ses parents, j’ai souhaité mettre en avant ce qui posait problème pour cette famille. Les verbatim reflètent les soucis générés par le fait de vivre ensemble et de ne pas (ou de ne plus) pouvoir contrôler, anticiper, prévenir ce que le jeune garçon faisait. Cela épuisait la mère, perturbait la vie familiale, compliquait les relations de voisinage, et bousculait la vie scolaire d’Amar et de ses camarades. La mise en danger de sa propre vie ainsi que ses manières d’être avec ses parents, les voisins, les autres en général, ont poussé la mère à agir, soutenue par une des sœurs de son mari. Elle nous a expliqué : « C’était sa tante qui nous a recommandé d’aller consulter le médecin. Elle nous a renseigné où il faut aller, après j’ai emmené Amar à l’hôpital. » C’est donc encouragée par la famille que la mère s’est décidée à sortir de son quartier, prendre le taxi et venir dans ce grand hôpital. Comme elle nous l’a raconté, pour elle qui venait de la campagne, les déplacements en ville n’étaient pas aisés et elle se sentait vite perdue. Cependant, deux fois par semaine, elle faisait ce chemin, car elle espérait que les médecins pourraient faire quelque chose pour Amar. À l’hôpital, elle présentait ses doléances, espérant être entendue, comprise

afin de pouvoir recevoir support et aide pour (r)établir une situation plus vivable pour tous. Ce parcours commencé à Al-Balkhi était la première recherche de solution suite aux débordements dans l'espace public qu'était l'école. Si les voisins s'étaient plaints à la mère, donnant d'ores et déjà une dimension publique aux problèmes, l'implication de la maîtresse avait été l'élément déclencheur. Pour les parents d'Amar, la quête de sens était secondaire : dans leurs propos, rares étaient les traces d'un questionnement soutenu autour des raisons d'un tel comportement – sauf sous forme de comparaison avec les autres frères afin de comprendre les différences entre les membres de la fratrie. Par ailleurs, la quête diagnostique n'était pas non plus une priorité : ce qu'ils avaient retenu des diagnostics et la manière dont ils les employaient montraient que l'usage social du diagnostic ne faisait pas partie de leur démarche d'accès aux soins (Béliard & Eideliman, 2014; Fainzang, 1997). Ces parents étaient surtout en quête de solutions, pris dans un quotidien jonché de difficultés concrètes telles que la mise en danger de la vie de ce petit garçon et l'épuisement émotionnel.

4.3.3. Adil, accepter la différence

D'Adil, les professionnels de santé m'ont initialement rapporté des problèmes d'agitation et de communication. Comme pour Rezik, j'ai découvert que l'histoire d'Adil avait commencé lorsqu'il était jeune avec un retard de langage pour lequel il avait été suivi en vue de son entrée à l'école notamment. Après la résolution de ce trouble du langage, le suivi s'était arrêté, mais durant le premier entretien avec les parents à l'hôpital, la mère a pointé que, pour elle, la communication n'était pas l'unique problème : l'agitation était ce qui la dérangeait vraiment. Avec cette remarque maternelle, j'ai retrouvé l'identification des problèmes en fonction du temps et des activités réalisées par les parents avec l'enfant : la mère passant toute la journée seule avec Adil, elle avait appris à communiquer par gestes avec lui, en revanche son comportement la fatiguait¹⁹⁸. Le père, coiffeur, était absent la

¹⁹⁸ Le sentiment de fatigue a souvent été rapporté par les mères au foyer s'occupant d'enfants diagnostiqués avec des troubles psychologiques et/ou psychiatriques. Dans les explications données à propos de cette fatigue, elles mettaient toutes en avant le fait, à l'image de la mère d'Adil, qu'elles étaient seules toute la journée avec leur enfant. M'inspirant d'un article de Marc Lorient sur la « mauvaise fatigue » (Lorient, 2002), je me questionne sur les dimensions sociales de cette fatigue et je fais l'hypothèse qu'elle est présentée par les mères, consciemment ou non d'ailleurs, comme le résultat du travail domestique qu'elles accomplissent. La fatigue devient la preuve du travail réalisé, participant à la visibilisation de leur investissement dans le travail maternel qui est le leur.

journee et il trouvait frustrant de ne pas pouvoir parler avec son fils, n'ayant pas eu l'occasion de développer une communication spéciale comme la mère. Dans les propos des parents a surgi la pluralité des positions dans le couple parental et la confirmation que le sens de l'important varie selon chacun et les relations interpersonnelles qu'il entretient avec son enfant.

4.3.3.1. *Adil et moi*

Un deux trois, je suis le fils du roi.
Quatre cinq six, on m'appelle Driss.
Sept huit neuf mon château est neuf.

Cette petite comptine me vient en tête à chaque fois que je pense à Adil. La mélodie, sans cesse reproduite, avec la même intonation de voix. Le rythme, toujours scandé pareillement, quel que soit le moment. Les chiffres, qu'il aimait, sont présents. Son goût pour les langues. Il nous a chanté ce petit poème en français puis a enchaîné avec les mêmes chiffres en anglais.

Adil avait sept ans et cinq mois, m'avait précisé son père lors de l'entretien que nous avons effectué au mois d'avril 2015 à l'hôpital. Nous nous connaissions toutefois depuis quelques mois, puisque j'avais rencontré Adil lors d'une séance avec la psychomotricienne au début de la même année. Ensuite, le guettant d'une semaine à l'autre et le suivant systématiquement dès qu'il apparaissait avec son père dans les couloirs de l'hôpital, je me suis aperçue qu'il était également suivi par l'orthophoniste.

Adil, toujours les vêtements propres, les chaussures propres, les boutons de sa chemise ou de son polo fermés jusqu'en haut du cou. Les cheveux bien peignés. Son papa, coiffeur de métier, passait souvent la main sur la tête du garçon qui, un peu trop agité à son goût, aurait eu tendance à avoir les cheveux ébouriffés. Néanmoins, Adil était également attentif à son apparence, même s'il était emporté par moment par une énergie tourbillonnante et ne restait que rarement assis tranquillement. Dans ces cas, ses mots s'emballaient, son corps devenait vif et empli d'une force incroyable.

À cause de cette force, par moment, lorsque nous jouions, il me faisait mal. Il ne contrôlait pas toujours cette vigueur. Bagarres de pouces. Châteaux de mains. Nous créions des jeux au gré de nos envies et des gestes qui nous venaient. Parfois, il inventait et je le suivais, et c'était parfois l'inverse. Sous l'effet de la puissance qu'il employait, mes mains et mes pieds, ces jouets portatifs que je déployais dans les couloirs de l'hôpital où nous remplissions le temps d'attente avant ou entre deux consultations, étaient alors crispés ou tendus. Il suffisait d'un mot ou d'un regard pour qu'il comprenne que ce n'était pas plaisant. Lorsque je demandais une pause, parfois il ajustait et continuait en jouant plus doucement, parfois, comme vexé, il boudait et cessait simplement de jouer en me tournant le dos. Je n'aimais pas lorsqu'il boudait, et il le savait. Je changeais alors de place pour lui faire face et lui sourire. Il m'attrapait les mains de nouveau, et le jeu reprenait, comme si cela faisait partie du jeu lui-même.

J'avais l'impression qu'il ne ressentait pas la douleur, cette douleur physique qui, à l'inverse, envahissait par moment mes mains ou mes pieds. Certes j'étais, je crois, prudente dans ma manière de jouer, mais les accrochages ne semblaient ni froisser sa peau ni chiffonner ses muscles. Pas de sursaut, pas de sourcillement. Il faisait, il tournait ses mains, ses doigts, frappait du poing, pinçait la peau, avec ardeur et persuasion, sûr de lui, comme si rien ne pouvait l'arrêter. Cependant, à des moments insoupçonnés, inattendus, un mot ou un geste pouvait subitement renverser la situation, quelque chose le touchait, le brusquait, le chagrinait. Il se détournait, regardait ailleurs, faisait autre chose, il s'écartait. Il n'y avait alors plus de connexion. Dans ces moments de jeu ou lors des consultations, sa présence comme son absence étaient toujours intenses, comme s'il accaparait la moindre particule de l'espace qu'il occupait ou, au contraire, comme s'il se dérobaient, devenant invisible au contact de toute matière l'environnant.

4.3.3.2. Des visions contrastées en fonction du quotidien

Pour la mère, « Il est hyperactif » ; pour le père, « Il ne parle pas »

La comptine d'Adil que j'ai retenue semble d'autant plus importante à mentionner que lors du premier entretien à l'hôpital avec ses parents, j'ai appris que le garçon n'avait commencé à parler qu'à l'âge de cinq ans. Avant cela, Adil ne parlait pas : il avait, comme

l'ont souligné ses parents, un retard de langage –du moins comme l'a relevé son père. Pour la mère, d'autres raisons les ont poussés à venir.

- Moi : Est-ce que cela fait longtemps qu'Adil vient à l'hôpital ?
- Mère d'Adil : Il avait 3 ans.
- Le père d'Adil : Il y avait une rupture pour un peu de temps, et après on a recommencé les visites il y a un an.
- Mère d'Adil : Il avait 3 ans.
- Lamia (l'interprète) : Au début ?
- Mère d'Adil : Il venait au début, il était hyperactif.
- Le père d'Adil : Hyperactif. (*en français, le père me regarde et traduit quelques mots pour moi puisqu'il parle français*)
- Mère d'Adil : Il est hyperactif. Il ne cesse pas de bouger. Maintenant, il trouve son calme. Dieu merci.
- Lamia : Il était assez hyperactif c'est pour cela qu'ils l'ont emmené et maintenant ça va mieux.
- Moi : Donc c'était... (*le père me coupe la parole*)
- Le père d'Adil : Le retard de langage (*en français toujours*).
- Mère d'Adil : Il avait un retard, il a presque cinq ans quand il commence à parler.

Dans cet extrait d'entretien, nous entendons comment chaque parent a profité de ma question relativement large (« est-ce que cela fait longtemps qu'Adil vient à l'hôpital ») pour donner une explication singulière concernant les motifs de consultations initiaux. Chacun dans une langue. La mère en arabe. Le père en français – même si ensuite il a apporté des explications plus détaillées en arabe. Chacun a donné sa raison. Pour la mère, « l'hyperactivité » avait donc été la première raison de la consultation à l'âge de trois ans, mais pour le père, la raison première – celle qu'il a citée en premier - avait été le retard de langage. La discordance entre les parents était évidente, révélant une fois encore le fait que les parents ne sont pas un bloc monolithique et que chacun possède des raisons de percevoir le problème différemment. Néanmoins, ils affichaient une certaine bienveillance l'un envers l'autre, prenant soin de ne pas se contredire (ouvertement du moins) ou évitant de se censurer ; le père avait d'ailleurs traduit ce que la mère avait dit, montrant que même s'ils

avaient des idées divergentes, ils étaient néanmoins capables d'entendre l'autre, et dans ce cas précis, de faire entendre sa voix par l'acte de traduction.

Un autre point mérite d'être souligné à propos de la dynamique de ce couple, et s'était d'ailleurs manifesté chez les parents mentionnés précédemment : il concerne les prises de parole des mères et des pères. Béatrice Lecestre-Rollier, qui s'est intéressée à la parole des femmes et des hommes dans un article sur le genre de l'ethnologue et son influence sur l'accès au terrain, écrit à ce sujet : « La parole des femmes est dans l'ensemble plus contrainte que celle des hommes : elles ne s'expriment guère en public et, en privé, elles doivent respecter, *a fortiori* devant une étrangère, les hommes de la famille (père, oncles, époux, beaux-frères, frères, cousins...) » (2011, p.145). Si son analyse concerne la manière dont l'usage de la parole par les femmes leur permet de ne pas être exposées à la honte et de préserver leur pudeur, mon recours au point soulevé par l'auteure sert justement à marquer ma surprise quant à l'investissement par les mères de l'espace de parole ouvert par nos entretiens, y compris en présence de leur mari. Et pour cause, cette prise de parole dominante souligne un point crucial : lorsqu'il est question de la santé et des soins aux enfants, les femmes en sont les responsables (Aouattah, 2010; Christine El Ouardani, 2014; Warnock Fernea, 1995a). Ainsi, le père d'Amar n'était pas présent au début de l'entretien et lorsqu'il s'est joint à nous, je lui ai posé des questions auxquelles il m'a d'emblée répondu : « demande à ma femme, c'est elle qui sait ». Si, à l'inverse, le père d'Adil a considéré qu'il avait des choses à dire sur les soins et la santé de son fils, il a laissé à sa femme le soin d'intervenir en premier pour répondre à mes questions.

Initialement, c'est en tentant de comprendre pourquoi, alors que la mère d'Adil mentionnait l'hyperactivité de son fils, le père d'Adil avait, soudainement, parlé du retard de langage, que j'ai pris conscience de la différence genrée du travail de sentinelle, et surtout de ses implications en termes d'identification de ce qui pose le problème. Ainsi, j'ai rapidement supposé que, pour la mère d'Adil qui était à la maison toute la journée seule avec lui – le garçon n'était entré à l'école qu'à l'âge de sept ans –, l'hyperactivité était ce qui la mettait le plus à l'épreuve, à la différence du retard de langage ou de la difficulté de communiquer. Un peu plus tard dans l'entretien, j'ai demandé si Adil avait su pourquoi il était initialement venu à l'hôpital et la mère a donné une explication qui m'a éclairée autrement sur le rapport quotidien à ce qui pose problème : « A l'époque, *c'est difficile* de communiquer avec lui », et le père de ponctuer « il *ne communique pas* ». Elle a repris : « Il

n’y avait aucune méthode pour communiquer avec lui. Quand il voulait boire, il me tire par la main et m’emmène au robinet. Il ne savait pas communiquer». À la suite de cette remarque, j’ai compris comment mère et enfant avaient développé leur propre manière de communiquer – bien que la mère ait continué d’affirmer qu’il n’y avait pas de moyen de communiquer ; quant au père, il était resté silencieux, ne donnant aucun exemple de ce type de communication que je qualifierais d’alternative. Il s’était arrêté à « il ne communique pas ». Je peux faire l’hypothèse que l’absence de mot était plus perturbante pour le père, homme attaché aux langues, apprenant désormais à son fils à parler français et un peu anglais, que pour son épouse. Tenu éloigné de son fils toute la journée en raison de son travail, son garçon ne pouvait pas lui raconter ce qu’il avait fait. Ce point m’était apparu d’autant plus central que le père d’Adil était dorénavant amusé et admiratif lorsqu’il faisait remarquer qu’Adil parlait (maintenant) beaucoup et bien. Dans la salle d’attente, lorsque nous attendions le début des consultations, Adil avait très souvent quelque chose à raconter. Son père, assis, silencieux, regardait son fils me parler avec une forme d’amusement et de joie à peine dissimulés.

Les regards distincts que mère et père portaient sur la situation n’étaient pas un phénomène isolé. Je les mentionne ici à propos des parents d’Adil, mais je les ai également pointés pour la famille d’Amar. Si, lors de l’entretien, la mère d’Adil ne s’est pas davantage étendue sur les répercussions de l’hyperactivité au quotidien, mes rencontres avec d’autres mères ayant des enfants avec un problème similaire ont nourri mes hypothèses sur le différentiel de travail de sentinelle des parents. L’hyperactivité était souvent ce qui poussait les parents – souvent sous l’impulsion de la mère soutenue par des proches – à venir consulter. Les pères se plaignaient rarement de l’hyperactivité et s’ils la citaient, il s’agissait plutôt de confirmer ce que les mères rapportaient, ou de pointer les conséquences des actions de leurs enfants. À l’image d’autres couples, chaque parent retenait et soulevait des problèmes de nature et d’envergure diverses en fonction des dynamiques quotidiennes partagées avec leur enfant.

« Comme s’ils étaient obligés de l’accepter malgré eux »

Comme pour Rezik, l’école a explicitement formulé ses appréhensions, voire son refus de scolariser l’enfant. Si la scolarisation s’avère un moment clé dans les parcours de soins

des enfants, en particulier en raison du rôle des professionnels de ce secteur dans la signalisation des difficultés, elle peut aussi représenter les premières batailles juridiques des parents. À ce titre, le parcours d'Adil et de sa famille était exemplaire. Voici comment ils ont résumé leur mésaventure :

- Père : Au début, on ne nous a pas acceptés.
- Moi : Pourquoi on ne voulait pas le prendre ?
- Père : Il est hyperactif.
- Mère : On a souffert pour qu'il soit admis à l'école. On s'est rendu même à la délégation provinciale. Il paraît comme s'ils étaient obligés de l'accepter malgré eux. Ils n'arrivent pas à se comporter avec lui.

Si l'école peut exiger un diagnostic afin d'évaluer la possibilité et la pertinence d'accueillir l'enfant dans un établissement non spécialisé, ce même diagnostic peut, en retour, constituer pour les parents un « instrument de négociation vis-à-vis de l'école » (Béliard et al., 2018). Ce qui fut le cas pour Adil, mais aussi pour Rezik et Amar. Comme le souligne la mère d'Adil, le diagnostic n'avait pas pour autant conduit à une personnalisation du traitement scolaire de l'enfant, ce qui, de nouveau, n'était pas un cas isolé (*Ibid.*) : si les professeurs reçoivent et entendent le diagnostic, ils ne sont toutefois pas formés pour prendre en compte la spécificité des enfants, ce qui donne lieu, comme l'a noté la mère d'Adil, à une incompréhension persistante entre adultes et enfant. Comme l'ont soulevé d'autres recherches, l'intégration de l'enfant à la classe ainsi que les adaptations faites dépendent, *in fine*, de la personnalité des enseignants (Béliard et al., 2018; Jupille, 2011). D'après les analyses des associations et structures de soin locales, les réformes institutionnelles à même d'implémenter le droit à l'école pour tous font défaut, malgré des progrès remarquables ces dernières années (Bettioui, 2021; Langlois, 2005; Tawil et al., 2010). Toutefois, bien que le diagnostic n'ait pas automatiquement facilité la tâche des parents, la rencontre (réitérée) avec le monde hospitalier a constitué un soutien précieux pour les parents. Lors de l'entretien, ils ont d'ailleurs exprimé leur reconnaissance à l'égard des professionnels hospitaliers, commentant qu'en dehors de l'hôpital, « personne ne (*les*) aide ». Dans ce parcours complexe, l'hôpital avait donc été un recours afin de parer aux difficultés d'intégration scolaire de leur fils.

« *Il aime diriger* »

Si les parents s'accordaient sur les motivations du directeur de l'établissement à refuser la présence d'Adil, des divergences ont surgi de nouveau lors de la description du caractère de l'enfant. D'Adil, sa mère nous a dit qu'« il aime diriger », avant d'ajouter, « quand ils jouent (avec sa sœur), il s'impose toujours. Il veut toujours tout contrôler. [...] ça se passe même avec des gens qui sont plus âgés que lui, il est comme ça quand ils jouent ensemble. » Pour ma part, j'avais l'impression d'être dans une forme de réciprocité, par moments, avec Adil, mais je pouvais imaginer que pour sa sœur âgée de cinq ans, sa « sœur cadette » comme Adil l'avait un jour précisé, les ajustements n'étaient peut-être pas évidents, surtout dans la continuité des jours. L'hyperactivité d'Adil, associée à sa volonté de commander et à son caractère « égocentrique » (d'après son père), étaient les points sur lesquels les parents axaient désormais leurs visites médicales. À l'hôpital, où je les avais rencontrés, Adil continuait à suivre des séances avec une orthophoniste (« pour le langage » avait précisé le père), mais les parents étaient désormais préoccupés par le fait qu'il soit continuellement en mouvement et dans le souci de contrôle des personnes et des objets autour de lui. C'est du moins ce que la mère a répété, avant d'affirmer : « il veut toujours s'emparer des choses ».

Lors de ce premier entretien réalisé à l'hôpital, les parents ont rendu compte de l'évolution des problématiques au fil des années, montrant que selon les périodes, les problèmes n'avaient pas le même poids, la même teneur. Des variations selon le genre étaient certes constatables, mais des variations selon les priorités temporelles émergeaient également. L'hyperactivité, le langage, le contrôle... Lors des premières consultations, Adil avait trois ans. Au moment où je les ai rencontrés à l'hôpital, cela faisait donc plusieurs années qu'ils fréquentaient les hôpitaux, à l'exception d'une période de quelque mois ou de quelques années... Les parents n'étaient plus très clairs sur ce point, comme si, finalement, malgré « la rupture » évoquée par le père, les visites avaient toujours eu lieu : « Il y avait une rupture pour un peu de temps, et après on a recommencé les visites il y a un an. » Ces parents avaient une fois, relativement tôt dans la vie d'Adil, poussé la porte de l'hôpital et ils avaient intégré le travail psychothérapeutique aux soins à leur enfant. C'était une forme de constance, de routine quotidienne à laquelle toute la famille était habituée – une famille pour laquelle la notion de « rupture biographique » (*biographical disruption*) n'a donc pas tout à fait de sens (Bury, 1982). Aude Béliard et ses co-auteurs nous invitent « à penser les problèmes de santé dans le temps long des relations sociales, et non comme une parenthèse ou un événement

extérieur qui viendrait modifier le cours de la vie des personnes touchées » (2018). Passant d'un problème à l'autre, au cours de l'entretien comme au cours des années, leurs propos semblaient finalement refléter le parcours qui avait été le leur, dans « un subtil mélange » de continuité et de rupture (*Ibid.*). Le premier diagnostic avait été donné alors qu'Adil avait trois ans, mais pour les parents, celui-ci n'était pas clair. Le père a expliqué : « il ne nous a pas donné aucun diagnostic. Aucun diagnostic précis n'est fait ». La maman a complété ces propos :

« Au début, c'est le médecin Amin qui nous a dit qu'il est autiste. Mais c'était un cas qui n'est pas grave. [...] maintenant l'orthophoniste a parlé avec la Dre Kasmi pour qu'on lui fasse un test pour qualifier son autisme [...] pour un diagnostic précis, rien n'est prouvé. Ni le docteur Amin ni personne ne nous a pas précisé quelque chose.

La quête diagnostique et ses résultats – notamment celui d'hyperactivité – se sont avérés utiles pour l'inscription de l'enfant à l'école, mais pour autant, cette acceptation était, au quotidien, comme toujours en suspens. En fonction de l'évolution des attentes des parents et des institutions, toutes deux en lien avec le « développement normal » de l'enfant et avec l'acquisition de compétences, les diagnostics, les progrès, les conditions variaient. Sur ce point, les parents d'Adil étaient semblables aux parents de Rezik : ils adaptaient leurs attentes en fonction des critères médico-sociaux portés et véhiculés par l'école, elle-même influencée par la médicalisation des comportements inadaptés des enfants (Stanislas Morel, 2014; Pinell & Zafirooulos, 1983). Quant à la quête de sens de cette famille, elle ne transparaissait pas dans les propos des parents – du moins pas en ma présence, accentuant l'acceptation d'une lecture biomédicale imperméable aux dimensions du pluralisme thérapeutique (Cohen & Rossi, 2011).

4.4. Des adolescents considérés en marge de leur famille

À l'inverse des trois cas présentés ci-dessus, les trois suivants exemplifient l'irruption d'une « situation critique » (*critical situation*) (Giddens in Bury, 1982, p. 169) dans un quotidien jusqu'à présent sans problème. En entretiens, les parents se sont tous remémoré un moment spécifique qui, dans une majorité de cas, a permis une quasi-dation du problème. L'inquiétude des parents et des adolescents (sauf dans le cas de Faraj qui ne

reconnaissait pas le problème pour lequel ses parents le faisaient consulter un médecin) provenait d'un changement de comportement presque soudain au sein de la famille. Qu'il s'agisse du refus de faire des activités *pour* ou *avec* la famille, les attitudes de chacun, adolescents et parents, faisaient qu'ils ne se comprenaient et ne s'accordaient plus. L'expérience était, comme suggérée par Michael Bury « perturbatrice » (*disruptive*) (*Ibid.*). Ces cas sont ceux que j'ai identifiés à une forme de marginalisation intrafamiliale (c'est-à-dire en marge de leur famille) et pour lesquels la pertinence du concept de rupture biographique apparaît relativement pertinente, même si elle se réfère aux changements de comportements des adolescents avec l'irruption d'un problème et non uniquement à l'annonce du diagnostic, tel qu'initialement élaboré par Michael Bury (*Ibid.*).

Les adolescents considérés en marge de leur famille sont pris dans un mouvement quasi inverse des enfants jugés sans limites puisque leurs manières d'être et d'agir coïncident avec des formes de repli sur soi. Une prise de distance physique et morale des adolescents avec les normes sociales en vigueur dans l'espace familial entraîne un retrait plus ou moins complet des activités familiales. Au travers de ce retrait, les jeunes conquièrent toutefois un « territoire personnel » en marge des obligations qui sont censées, d'après les parents, être les leurs (de Singly, 2004; Lachance, 2011).

4.4.1. Mufida, l'envie de ne rien faire

Mufida et ses parents faisaient le même constat : la fille aînée de la famille n'avait plus envie de rien faire, elle était dans un état de tristesse permanent. Le médecin qui la suit parle d'elle comme une fille qui « souffre, avec une souffrance profonde, très perturbée par ses idées obsessionnelles qui s'imposent, avec une estime de soi, zéro, elle se sous-estime toujours, autodépréciation, c'est un TOC plus une dépression » (Dre Majd, août 2014, avant la deuxième consultation avec Mufida). Les problèmes rapportés par la mère et par la fille étaient similaires. La mère se plaignait du caractère de sa fille et du fait notamment qu'elle n'accomplissait plus le travail domestique qui était le sien (nettoyer la maison, faire le pain, aller faire des courses, s'occuper de sa petite sœur). La fille, quant à elle, exprimait des remontrances à l'égard de sa mère, même si toutes – et elle l'avait dit à plusieurs reprises –

n'étaient pas fondées. Elle rapportait également un fort mécontentement envers sa petite sœur dont elle devait trop s'occuper à son goût. Cependant, de manière générale, Mufida se plaignait davantage des activités qu'elle n'avait pas le droit de faire (surfer sur Internet, sortir) que de ce qu'elle avait à faire (le travail domestique évoqué par la mère), vivant comme recluse dans son propre corps, dans les quelques espaces faussement isolés de la maison. Quant au père, sa position était, à l'image des situations précédemment analysées, quelque peu différente de celles de la mère et de la fille. Si tous s'accordaient sur les changements des manières d'être et d'agir de Mufida, il argumentait davantage en faveur d'un état d'être qui, pour lui, avait toujours caractérisé sa petite fille. Au bout de trois séances, le médecin la suivant lui a prescrit un antidépresseur, « n'ayant pas le choix » de faire autrement aux vues de sa « grande souffrance ».

4.4.1.1. *Mufida et moi*

Mufida est certainement l'adolescente à laquelle je me suis la plus attachée pendant mon travail de terrain. Lorsque j'écris sur Mufida, analyse son parcours de soin, décris ses pérégrinations, je m'impose d'être vigilante aux sentiments que j'ai pour elle, pour sa famille. Je sais que je dois être attentive à mes glissements affectifs et à la mise en miroir, à l'ombre de cet écrit, de certains passages intimes de nos vies pourtant si différentes. Je suis consciente de ces éventuels mouvements transférentiels¹⁹⁹ qui pourraient déformer tant ce qu'elle m'a montré puis dit, que ce que j'ai vu puis entendu dans les instants de nos rencontres.

Comme tous les autres enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi, j'ai vu Mufida pour la première fois dans les couloirs de l'hôpital. Elle avait alors onze ans. Ce qui m'a avant tout frappée, c'est cette impression qu'elle n'appartenait pas... ni à sa mère, ni à l'endroit, ni à tout ce qui l'entourait. Était-ce son *non-attachement à la vie* qui transparaissait de son corps, fardeau constituant un halo de peines la poursuivant partout où je la voyais ? Chez

¹⁹⁹ Mon mémoire de fin de cycle de formation en art-thérapie, défendu en mars 2019, traitait du transfert et du contre-transfert dans le cadre d'un travail clinique avec des enfants. Il fut l'occasion d'une mise en lumière approfondie des mouvements transférentiels vécus sur mon terrain et m'a permis, pour la rédaction de ce manuscrit, de mieux percevoir et rendre visible ces éléments et leur influence sur l'analyse anthropologique de mes données.

elle, dans la rue, dans les couloirs de l'hôpital... Elle avait l'air d'être parachutée dans ces lieux, même si la tristesse et l'abattement qui étaient les siens paraissaient finalement justifier, d'un point de vue biomédical, sa présence dans ce service pédopsychiatrique. Elle me semblait infiniment seule.

Physiquement, elle était à l'opposé de sa mère. En la voyant, je m'étais d'emblée dit qu'elle devait ressembler à son père. Je le constaterais plus tard, lors de ma première visite au domicile familial en août 2014. Mufida était toute fine, de taille moyenne. Des grands yeux noirs en forme d'amande. Le visage et les traits fins. Jahida, sa mère, était ronde, des traits assez grossiers, et de petits yeux clairs. Un visage finalement oubliable, assez quelconque, à l'inverse de celui de sa fille : Mufida se remarquait. Les gens, là où elle passait, la regardaient. Peut-être le contraste entre la mère et la fille amplifiait-il leur non-ressemblance²⁰⁰.

Mufida avait de longs cheveux noirs, très bien brossés, maintenus avec une natte ou laissés libres. Selon son humeur du jour, elle habillait sa longue chevelure de barrettes ou d'un serre-tête. Le même soin était porté à sa tenue vestimentaire : en haut, un tee-shirt à manches longues rayé noir et gris, avec un cache-cœur noir par-dessus. Parfois, en hiver, c'était un col roulé marron clair que Mufida enfilaient en dessous de cet ample corsage. Dans ces cas, le trou et l'aspect défraîchi de son cache-cœur étaient tristement mis en valeur par le jeu d'opposition des couleurs. Ce trou, une fois constaté, m'avait d'autant plus marquée que la mère, couturière de métier, avait rapiécé pour moi ce qui me servait de haut de pyjama lorsque j'étais dans cette famille. Pourquoi ne l'avait-elle pas fait pour le haut de sa fille aînée ? En bas, Mufida portait toujours un jean bleu avec quelques petits strass relativement discrets au niveau des poches, qui au fil du temps disparaissaient sous l'effet de l'usure de ce vêtement. Aux pieds, des ballerines noires vernies. Sa tenue était toujours soignée. Tout était en place, là où il fallait, comme une photo prise dans un magazine de mode. Sa tenue était aussi toujours la même. Cela, je le découvrirais au fil des séances,

²⁰⁰ Comme abordé par Nicoletta Diasio dans un article intitulé « Faire corps, ou comment faire du collectif en singularisant. L'exemple des ressemblances familiales » (2010), la question de la ressemblance entre Mufida et sa mère, Jahida, est importante à pointer car elle constitue un outil d'analyse des relations familiales à l'œuvre dans cette famille. Le contraste physique que j'ai observé était entretenu par Mufida qui ne pouvait et ne voulait plus s'inscrire dans le collectif familial. En ce sens, comme le note Nicoletta Diasio, « ressembler semble constituer une technique du corps [...] une expérience de soi et d'autrui qui passe par le corps, par le partage d'un environnement matériel et d'une culture sensible, par une dimension motrice » (2010, p.317). J'apporterai par la suite, au chapitre 5, des éléments montrant comment ces différences ont été travaillées par Mufida (Diasio, 2010).

prenant conscience de la pauvreté de la famille : un vêtement n'était changé que lorsque sa taille ne convenait plus du tout, passant alors dans la « garde-robe » de l'une des sœurs cadettes, ou lorsque sa mère considérait que son état était trop détérioré.

C'est le contraste entre le détachement à la vie et l'attachement à la matérialité de celle-ci, par cet investissement attentionnel envers sa vêtue qui me troublait. Mufida portait un soin certain à l'apparence, à son apparence – et à celles des membres de sa famille –, comme le sursaut d'une volonté d'exister ou peut-être d'exister *autrement*. Entre août 2014 et juillet 2015, Mufida et moi avons appris à nous connaître, laissant, à tour de rôle et au fur et à mesure de son cheminement avec et contre la dépression, une place aux silences, aux rires, aux câlins, aux pleurs, à la colère... Elle s'est ouverte à moi, me dévoilant ce qu'elle dissimulait (consciemment ou non) sous son cache-cœur.

4.4.1.2. Une chute fulgurante et inattendue

Le premier entretien avec la mère de Mufida et sa fille a eu lieu au domicile familial, dans une banlieue éloignée à la mauvaise réputation. Le personnel de l'hôpital m'avait alors recommandé d'ôter mes bagues, de cacher ma montre et, surtout, de ne pas y aller ou y rester seule. Le père, chauffeur de taxi, a été partiellement absent, assurant quelques courses durant notre présence. Notre rencontre à l'hôpital avait immédiatement donné suite à cette visite, organisée à quelques jours d'intervalle après la première consultation pédopsychiatrique. De fait, c'est dans leur intimité quotidienne que m'ont été adressées les doléances de cette mère et de sa fille. Le père a partagé questions et remarques lorsqu'il nous a ramenées dans son taxi à l'entrée de la ville. Mufida qui, à l'hôpital, avait manifesté son envie de nous voir venir chez elle, est restée très discrète, peinant à faire entendre sa voix entre sa mère et Malika, la professionnelle de santé de l'hôpital qui m'avait accompagnée pour cet entretien : quelques heures avant de partir pour cette rencontre, l'étudiant en psychologie avec lequel j'avais convenu de travailler pour la traduction m'appelait pour annuler notre rendez-vous. C'était donc par défaut que j'avais accepté qu'un membre de l'équipe d'Al-Balkhi m'accompagne.

La famille de Mufida était arrivée de la campagne deux ans plus tôt. Elle s'était installée dans une banlieue de la ville sur une parcelle de terre dont le statut n'était pas légal – donc non aménagée comme zone habitable par l'administration locale. Au fil des années, la

situation du quartier avait été plus ou moins régularisée, et la maison familiale avait été améliorée selon les souhaits de la mère, Jahida. De fait, tout était un peu bricolé : l'eau, l'électricité, l'évacuation des toilettes étaient un ensemble d'installations de fortune afin de pouvoir bénéficier de ces commodités quelques heures par jour. Par sécurité (le quartier étant réputé très dangereux), mais aussi faute de moyen financier, la maison n'avait pas de fenêtre. Des murs en parpaings bruts délimitaient l'intérieur que Jahida et Mufida tentaient de garder le moins poussiéreux possible, malgré la terre battue et le béton au sol. Contrairement aux autres familles que j'avais rencontrées dans le cadre hospitalier, sorte de terrain tiers, je fus d'emblée plongée dans l'intimité de cette famille. Les filtres utilisés par certains parents à l'hôpital pour modifier et ajuster leur quotidien (par exemple le fait de ne pas rapporter certaines pratiques comme rendre visite à un marabout ou prendre des compléments alimentaires) étaient inexistant dans cette maison (Fainzang, 2013; Romijn, 2016). J'étais happée dans la matérialité de l'ordinaire de cette famille, essayant de démêler les multiples tenants de la souffrance (sociale) dans laquelle j'étais prise (Fainzang, 2006).

« Elle s'est levée juste pour saluer ma tante »

Le jour de cette première visite, la famille éloignée de Jahida était venue lui rendre visite à la suite du décès du frère de sa tante. Alors que Malika avait expliqué que nous n'allions pas rester longtemps, la mère nous a fait comprendre que, d'une part, sa famille allait repartir rapidement pour l'Espagne où elle vivait, et que d'autre part, elle était contente de notre visite car cela enjouait Mufida. Les propos de la mère ont été les suivants : « Je te jure qu'elle (*Mufida*) était allongée sur son divan et elle ne s'est pas réveillée. Elle s'est levée juste pour saluer ma tante et elle est revenue dormir. Au moment où elle m'a entendue en train de parler au téléphone avec toi, elle s'assoit sur sa chaise. » Cette remarque m'a appris deux choses. Premièrement, ce regain d'intérêt et/ou d'énergie était associé à notre venue. Nous invitait à rester pour déjeuner avec eux, Jahida a précisé que c'était « pour le plaisir de Mufida », confirmant, d'une certaine manière, l'apparent plaisir de Mufida de nous voir chez elle ainsi que la volonté de la mère de faire plaisir à sa fille. Jahida était allée faire des courses pour préparer un goûter. Deuxièmement, en mettant en valeur les comportements irréguliers de sa fille, oscillant entre joie et peine, engouement et abattement, Jahida a souligné que sa fille ne respectait plus les convenances sociales qui étaient attendues d'elle. Mufida avait certes embrassé sa tante – dont le frère venait de décéder –, mais elle était ensuite repartie dormir.

C'était ce type d'attitudes qui, pour la mère, ne correspondait pas au rôle que sa fille devait jouer. Ce jour-là, elle aurait dû s'occuper des jeunes enfants présents dans la maison afin que les adultes puissent discuter et veiller sans avoir à s'occuper des petits. Elle aurait dû servir le thé et amener les assiettes sur lesquelles elle aurait disposé des gâteaux. Elle aurait dû rester, pour un temps, assise avec eux (Warnock Fernea, 1995b). Le manque de convenance dérogeait à son statut de petite femme dont les responsabilités dans l'espace domestique auraient dû être acquises et mises en pratique (Lecestre-Rollier, 2015). Si la présence exceptionnelle de la famille venue d'Espagne avait exacerbé le côté social, ou plutôt *asocial* de son comportement, c'était bien ce qui se déroulait sous son toit qui dérangeait Jahida. Elle avait ajouté au sujet de sa fille : « une personne pareille, elle n'est là pour rien, elle ne te fait aucun mal et elle ne te donne rien de bien. », confirmant que la mise à distance opérée par Mufida un jour comme celui-ci n'était pas appréciée.

« C'est de la folie tout ça »

Jahida a cherché à comprendre le comportement de sa fille et à y remédier. Son arrivée à Al-Balkhi représentait une étape dans la quête de sens et la recherche de solutions commencées plusieurs mois auparavant (Béliard & Eideliman, 2014), car le changement d'attitude de Mufida au cours des mois devait provenir de *quelque chose*. Le regard de Jahida sur la situation était en cela différent des parents pour qui les troubles des enfants avaient toujours été présents dans le quotidien familial. Ayant identifié que « quelque chose n'allait pas », elle voulait en connaître la cause – même si cela impliquait d'aller dans un hôpital psychiatrique. Face à Malika et moi, dans un coin de ce qui servait alors de salon, Jahida nous a dit : « moi je n'ai pas fait des études, et si quelqu'un me le dit (*d'aller chez un psychiatre*), je lui réponds c'est de la folie tout ça, tu as compris ? » Le recours à l'hôpital psychiatrique n'avait donc été ni spontané ni de sa pleine initiative : elle qualifiait d'ailleurs les patients adultes suivis en psychiatrie de « zinzins ». Cependant, Jahida, malgré ce qu'elle pouvait dire de l'hôpital, agissait pour aider sa fille. À l'instar des parents de Rezik, la mère de Mufida – qui n'avait certes pas fait d'études, mais qui avait effectué toute sa scolarité obligatoire et savait donc lire et écrire l'arabe – exécutait avec aplomb son rôle de relais pour transmettre et faire circuler les informations médicales entre les différents médecins consultés (Mougel-Cojocar, 2007a). Son discours était relativement structuré : les dates de consultation (les mois et les années), les spécialités du médecin consulté (généraliste ou

psychiatre), les signes constatés (émotions, changement de comportements, relations intrafamiliales), les examens conduits (bilans sanguins, électrocardiogramme), les faits tels qu'elle les avait perçus, étaient là, en mots. Même si certaines de ses remarques pouvaient paraître ambivalentes vis-à-vis du comportement de sa fille – notamment sur l'acceptation de son statut de malade –, son travail médical était soutenu et continu.

« Elle était malade, et elle ne mangeait rien »

Il semblerait que ce soit la maîtresse de Mufida qui a conseillé « en premier » de l'emmener consulter un médecin. La mère a poursuivi : « il y a aussi ma sœur, elle me l'avait déjà dit ». Elle est ensuite revenue plus en détail sur ce que la maîtresse avait dit au sujet de sa fille et elle a expliqué en quoi cela avait attiré son attention :

« Elle voit ça [que quelque chose ne va pas], elle apprend bien, elle lui demande de résoudre un truc au tableau, elle lui explique et elle fait semblant qu'elle a bien compris. Elle l'a constaté qu'elle ne jouait pas avec ses camarades. Quand elle veut parler avec une maîtresse ou un truc comme ça, elle pleurait.

Tout au long du récit de la mère, j'ai entendu à quel point les larmes de sa fille étaient présentes, signe douloureusement visible, à peine supportable pour Jahida, et traduisant l'existence d'un problème auquel une solution devait être apportée. Son insistance sur les émotions de sa fille dévoile son souci maternel à l'égard de ces manifestations affectives, et rappelle ce que Geoffrey Baruch a commenté au sujet des parents qui, selon lui, se caractérisent comme « des créatures d'émotions » (Baruch, 1981, p.283) ; selon cet auteur, les émotions sont présentes dans les discours des parents pour souligner leur caractère moral, et c'est particulièrement le cas lorsque les parents ont l'impression d'avoir commis une erreur dans le parcours de soin de leur enfant – à l'image de la mère qui reconnaît que venir à l'hôpital psychiatrique n'était en soi pas une de *ses* idées et qu'elle associe cela à une forme d'échec à avoir initialement trouvé une solution adéquate pour soigner les maux de sa fille. Cependant, en pointant qu'elle avait été sensible et attentive aux émotions de Mufida, Jahida nous a fait savoir qu'elle avait toutefois réussi, par la suite, à revaloriser son attitude – c'est du moins ainsi qu'elle l'a présenté dans la trame construite lors de notre entretien pour raconter le début du parcours de soins de sa fille.

À la suite des propos de la maîtresse de Mufida, le vagabondage médical de la famille avait commencé et Jahida a succinctement raconté ces rendez-vous en même temps qu'elle a rapporté la dégradation de l'état de sa fille :

« Je l'ai emmenée les jours des examens, elle était malade et elle ne mangeait rien. Elle a tellement perdu du poids à tel point qu'elle sortait dehors et elle s'évanouit. Je lui dis va jouer dehors, elle est tombée. J'ai passé trois jours avant de l'emmener chez le médecin, c'était un médecin généraliste et je l'ai payé.

Avec cette explication, Jahida a d'une part pointé les actions entreprises et les dépenses engagées pour soigner sa fille, et elle nous a montré d'autre part qu'elle agissait avec discernement. Les trois jours d'attente mentionnés témoignent des capacités d'évaluation déployées – confirmant le travail de sentinelle débuté en amont des consultations et des consignes médicales. En tant que mère connaissant son enfant, elle disposait d'atouts pour identifier les manières d'agir de sa fille et déterminer si ces dernières devaient prêter à un suivi plus spécifique. Elle a ainsi signalé, comme le conclut par Geoffrey Baruch, qu'elle était une « personne morale » et qu'elle avait su tenir une posture adéquate face aux épreuves traversées par sa fille. Par son récit, elle a affirmé qu'elle s'était donné un temps de réflexion avant d'agir, valorisant la rationalité de ses actions (telles que présentes dans son/leur quotidien) ainsi que son « caractère raisonnable et moral » (*Ibid.*, p.276). Après ces trois jours, elle avait donc décidé de poursuivre l'exploration afin de clarifier ce que sa fille endurait.

« *Elle pleurait* »

La visite chez le médecin a été plus compliquée, et par conséquent moins utile, qu'anticipé :

« Dès que le médecin l'examinait, elle avait tellement peur de lui. Il m'a dit que son cœur battait très fort au point de pouvoir s'arrêter. Il n'a pas pu l'examiner. Il m'a dit qu'elle a quelque chose, je ne sais pas ce qu'elle a exactement. Elle pleurait toujours. Il m'a conseillé de l'emmener chez un autre médecin, je lui dis ils ne vont pas m'accepter. Il m'a dit le jour où tu décides de l'emmener, tu viens me voir.

Prise dans sa quête de sens, Jahida a développé une explication pour appréhender les comportements de sa fille et l'impossibilité pour le médecin de l'ausculter : « elle a une

certaine phobie et ses nerfs sont si fragiles, elle a commencé à pleurer. Quand il m’a dit que ses nerfs sont fragiles, elle pleurait. » La lecture faite par le médecin généraliste – reprise par la mère – a, par la suite, été médicalement étiquetée comme une dépression, ce qui fait écho aux nombreux idiomes associés aux nerfs étudiés en anthropologie dans différentes espaces géographiques (Davis et Low in Allah Habib, 2018). Dans sa thèse consacrée à l’idiome de la détresse « *assabeyya* » chez les femmes du Caire, Heba Allah Habib indique que nombreux sont les auteurs, dans une approche culturaliste ou interprétative, à avoir produit discours et théories sur les nerfs et le corps relatifs aux représentations culturelles profanes des troubles tels que l’anxiété, le stress et la dépression ainsi qu’à la dimension politique de l’expression de ces troubles par les femmes (*Ibid.*) Alors que pour le médecin ayant formulé le diagnostic, la dimension culturelle de la détresse émotionnelle de Mufida n’a jamais été abordée, il est intéressant de noter que Jahida a opéré, avec cette référence « aux nerfs » davantage liée aux problématiques anthropologiques, une sorte de réunification des catégories nosologiques scientifiques et profanes (Sarradon-Eck, 2004). Le médecin était pris dans une institution hospitalière valorisant une approche « moderne » de la psychopathologie (position défendue par les médecins et le chef de service²⁰¹), c’est-à-dire une lecture de la pathologie dans laquelle une cause sociale devait être identifiée, alors que la quête de sens conduisait Jahida à penser et dire autrement ce dont sa fille souffrait. Contrairement aux conclusions tirées par Aline Sarradon-Eck au sujet du cancer en Occident (*Ibid.*), les propos de Jahida révèlent que pour des pathologies comme la dépression, une complémentarité des facteurs explicatifs biomédicaux et traditionnels peut exister dans le contexte marocain (*Ibid.*). Cette conclusion rejoint les résultats d’autres recherches menées dans le contexte africain (notamment sur la côte ouest du continent) dans lequel la porosité entre les secteurs scientifiques, traditionnels et profanes est beaucoup plus importante que dans le contexte européen (Adedzi, 2019; Gruénais & Guillermet, 2018; Jaffré, 1999; Kane, 2015).

Jahida nous a ensuite expliqué les autres démarches commencées, en complément du médecin généraliste, commentant leurs lots de déboires respectifs : les différents endroits

²⁰¹ Ce non-recours au concept de culture est caractéristique du service étudié, mais aussi surprenant dans la mesure où le concept d’idiome de détresse est présent dans le DSM-V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition). Toutefois, comme discuté ailleurs dans ce manuscrit, cela rejoint l’une des hypothèses formulées dans cette recherche, à savoir que la prise en charge des problèmes « psy » des enfants est majoritairement abordée dans une perspective médicale. L’invisibilité des formes émiques de prise en charge des troubles chez les enfants est une constante dont j’ai eu à m’accommoder durant mon travail de recherche et d’écriture.

consultés, les prix demandés, la non-reconnaissance de sa carte RAMEL et l'obligation de payer, par exemple pour « l'électrocardiogramme » que la « doctoresse » avait demandé. Comme dans le cas de Rezik, où l'IRM avait joué un rôle de médiation entre les parents et le médecin élu comme compétent, nous retrouvons dans le cas de Mufida, la place prépondérante de l'imagerie médicale dans la relation patient/soignant (Estival, 2010; Werner, 2004). Avec l'intensification de ses affects (« elle pleurait toute seule. Elle se sent la poitrine serrée, et elle me dit je ne sais pas qu'est-ce qui me prend ? À chaque fois qu'elle entend le Coran, elle pleurait. [...] »), Mufida et sa mère étaient retournées voir le médecin généraliste afin d'obtenir une consultation auprès d'un psychiatre. La prégnance de la tristesse de Mufida sur son corps avait eu raison des doutes de la mère à l'égard de la psychiatrie. Le père, plus mobile que la mère en raison notamment de son métier de chauffeur de taxi, est allé prendre rendez-vous pour sa fille sur place, à Al-Balkhi.

4.4.1.3. *Une lente descente pressentie*

« Elle est très sensible »

Au fil de la discussion, la mère a essayé, tout en expliquant ce qui n'allait pas, de se/nous clarifier les raisons des changements d'attitude de Mufida, mais aussi de les comprendre. Chaque moment d'échange avec nous (mais aussi avec le médecin) lui donnait l'occasion de mettre en ordre des faits de leur vie (Ricoeur, 1988). Nous nous étions retirées dans ce qui était alors la cour – qui deviendrait, quelques mois plus tard, un salon couvert d'un toit en taule. Alors que, jusqu'à présent, les propos de Jahida s'étaient concentrés sur un passé proche – celui durant lequel Mufida avait commencé à pleurer, perdre du poids et dormir –, elle a amené au fur et à mesure de notre discussion des éléments biographiques sur la vie de l'adolescente et de la famille, en commençant par commenter la nature de sa fille :

« Elle est de nature sédentaire, elle n'aime pas sortir dehors, elle ne joue pas beaucoup ; je lui dis de sortir, elle me dit que les gens sont étranges. Elle est très sensible. Elle fait des remarques pertinentes. Elle me dit que les gens sont pareils. Elle a cette idée. Elle est très sensible.

Alors que par moment, ses propos ont pu sembler très critiques envers sa fille, « une personne pareille, elle est là pour rien », elle a aussi, dès cette première rencontre, mis en

avant les liens d'amour qui l'unissait à sa fille, l'attention qu'elle lui portait ainsi que sa propre sensibilité au caractère « sensible » de sa fille. Malgré « cette folie » auquel il lui était difficile de trouver un sens, elle reconnaissait que ce comportement pouvait par ailleurs résulter de quelque chose de plus raisonné, de « pertinent » vis-à-vis du monde. À l'image du modèle de Baruch exposé précédemment, j'ai perçu chez la mère à la fois le recours aux émotions pour tempérer les attitudes qui pouvaient paraître inadéquates face aux effets de la maladie sur le comportement de sa fille, et la constatation du caractère *in fine* raisonnable et fondé de tout ce qui se produisait quand elle faisait un lien avec l'histoire (la réalité) de la famille (Baruch, 1981).

« Elle ne l'a pas acceptée »

Dans la suite de l'entretien, Jahida a abordé les relations au sein de la famille, et tout particulièrement les tensions entre Mufida et ses sœurs. Mufida avait deux sœurs : Fadoua, de quatre ans sa cadette, vivait chez ses grands-parents maternels, et Zineb, plus jeune de six ans, vivait avec eux. Jahida a pointé que les relations entre Mufida et Zineb étaient tendues depuis la naissance de cette dernière : « elle m'a dit qu'elle voulait avoir un bébé frère, mais quand elle est née, elle ne l'a pas acceptée. » Elle a continué de décrire les relations entre ces deux sœurs présentes au domicile familial et a insisté sur la rivalité qui existait entre elles, notamment de la part de Mufida : « Si tu dis à celle-là “ma fille”, elle te dit “et moi je ne suis pas ta fille ?!” Si tu lui dis “ma belle”, elle te dit “et moi je ne suis pas belle ?!” [...] je lui disais “je t'aime aussi, tu es aussi belle”. » La jalousie entre Mufida et Zineb n'avait, pour la mère, pas lieu d'être puisqu'elle ne faisait, comme elle nous l'a expliqué, aucune distinction entre les deux : ce qui valait pour l'une valait pour l'autre. Dans un contexte où il était attendu de l'aînée qu'elle fasse preuve d'exemplarité face à ses cadettes, l'attitude de Mufida était particulièrement critiquée par sa mère²⁰².

Quant à Fadoua, l'histoire était plus confuse et les tensions plus vives, bien que davantage dissimulées en raison l'absence permanente de cette troisième sœur. Cette histoire, je ne l'ai entendue que plusieurs mois plus tard, lors de mon premier séjour prolongé avec cette famille quand, seule avec moi, Jahida m'a confié pourquoi cette petite fille ne vivait pas avec eux.

²⁰² Dans un article sur l'état des connaissances anthropologiques sur les fratries, Agnès Fine constate que l'importance de l'aînée existe dans la plupart des sociétés – malgré son constat que cette entité est largement délaissée par les chercheurs (Fine, 2006, p.3).

Nous étions parties marcher dans le quartier avec Zineb qui allait et venait, jouant plus ou moins au loin ; Mufida était à l'école, le père certainement au travail. Je connaissais alors uniquement des bribes de ce récit familial, qui m'avaient été exposées par le médecin du service pédopsychiatrique.

Lorsque Mufida avait quatre ans, Jahida travaillait en tant que couturière dans une usine et elle faisait garder sa fille chez une nourrice. Un jour, la fillette lui avait rapporté qu'elle avait subi des attouchements sexuels de la part du mari de cette dernière. Jahida avait conduit sa fille chez le médecin pour une série d'examen médicaux qui avaient confirmé les propos de Mufida et l'enfant avait alors été immédiatement retirée de chez cette nourrice pour être gardée par une voisine de confiance. Au moment des faits, et lorsqu'elle les a racontés, Jahida n'avait pas informé le père des événements, craignant sa réaction à l'égard de l'homme ayant commis le délit – aucune plainte officielle ni aucune poursuite juridique n'ayant été déposée. Quelques mois plus tard, la mère a accouché de Fadoua. Souhaitant continuer de travailler pour assurer une source de revenus à sa famille (le père à l'époque n'était pas chauffeur de taxi, il n'avait pas d'emploi stable et dépensait le peu d'argent qu'il gagnait en alcool, drogue et paris), Jahida a fait le choix de confier son jeune bébé aux soins de sa mère. En procédant ainsi, elle a souhaité consacrer à Mufida tout son temps libre, en même temps qu'elle a voulu protéger Fadoua en la mettant en sûreté. Comme elle l'a expliqué, il était hors de questions de confier ses enfants à d'autres nourrices, à des inconnues. Avec la naissance de Zineb, elle a finalement arrêté de travailler pour s'occuper de cet autre enfant – transformant de temps à autre, comme de nombreuses femmes marocaines, son intérieur en atelier de couture afin d'assurer quelques rentrées d'argent tout en maintenant son rôle de femme au foyer (Cairolì, 1998). Malgré le fait qu'elle était désormais mère au foyer, il a semblé plus raisonnable à Jahida que Fadoua reste chez ses grands-parents (pour des raisons financières, mais aussi aux vues des liens tissés entre les grands-parents et sa petite fille). Plus tard encore, j'ai appris que Jahida espérait avoir davantage de moyens pour reprendre sa fille et faire en sorte que son départ du cercle familial ne soit pas définitif : Fadoua passait toutes les vacances avec sa famille et chaque départ – pour y avoir assisté – était triste et douloureux pour tous.

J'ai appris lors de cette promenade que pour Jahida, cette partie de l'histoire familiale était potentiellement une partie de « la cause du problème » vécu par Mufida. Elle ne savait pas si la fillette se souvenait de ces événements, si tout cela avait engendré chez elle « cette

tristesse » et ces autres « questionnements » et remarques sur les gens et la vie, car elles n'en avaient jamais reparlé en dehors de la fois où Mufida avait rapporté les faits. Jahida ne savait pas si elle avait pris les bonnes décisions, craignant, par exemple, d'avoir attisé « la jalousie » entre sœurs en envoyant l'une d'elles vivre ailleurs, dans des conditions matérielles beaucoup plus confortables et un environnement familial moins tourmenté. La maison dans laquelle elles vivaient, la nourriture qu'elles mangeaient, les vêtements qu'elles portaient, l'école qu'elles fréquentaient, l'attention qu'elles recevaient, tout était différent. Les trois sœurs « ne savaient pas pourquoi l'une vivait si loin », pourquoi il existait une telle différence de traitement et Jahida considérait que cela pouvait également être « la raison » de ce qui, aujourd'hui, n'allait pas. Elle en avait informé la Dre Majd, qui suivait Mufida, mais après l'avoir questionnée sur cette période, le médecin n'avait pas poursuivi l'exploration de cette voie, partant du principe que Mufida, n'ayant rien dit sur le sujet, ne se souvenait de rien²⁰³. En tissant des liens avec un passé plus lointain, Jahida tentait de mettre du sens dans l'épreuve que sa famille traversait.

« Cette dame se comportait avec beaucoup de violence avec elle »

Le jour de ma première visite au domicile familial, Jahida est revenue sur la violence de la nourrice qui avait gardé Mufida lorsqu'elle était petite : les problèmes rencontrés chez elle n'avaient pas seulement été le fait de son mari, Jahida reprochant également à la nourrice d'autres formes de maltraitance :

« Au moment où je suis allée travailler, c'est là où elle avait peur. Je la laisse chez une dame qui me la garde. Mais cette dame se comportait avec beaucoup de violence avec elle. Elle la prenait comme ça et la tire forcément, quand elle pisse, elle lui donne une fessée. Sa fille mange sa part, et elle partage sa part à elle avec ma fille. Elle lui vole son yoghourt. C'était une montagnarde. Je l'ai emmenée chez une autre famille, mais elle ne se sentait pas à l'aise.

²⁰³ Avec le médecin, j'ai tenté d'insister sur cet aspect du parcours de vie de Mufida, lui demandant si elle allait tenter de l'aborder autrement, à d'autres moments. De temps en temps, à plusieurs semaines d'intervalles, je reposais quelques questions autour de la prise en compte de cet événement dans le travail psychothérapeutique – je demeurais troublée quant au fait qu'un tel événement puisse rester totalement occulté. Mais il ne fut jamais abordé, me laissant avec un sentiment d'impuissance et de tristesse que tout anthropologue engagé sur des « terrains sensibles » apprend, plus ou moins, à essayer.

Lors de la première rencontre, Jahida s'était donc limitée à évoquer les mauvais soins subis par sa fille chez la nourrice, choisissant de taire une partie des événements qui s'y étaient déroulés : dans l'extrait présenté plus haut, elle établit un lien entre le comportement de la nourrice et sa décision d'enlever sa fille à sa garde, et c'est donc bien plus tard qu'elle m'a révélé que les attouchements sexuels constituaient la véritable raison du départ de chez la nourrice. Néanmoins, comme l'a mentionné Jahida à plusieurs reprises, tout moment de vie marqué par la violence s'inscrivait comme une source potentielle de la tristesse actuelle de sa fille. L'entretien, comme exercice narratif incitant à la réflexivité, renforçait la dynamique de quête de sens dans laquelle Jahida s'était lancée lorsque sa fille avait commencé à perdre du poids, à s'évanouir et à pleurer sans cesse.

« C'est ma fille à moi et je vais la tuer »

La cascade de remarques, d'anecdotes, d'événements s'est ensuite enchaînée. Après la violence de la nourrice est survenue la violence de Mourad, le père. Jahida a fait le récit de la vie quotidienne passée : « son papa était furieux et hurlait, elle cassait les ustensiles, il la frappait avec violence. Il avait coutume de prendre du hachich, des drogues et de l'alcool. [...] c'est elle qui l'a supplié d'arrêter ça. » La temporalité de ces événements était toutefois confuse : par moment, j'ai eu l'impression que ces épisodes de violence étaient lointains, et à d'autres, ils ont semblé encore être très vivaces, faisant partie intégrante du quotidien familial. Les mots suivants ont alimenté mon doute quant au caractère passé des manières d'être et d'agir du père :

« L'autre fois, il a commencé à casser les ustensiles et il l'a frappée, les voisins sont venus à sa rescousse. Il leur a dit que c'est ma fille à moi et je vais la tuer. [...]. Il se culpabilise de ce qu'il a fait. Il nous dit que c'est lui la cause. On s'occupe d'elle et lui donne tout ce qu'elle veut.

Je n'ai jamais été témoin de ces accès de colère du père. De même que je ne l'ai jamais vu frapper ni sa femme ni son enfant. Deux hypothèses peuvent être formulées : soit les comportements du père appartenaient effectivement au passé, soit, en ma présence, il se contrôlait et ne faisait pas usage de cette violence. J'avance ces deux explications possibles car elles permettent de pointer un élément important au sujet de la violence envers les enfants et adolescents, tout en comprenant dans quelles mesures les violences de la nourrice, « cette

montagnarde » et du père ont été rapportées comme inappropriées et sources potentielles de mal-être pour Mufida. Comme l'a montré Christina El Ouardani dans un article sur la réforme de la discipline corporelle en milieu éducatif rural marocain, le recours à la violence « is not a practice that simply produces obedience. Corporal punishment is also an idiom that can be used to make claims about authority and care » (Christine El Ouardani, 2018, p.129) ; la violence peut donc être lue à deux niveaux : au premier niveau, interpersonnel, elle est la caractérisation de relations dont les fondements sont « l'autorité et le *care* » ; au second niveau, elle peut être lue comme le symbole des tensions politiques entre le monde rural et le monde urbain. S'appuyant sur une riche littérature anthropologique relative aux violences envers les enfants dans des contextes historiques et culturels variés, El Ouardani associe à la violence quelque chose de plus que « l'obéissance » (*Ibid.*, p.130-131). L'originalité de son argument tient au fait que l'auteure analyse les châtiments corporels envers les enfants dans une perspective foucauldienne qui l'amène à considérer les réformes visées (suppression des violences envers les enfants dans le cadre scolaire) comme des tentatives pour « discipliner les corps des étudiants dans un nouveau rapport à l'autorité qui valorise la collaboration et le raisonnement critique à la place de la soumission et de l'obéissance » (*Ibid.*, p.131 ; ma traduction)²⁰⁴. Dans ce modèle d'analyse, une distinction est posée entre, d'un côté, les ruraux (« sous-développés », « stupides », « comme des animaux ») et, à l'opposé, les urbains (*Ibid.*, p.132). Les violences de la nourrice et du père sont condamnables car elles ne sont pas inscrites dans un registre d'actions qui se veut bénéfique envers l'enfant. La mère, en qualifiant la nourrice de « montagnarde », trace une frontière invisible entre elle et cette femme. En portant un regard critique sur les manières d'être et d'agir de la nourrice et du père, la mère a cherché, une fois encore, à montrer son statut d'adéquation morale, condamnant des pratiques jugées injustifiables et nuisibles à son enfant.

Les propos au sujet de la violence intrafamiliale, je les ai entendus directement de la part de Mourad. Un jour où j'étais venue pour passer plusieurs jours avec la famille, nous avons eu un moment en aparté dans le petit salon. Seule sa fille cadette était présente. Il parlait très bien français, nous avons donc pu discuter l'un avec l'autre avec facilité, sans que les autres membres de la famille ne nous comprennent. Assis pour lacer ses chaussures avant de partir au travail, Mourad m'a glissé : « Les problèmes d'argent avec les jeux, l'alcool [...], des

²⁰⁴ Pour comprendre le changement de rapport à l'autorité, notamment après 1945, voir les travaux historiques de HENDRICK, Harry : « Children emotional well-being and mental health in early post-second world war Britain : the case of unrestricted hospital visiting », *Clio Medica*, 71, 2003, pp. 213-242.

fois, je frappais ma femme », puis il a ajouté : « je me demande si, petite, elle (*Mufida*) a souffert de ça ». Ce fut bref – quelques mots, quelques phrases par lesquelles le père a non seulement partagé son souci pour sa fille, mais où il a rejoint les explications fournies par sa femme quant aux éventuelles causes de l'état actuel de Mufida. Mourad m'a par ailleurs ainsi confirmé que, pour lui aussi, quelque chose n'allait pas et que peut-être, comme chacun le disait dans le couple, il en était en partie, ou d'une certaine manière, responsable. Père et mère ont tous deux établi un lien causal avec le passé, plus ou moins lointain, alimenté par une dynamique familiale – que je pourrais qualifier, en référence aux propos de la mère – de *destructrice*. Dans ses quêtes de sens et de diagnostic, cette famille par moment déchirée, séparée et blessée, a fait, consciemment ou non, front commun. Dans les mots des parents, une histoire de longue date est apparue, impliquant chacun des membres de la famille. Les parents avaient attribué et formulé la signification et les causes, et ils cherchaient ensemble des solutions depuis quelques mois déjà²⁰⁵.

4.4.2. Faraj, les impossibles interactions

Faraj était âgé de treize ans lorsque je l'ai rencontré. Comme Mufida, il fait partie de la catégorie que j'ai nommée adolescents considérés en marge de leur famille. Mais contrairement à la situation de Mufida, le désengagement de la dynamique familiale du garçon a fait implorer la famille : face à la maladie, l'unité familiale a manqué. Le front commun présenté par la famille de Mufida peinait à se dessiner dans cette histoire – même si, comme le notent Maïa Fansten et Cristina Figueiredo au sujet des pratiques de retrait chez les jeunes en France et au Japon, « il ne s'agit pas simplement d'un problème individuel, mais bien familial, qui engage des formes complexes d'alliances et d'interdépendances »

²⁰⁵ Que ce soit face aux propos de la mère qui m'avaient mise dans la confiance au regard des violences subies par Mufida, ou face à ceux du père qui me rapportait les violences dont il avait été l'auteur, j'ai toujours opté pour une posture d'écoute, ne posant finalement que peu de questions afin de laisser à mes interlocuteurs le choix d'énoncer ce qu'ils souhaitaient dire. Avec Jahida je demandais des compléments d'information pour être certaine de comprendre qui savait et qui ne savait pas et à quand remontaient les faits. Avec Mourad, je n'ai posé aucune question, me contentant d'acquiescer de la tête en signe d'écoute attentive. Avec Mufida, j'ai gardé ce que sa mère m'avait partagé tel un secret, prenant part au silence et au non-dit entourant cet (non-)événement – quelque chose qui avait existé mais dont on taisait l'existence. Aujourd'hui, la question de ma responsabilité et de ma participation à ce que Dorothee Dussy nomme (à propos de l'inceste, mais qui semble pouvoir être étendu aux abus sexuels commis par des personnes autres que les pères ou les mères) le « système du silence » (Dussy, 2013) continue de me mettre au travail et de me faire réfléchir en tant qu'anthropologue, en tant qu'art-thérapeute et en tant que citoyenne.

(Fansten & Figueiredo, 2015, p.603). Et de fait, les mois passés à leurs côtés m'ont permis de dévoiler ces (dé)liaisons, voyant apparaître les liens familiaux faussement invisibles. Chaque membre (fils, fille, père et mère) semblait isolé dans une détresse solitaire, chacun remaniant la trame narrative en fonction de sa place et de ses plaies. À l'image de Mufida, j'ai envisagé Faraj comme le signe des frustrations, tristesses, et incompréhensions individuelles réunies sous le toit de cette famille. Enfin, à l'instar de Mufida toujours, des crises, non « de nerfs », mais de « perte de conscience », jalonnaient le parcours de Faraj, forçant les parents à agir face à l'envahissement et à l'ampleur des problèmes.

La psychiatre consultée ne pouvait définir si « ces crises » étaient de l'ordre du chantage affectif ou si le jeune garçon montrait les premiers signes d'une schizophrénie naissante. La mère m'a raconté l'histoire de son fils et de sa famille dès notre première rencontre, qui s'est avérée être leur premier passage dans cet hôpital. Ils étaient arrivés la nuit au service des urgences psychiatriques car Faraj avait eu une crise. Durant l'entretien, elle a beaucoup parlé, sans s'arrêter. Elle a aussi beaucoup pleuré. Une tristesse et un désarroi immenses. De prime abord, tout allait bien, Faraj était le fils modèle et puis d'un seul coup, tout avait vrillé. Elle a identifié un moment et une raison pour (s')expliquer l'attitude de ce fils parfait, mais Faraj refusait d'en parler et de parler de ce qui s'était passé. Il refusait tout en bloc : les séances (même s'il venait), parler au psychiatre, sortir de chez lui, et surtout, sa petite sœur dont il niait l'existence. La vie était devenue invivable pour cette mère. Elle a ajouté qu'elle était seule à gérer cette famille, reprochant à son mari – également suivi en psychiatrie pour schizophrénie, et à ce titre très discrédité auprès de la mère et des professionnels – son manque d'investissement en tant que père.

4.4.2.1. Faraj et moi

Faraj personnifie toute la complexité que l'on peut imaginer rencontrer dans les murs d'un hôpital psychiatrique. Il est cette figure que j'imaginai autant que je la redoutais. Un adolescent qui délire, qui ne parle pas, que personne ne peut cerner.

Grand, fin, les yeux clairs, les cheveux en pagaille, en bas de survêtement et polo ou tee-shirt, complètement immobile ou en mouvement permanent, se débattant avec poings et coups de pied contre des attaques invisibles. Le regard dans le vide, fuyant. Seul contre tous.

Seul, pourtant pris, comme toute personne, dans une toile de relations sociales qui fait que nous partageons la même réalité et que nous sommes nécessairement en coprésence.

S'en tenir aux faits, rien qu'aux faits. Il est tellement facile de glisser dans l'imaginaire et l'hypothétique.

Mais le doute subsiste. Le sentiment de « je ne saurai jamais » persiste. L'intelligibilité résiste. J'étais prise dans le cercle des regards, partie prenante de ces scènes, de ces temps de rencontres, de cette vie momentanément partagée.

J'étais – et je suis encore – inquiète, soucieuse et triste pour ce grand garçon qui me semblait souffrir en silence, tentant d'échapper comme il le pouvait à ce monde lourd et triste, rempli de colère et de regrets dans lequel il vivait. C'est ainsi que je ressentais son monde. Le monde de cette famille. Un sentiment de gâchis dont j'ai tenté de me débarrasser avec le temps, mais qui, de temps à autre, ressurgit lors de l'écriture ou ailleurs. Alors je me concentre sur l'analyse des observations et des entretiens... Je mets mes sentiments au travail pour explorer la spécificité de « ce cas » qu'il serait trop facile de déformer par un regard misérabiliste sur cette pathologie psychiatrique.

Avec Faraj, je prenais un risque, me semblait-il. Faraj, un fils comme serein, bavard avec moi, en colère contre les autres, et faussement détaché de ce qui tramait autour de lui. Faraj que je ne pouvais isoler du reste de sa famille. Une sœur en apparence joyeuse et soucieuse de recevoir mon attention. Un père à l'opposé de ce que la mère m'en avait dit. Et une mère que j'aurais voulu aider, qui me sollicitait, que je sentais au bord du gouffre. Une famille dont j'avais l'impression d'avoir abandonné chacun de ses membres après avoir apporté un temps d'écoute et un regard qu'individuellement ils souhaitaient.

4.4.2.2. *Une absence de sens inattendue*

« Il y a eu une crise »

« Il y a eu une crise, c'est quand il se dispute par exemple avec sa petite sœur qui a quatre ans de moins. Ça a déclenché une crise. » C'est ainsi qu'Adiba, la mère de Faraj, a commencé l'entretien en français. Sans équivoque. Sans doute. Il y a eu un événement, « la crise », avec des conséquences hors de contrôle, il a cassé et renversé des objets, crié, proféré des menaces

de mort et il s'est évanoui. Cela, je le savais car j'étais dans le bureau lorsqu'elle a expliqué à Mme Fathna (l'infirmière cheffe) pourquoi ils étaient arrivés pendant la nuit par les urgences. Face à moi, lors de l'entretien, elle a pris les devants. Elle n'a ni besoin ni envie d'attendre mes questions. Il y a comme une urgence à vider le stress et la tristesse de la nuit. Elle m'a raconté comment l'événement de la nuit s'était déroulé :

« Dès qu'il a vu sa photo, il l'a décrochée, je ne sais pas comment. La chambre, elle était devenue un vrai champ de bataille, il m'a même poussée, il ne veut pas me voir. Il a refusé de prendre ses médicaments. Il me dit "j'vais partir, j'vais m'tuer, je n'ai plus envie de cette vie. J'en ai marre. Je ne veux plus de cette vie, j'en ai marre, j'veux partir chez Dieu, c'est chez Dieu qu'il y a la paix. C'est l'injustice, je n'ai pas envie de vivre, un jour je vais partir, je ne veux plus revenir".

L'ampleur et la teneur des mots de Faraj de la veille au soir ont forcé sa mère et son père à venir aux urgences, mais cette crise n'était pas la première : il avait déjà consulté un médecin – à l'hôpital militaire où son père était également suivi – et il était censé prendre un traitement. La mère ne m'a pas précisé quel était le médicament, et je ne l'ai pas interrompue pour demander. J'ai souhaité respecter ses besoins, me mettre à son rythme, écouter ce qu'elle avait à dire.

Elle a poursuivi : « je ne peux pas rester les bras croisés. J'ai peur qu'il s'évade, qu'il prenne la fuite. Il me menace : "j'ai envie de me jeter par le balcon, de m'étrangler". Il me menace. Je ne sais pas, est-ce que c'est une crise ? » La crise de la veille au soir a donc été violente, longue. Les parents n'ont plus su quoi faire et ont décidé de faire appel aux urgences. Cette crise, et les autres déjà survenues, étaient ce qui amenait cette famille à fréquenter les services psychiatriques. Si le passage par les urgences a été symboliquement violent, je songe notamment aux réactions des soignants qui, surpris que le garçon « tienne encore debout » après l'importante dose de tranquillisants injectée, ont contribué à construire et à justifier la gravité et l'exceptionnalité de la situation. La mère a tenté, comme d'autres parents, de justifier son adéquation morale (Baruch, 1981) dans sa décision d'emmener Faraj aux urgences, en évoquant « la menace » proférée par son fils. Mais son questionnement « est-ce une crise » a montré qu'elle conservait, malgré les événements, une forme de discernement qu'elle souhaitait (me) communiquer et partager (avec moi ou une personne prête à l'entendre). Prise, absorbée voire enfouie sous une multitude d'affects parfois contradictoires comme ce partage entre conviction de la gravité et doute de la réalité de

l'événement, la mère paraissait malgré tout davantage poussée par une urgence à expulser hors de ses pensées ce qui la déstabilisait et l'affectait. Contrairement aux autres parents, le contexte particulier de notre rencontre a produit un discours moins structuré et davantage marqué par l'ambivalence.

Une crise, pour Adiba, était un de ces moments d'emportement et de violence, dans les gestes comme dans les mots. Les crises se terminaient toujours par un moment d'inconscience, durant lequel elle devait parfois gifler Faraj pour le faire revenir à lui. Le socle du problème de ces événements était la combinaison du caractère incontrôlable des actes de Faraj et de la perte de conscience qui s'en suivait – le jeune garçon affirmant, comme l'ont répété les parents, ne se rappeler de rien. Lors de cette première rencontre, la mère m'est apparue déroutée, gardant de temps à autre le silence pendant quelques secondes, son visage enfoui dans les mains, comme alourdi par le chagrin. Elle ne me regardait pas. Les yeux vers le sol, je devinais les larmes sur ses joues qu'elle essuyait avec une partie du foulard lui couvrant la tête. Si c'était leur première venue à Al-Balkhi, cela faisait des semaines que toute la famille était prise dans cette tourmente.

Puis, Adiba est revenue sur les tensions avec la petite sœur de Faraj, Jawed. Au moment de leur venue à Al-Balkhi, les rapports conflictuels entre Faraj et Jawed avaient été l'élément déclencheur des crises, point doublement problématique car la famille n'était plus en mesure de vivre unie sous le même toit.

« Sa petite sœur est devenue sa cible, dès qu'elle passe il la frappe. Il a un chat, "ne touche pas à mon chat". La pauvre, elle lui donne à manger. Dès qu'elle touche son chat, il la pousse violemment. "Pourquoi tu t'assois ici ? C'est ma place ici. Pourquoi tu veux prendre tout ? »

Dans le contexte urbain où j'ai mené mon enquête, les familles fonctionnent sur un mode nucléaire et l'évolution de la société fait que, la plupart de temps, chacun dispose de son appartement (El Harras, 2006). Dans une tentative d'apaisement, Adiba et son mari ont pris la décision d'envoyer Jawed pour quelques semaines chez ses grands-parents maternels, espérant que leur fille pourrait trouver un peu de calme après avoir affronté les agressions verbales et physiques répétées de son frère. L'expérience quotidienne de Faraj et de sa famille a donc conduit à des reconfigurations familiales. La situation, en plus des réactions violentes de Faraj, est devenue particulièrement complexe quand sa petite sœur a commencé

à se plaindre ouvertement de son comportement. Adiba m'a expliqué comment sa fille répondait à son frère, attisant les conflits entre eux. Elle m'a rapporté les mots de Jawed (« J'en ai marre de lui pardonner, de dire pardon parce que je suis petite »), qui a commencé à se défendre elle-même (« c'est parce que je suis petite que je dois la fermer. Je n'ai rien fait moi. J'ai peur moi »). Pour Adiba, les commentaires de sa fille étaient légitimes, mais elle était aussi perdue, formulant à voix haute de nombreuses questions, et partagée entre deux sentiments : demander « des sacrifices » à sa fille pour aider son fils, et aider sa fille qui, elle-même, pâtissait de la situation. Si la littérature nous informe que le soutien et la compréhension de la famille, et notamment des frères et sœurs, sont vitaux dans ces situations psychiatriques complexes – et ce d'autant plus qu'aucune structure ne pouvait l'accueillir puisque l'hospitalisation en pédopsychiatrie n'existe pas –, la mère m'a pointé la limite qui avait été atteinte et l'impossibilité pour la jeune sœur de désormais être résiliente et de s'adapter aux difficultés sans en souffrir elle-même (Antoine et al., 2010; Cook-Darzens, 2009; Wintgens & Hayez, 2003). Faraj étant obligé de rester à la maison, la famille était obligée de déployer de multiples stratégies.

Puis, au milieu des explications sur les crises et les tensions avec Jawed, Adiba a pointé un autre aspect du comportement de son fils qui lui « posait problème » : son isolement actuel. Le garçon ne sortait plus, et elle souhaitait que cela puisse également changer.

« [...] il est rentré à la maison, il est resté comme ça. Pourquoi tu ne descends pas ? Tu veux sortir avec moi ? Non ! Aller au marché ? Non ! Il a du mal à finir l'année scolaire pour rester à la maison. Et puis, il veut rester à la maison tout le temps, il regarde les émissions des enfants, voilà c'est comme ça.

Au fur et à mesure de l'entretien et des rencontres avec cette famille, j'ai compris en quoi cette attitude « posait problème » à Adiba : un garçon de son âge devait, selon l'idéal éducatif de cette mère, sortir avec ses copains, être dehors à se dépenser et à discuter avec d'autres garçons de son âge, ou encore regarder certains types de films. Se retrouvent dans ses propos les principes d'une socialisation sexuée qui sont, comme dans tous les pays, visibles dans l'ensemble de la société et des familles (Baboulène-Miellou & Teboul, 2015; Diasio, 2015). À propos de cette socialisation masculine et féminine dans le contexte patriarcal maghrébin, il semblerait que se reproduise un modèle dans lequel fils et filles, et donc pères et mères en devenir, sont socialisés dans le but de tenir les rôles et statuts qui leur sont attribués (Benali, 2005). Bien que d'importants mouvements soient en cours du fait, notamment, de l'accès

des femmes à la scolarisation et au marché du travail ainsi qu'à des programmes de santé reproductive, « l'idée de la femme au foyer et de l'homme responsable de l'extérieur » (*Ibid.*, §32) est maintenue dans certaines institutions, comme à l'école par exemple (Hughes Rinker, 2015)²⁰⁶. Pour Adiba, qui est d'ailleurs institutrice, le fait que son fils ne souhaite pas sortir pour jouer dehors ou voir ses copains était problématique, prémisse d'une éventuelle impossibilité à tenir son rôle de père, d'homme. Il s'écartait de ce que la mère considérait les normes sociales à suivre, écart qui nourrissait ses craintes à l'égard de son fils.

La mère, comme certains des autres parents rencontrés, cherchait à comprendre, à donner un sens à ce qui se passait. Elle a partagé avec moi plusieurs de ses hypothèses, une partie d'entre elles étant liée à une temporalité que je qualifierais de courte et immédiate quand la mère relatait les événements des derniers mois passés. Puis, cheminant dans ses pensées, à l'image de la mère de Mufida, la mère de Faraj a remonté le temps, élargi la focale de l'histoire qu'elle m'a racontée. Elle s'est alors concentrée sur le caractère de son fils, sa personnalité, l'environnement familial et les tensions qui le traversaient.

« Il y avait un garçon plus aîné que moi, il m'a frappé. »

Ainsi, Adiba a d'abord brièvement évoqué la jalousie pour expliquer cette violence à l'égard de sa petite sœur, mais elle n'en était que peu convaincue : « peut-être par jalousie, je ne sais pas. » Finalement, une autre idée a semblé traverser son esprit au fil du récit qu'elle m'a livré : quand elle m'a expliqué un événement qui résonnait comme la cause, ou du moins le début du changement du comportement de son fils, elle m'a semblé beaucoup plus convaincue par cette explication que par l'éventuelle jalousie envers sa sœur. De plus, comme d'autres parents, avec cette explication, elle faisait part de son constat d'« un avant »

²⁰⁶ La littérature de type ethnographique sur l'ordinaire du quotidien les femmes, en langue française ou anglaise (pour celles auxquelles j'ai accès) est manquante ou offre des écarts considérables à l'image de l'extrait cité. L'ouvrage coordonné par Elizabeth Warnock Fernea sur les enfants au Moyen-Orient abonde dans ce sens en étudiant le travail des mères auprès des enfants mais il date et mériterait une actualisation des données à l'aune de nouveaux terrains (Warnock Fernea, 1995a). Ce extrait, et les autres utilisés dans ce travail, demeurent toutefois un point de repère utile et porté par d'autres chercheurs dont je valorise le travail, mais force est de constater que d'importants contrastes existent en termes d'analyse et les résultats sont épars : sur la passivité des femmes, cantonnées au foyer et sans pouvoir (Jejeebhoy and Sathar (2001) ; Dwyer (1978) in Hughes Rinker, 2015) ; sur les transitions du pouvoir par l'intérieur (Benali, 2005; Benamar, 2008; Mounir, 2009) ; sur les femmes actrices (Elliot, 2016; Hughes Rinker, 2015; M'Chichi, 2014; Salime, 2007; Van den Hout, 2013). Je précise que malgré mon recours à une littérature qui parfois semble manquer de finesse dans l'analyse ethnographique de la place des femmes, ces textes servent de repères, nourrissent mes questionnements et demeurent le compte-rendu de réalités étudiées. Ils sont ainsi surtout mobilisés pour témoigner de la complexité du sujet et combattre une vision qui pourrait paraître monolithique.

et d'« un après » dans le parcours biographique de Faraj. Pour cette mère, il y avait donc bien eu une « rupture biographique » (*biographical disruption*) (Bury, 1982).

« Il y a un mois. Avant cette période, il avait une petite dispute avec ses copains, les voisins, il jouait au foot avec les garçons du quartier et un jour il y avait un autre copain d'un autre quartier et je ne sais pas pourquoi, il a giflé. Il était énervé, il est venu en courant chez moi et il a dit : “voilà, il y avait un garçon plus aîné que moi, il m'a frappé”. Et il commence à pleurnicher. Je lui ai dit “pourquoi tu pleures ?” “J'ai réglé l'affaire avec lui, il m'a dit !” Puis je suis descendue. Comment dirais-je ? Je voulais savoir pourquoi et j'ai parlé avec le garçon qui était plus âgé. Pourquoi il avait frappé ? Ce qui a marqué beaucoup mon fils, c'est que son petit groupe ne l'a pas défendu, il n'était pas à ses côtés. Ils ont continué leur match sans l'aider.

Pour la mère, cette bagarre a marqué le début de son enfermement, de l'occupation de la maison dont il a, au fil des crises, évincé sa sœur. En faisant le choix de rester à l'intérieur du foyer familial – selon elle, Faraj agissait sciemment –, Adiba a eu le sentiment que son fils se détachait de ses amis en raison de leur attitude durant la bagarre : elle l'a dit affecté par ce qui s'était passé, notamment par le fait que personne ne l'ait défendu. Me rapportant les mots de son fils, ou du moins ce qu'elle a décidé d'en dire, elle m'a expliqué ce qu'il avait retenu de cet événement : « Ils ne m'ont pas défendu, tu sais maman, ils ont continué leur match comme si rien ne s'était passé. » Puis elle a ponctué son récit avec les remarques suivantes : « C'est le problème avec le groupe de ses camarades, il se sent laissé. Quand je l'ai poussé pour qu'il me dise, il a dit “voilà, ils m'ont délaissé. Je joue avec eux, je leur prête mes CD, je n'ai pas d'autres amis qu'eux et pourquoi ils m'ont laissé tomber ?” » Face à l'apparente incompréhension de Faraj à l'égard de ses « camarades », Adiba a néanmoins affirmé que « ses amis lui manquent beaucoup » et elle aurait voulu qu'il sorte les retrouver. Si, d'après elle, il n'a pas compris le comportement passé de ses amis, désormais, c'était elle qui ne comprenait pas son comportement et le voir rester seul après cet incident la troublait. Lors de mes rencontres ultérieures avec Faraj, il ne parlait ni de ses amis l'ayant délaissé ni de la bagarre : il n'a pas été possible de savoir si les propos de la mère reflétaient son avis.

« Il est fragile, c'est un sensible »

Comme je l'ai déjà évoqué, la mère m'a semblé très confuse et perdue, certainement épuisée par cette nuit mouvementée et les précédentes semaines tout aussi déstabilisantes. Alors que ma seule question a été de lui demander pourquoi et comment ils étaient venus aux urgences d'Al-Balkhi, elle a enchaîné les explications. Toutes ponctuelles. Puis, une fois ces clés de lecture données – à savoir la bagarre et la jalousie –, elle est entrée dans un autre registre explicatif. Comme d'autres mères avant elle (je pense notamment à celle de Mufida), elle s'est étendue sur le caractère de son fils avant l'incident, comme pour essayer d'élucider ce qui aurait pu expliquer l'actuel déraillement : « [...] c'est l'aîné, il était toujours chouchouté il avait tout ce qu'il voulait, on lui offrait tout, tout, tout. [...] Il est en classe de 8^e, c'est un enfant brillant, il a 17,5. Il n'a pas de problème en classe, seulement il est fragile, c'est un sensible, fragile. » En élargissant la vision de l'histoire de Faraj au-delà des événements des dernières semaines, elle donnait à voir ce qu'elle considérait comme une brèche dans le caractère « brillant » de son enfant. Cette fragilité dont Adiba m'a parlé, elle m'en a aussi donné des exemples :

« Des fois, ce que j'ai constaté, que je n'ai pas aimé, ce que je ne supporte pas, qu'il soit. Si un de ses camarades lui prend (quelque chose) juste pour regarder, le contact... Seulement pourquoi le rejette pas trop. Et par exemple quand il va à la piscine, il y a la queue, quelqu'un lui passe devant. Et je lui dis pourquoi ? Tu ne le connais pas. Il ne faut pas faire ça ! Dans la société, il y a la loi. Je lui explique. Voilà, c'est la piscine maintenant, tu as treize ans. D'ici huit ans ou dix ans, à la banque, tu ne dois pas céder ta place à quelqu'un d'autre, tu dois faire la queue, dans un train, au guichet d'un train. Imagine que tu es pressé, tu ne dois pas laisser ta place à quelqu'un d'autre. Ça, ça me travaille.

Cette fragilité, c'était donc cette disposition que Faraj avait à se laisser « prendre sa place » par les autres, à ne pas s'affirmer suffisamment. À son âge (treize ans), il aurait dû, selon Adiba, être en mesure de se défendre – de ne pas se laisser doubler dans une queue par exemple. Elle voyait dans l'attitude actuelle de son fils un type de comportement qui le poursuivrait une fois adulte et le voir ainsi l'insupportait. Ce que l'adolescent fait indique comment il sera plus tard, d'où l'importance de modeler ses habitudes de vie de la « bonne manière » : en filigrane de ce récit se dessinait la figure d'un adolescent en devenir que l'adulte devait accompagner, former et façonner. Écho aux idées de la psychologie développementaliste et à certaines conceptions locales de l'enfance, la mère a posé avec moi

les piliers de sa vision de l'éducation, tout en les ramenant à des exemples très concrets de sa vie quotidienne (Aouattah, 2010; Benamar, 2008).

Avec la même désapprobation, elle a également considéré comme problématique le fait que son fils ne sache pas faire de choix – étrange paradoxe puisque ce qui posait désormais problème était justement le choix de son fils de rester à la maison. À partir d'un exemple de glace et de sandwich, elle m'a expliqué ce qu'elle considérait comme « un problème » :

« J'ai découvert que mon fils a un problème, tu veux une glace, un sandwich ? "J'chais pas, j'chais." Je suis toujours sur le même sujet, Faraj tu dois faire un choix. Tu as treize ans. À l'école on va te proposer deux sujets au "pro-choix". Est-ce que tu veux la 1^{re} ou la 2^e question ? Tu ne vas pas travailler les deux questions. Quand je te propose, tu veux une glace ou ça ? Je prends tu dis. Tu prends ce que tu veux toi, n'importe. Pas n'importe, une glace ou un sandwich. Tu as l'âge de faire un choix. [...] Tu dois avoir un point de vue pour toi.

Cet exemple donné par Adiba a dépeint les difficultés que cette incapacité à prendre une décision entraînait au jour le jour. Si, dans l'exemple de la place dans la file d'attente de la piscine, elle a transposé son jeune garçon en l'homme qu'il serait un jour, avec cette autre illustration, elle a mis en avant ce qu'elle considérait comme un décalage entre ce qu'il devait faire, en fonction de son âge, et ce qu'il faisait au quotidien. En identifiant et relevant ce qui n'allait pas dans le comportement de son fils, la mère a partagé ses normes éducatives et ses attentes. Faraj n'était plus un enfant, il devait s'affirmer en tant que jeune garçon de treize ans, en tant qu'adolescent. Signe de l'imprégnation et de l'influence des normes psychologiques sur le « bien grandir » (Armstrong, 1984; Diasio, 2015; Turmel, 2012), la référence à l'âge – que j'aurai l'occasion de commenter plus amplement tout au long de ce travail – rappelle le poids de cette donnée sociologique parmi les outils dont les parents se servent pour construire leurs pratiques éducatives au quotidien. Si Adiba, en première partie d'entretien, a défini la bagarre comme la raison des perturbations de Faraj, en abordant la vie ordinaire du garçon, elle a montré qu'elle avait identifié, dans ses manières d'être et d'agir, des éléments qu'elle envisageait comme problématiques depuis des années. En tissant des liens entre le présent et le passé, la mère de Faraj donnait l'impression de vouloir contenir la perte de sens que les comportements de Faraj, et leurs multiples ramifications délétères, engendraient pour l'ensemble de la famille. Sa quête de sens, comme les parents de Mufida, la conduisait à explorer l'histoire longue de la famille, montrant qu'en miroir de la rupture peut se construire une forme de continuité selon les parents et leurs perceptions des

problèmes à un moment spécifique. Sans pour autant lier ces variations de sens et de temporalité aux évolutions du diagnostic – cela est encore trop tôt dans le parcours de soins de Faraj – il est important de les reconnaître comme des illustrations d’une quête de sens constitutive des moments d’incertitude propres au début d’un parcours de soins. Au fil des mois, ces mêmes explications seront modifiées et ajustées pour s’harmoniser aux enjeux du moment (Bury, 1982).

4.4.2.3. *Les parents, un modèle à suivre ?*

« Je ne sais pas si c’est ça qui lui manque, un père ? »

Au cours de notre entretien est apparue une figure paternelle spécifique : les attentes de la mère de Faraj vis-à-vis de son fils étaient définies en lien avec une description relativement précise de la figure du père souhaitée – une figure qui aurait dû trouver son incarnation dans le père de Faraj et constituer un modèle d’apprentissages pour l’enfant devenu adolescent. Cependant, la vision maternelle du père de Faraj, patient psychiatrique dont la compliance au traitement n’était pas toujours optimale d’après Adiba, n’était pas en accord avec la figure paternelle qu’elle aurait voulue pour Faraj. Les comportements du père, tels qu’elle les décrivait, se transposaient sur les craintes et les critiques formulées envers les comportements de son fils ; si, à certains moments, l’âge de Faraj était un guide pour analyser ses dérives, la question du modèle et de la (re)production des attitudes du père était perçue comme la cause potentielle du long effondrement de la santé de Faraj et, plus largement de celle de la cellule familiale. Depuis un long moment – avant la bagarre et la jalousie fraternelle –, la mère avait remarqué que les attitudes du père (« un père qui est malade, vraiment malade ») représentaient un risque pour le bien-être de son fils. C’est du moins ainsi qu’elle (se l’est) l’a présenté en ce jour d’août 2014, exemplifiant une fois encore les ajustements biographiques qui peuvent émerger lors de la mise en récit suivant un diagnostic (Bury, 1982). La mère n’avait certes pas encore reçu de diagnostic de la part du médecin à Al-Balkhi (et, à ma connaissance, pas du médecin de l’hôpital militaire non plus), mais la trajectoire de soins de son fils l’amenait d’ores et déjà à porter un autre regard sur le passé.

Dans la suite de l’entretien, Adiba m’a en effet énuméré les raisons pour lesquelles elle considérait que le comportement du père était blâmable. Dans une longue tirade faite de reproches à son époux, j’ai alors mieux compris ses peurs pour son fils, son idéal parental,

ainsi que ce contre quoi elle se battait au quotidien depuis des années et dont elle souhaitait éloigner Faraj.

« Et le père ça continue. Des fois, il ne prend pas ses médicaments et il ne dort pas. Il passe toute la nuit à regarder la télé. Je ne sais pas si c'est ça qui lui [Faraj] manque ? C'est un père, un père présent, absent. Quand il voit ses enfants, ses amis, leur papa vient les chercher après l'école, leur papa les accompagne au club, leur papa passe du temps. Moi je demande à mon mari. Voilà tu es malade, mais il faut être devant les enfants un modèle, il faut être humain, il faut être un modèle, il faut que tu fasses des efforts pour tes enfants. Les enfants se lèvent à 7 h 30, tu te lèves à 7 h 30, tu les aides à faire le goûter, tu les emmènes à la piscine, tu fais ce qu'ils demandent, voilà ils sortent à l'école, tu reviens dormir. Voilà c'est ça, tu dois te réveiller avec eux et tu dois régler ton emploi du temps à leurs goûts, s'ils dorment, tu fais semblant de dormir, tu reviens si tu as envie de regarder la télé, ou je ne sais pas quoi, tu finis ta soirée. Et quand les enfants ils veulent sortir, tu ne dis pas que tu es en manque d'argent, tu peux sortir, tu peux aller dans un jardin, moi je les accompagne tout le temps. [...] je fais tout [...], mais les enfants ils ont un père. Pourquoi le père n'est pas venu ? Je leur dis, il ne veut pas sortir. Je lui dis toujours d'accompagner les enfants.

En filigrane des propos d'Adiba s'est dessiné ce que doit être – pour elle – la figure paternelle : un père doit accompagner ses enfants en toutes circonstances, faire des activités avec eux, s'adapter à eux, et faillir à ce rôle peut avoir des conséquences sur leur développement. Dans la description faite s'est retrouvé le souci maternel d'instaurer une dynamique parent/enfant au sein de laquelle le père soit « un modèle ». En évoquant ce que le père ne faisait pas, elle a révélé ses craintes vis-à-vis de Faraj dont le comportement paraissait pouvoir se nourrir de l'immobilité et de l'isolement reprochés au père. En plaçant ainsi la question du modèle au cœur du problème, Adiba insistait sur l'idée que l'enfant ou adolescent était ce que le parent était, qu'il se développait en fonction du modèle offert. Dans ses propos, l'*agency* de son fils était quasi inexistante ; il ne pouvait devenir autrement que son père ; il ne pouvait pas prendre un autre chemin. Comme l'a souligné Aïcha Benamar dans une enquête réalisée auprès de cinquante-six instituteurs à Oran (Algérie), « [c]e qui ressort des différents discours, c'est que l'enfance est une étape de la vie d'une personne sur laquelle on "agit" afin de la développer, de la rendre autonome » (2008). Ses conclusions m'apparaissent pertinentes pour résumer les propos de la mère de Faraj : les parents devaient jouer ce rôle, « agir » dans sa vie de manière à le développer, à le rendre autonome. Faillir à cette mission avait potentiellement mis en danger la santé de son enfant.

« Il a besoin d'un homme »

À l'image du père est ensuite venue se greffer celle de l'homme, créant l'occasion pour Adiba de préciser les contours de ces images, tout en marquant la complémentarité qui devait exister entre elle et son mari : « Je fais tout mon possible. Mais c'est un garçon, c'est normal, il a besoin d'un homme, d'un exemple devant lui, quelqu'un de plus solide. Je crois que c'est ça le problème. Le papa doit faire un effort pour être présent. C'est tout ce que j'ai à dire. » En abordant ses sources d'inquiétudes pour Faraj, Adiba a aussi trouvé un espace pour exprimer ses propres difficultés, pointant qu'elle aurait aimé que son mari se conforme aux fonctions qu'elle attribuait aux membres de la famille – et plus particulièrement du couple. Elle a partagé l'idée qu'elle ne pouvait pas offrir seule une éducation adéquate pour son fils. Cette vision peut être comprise, comme l'argumente Marcia C. Inhorn, en lien à certaines idées préconçues sur le rôle du père et de ses imbrications avec l'identité masculine au Moyen-Orient : dans ses travaux sur l'infertilité dans cette région, l'auteure a montré que dans un système patriarcal, le pouvoir des hommes repose sur la « production explicite de progéniture, que les pères doivent aimer ou nourrir, mais aussi dominer et contrôler » (Inhorn, 2004, p.39). Les propos d'Adiba questionnaient donc l'identité masculine de son conjoint, qui n'était pas en mesure d'accomplir ces fonctions auprès de son fils : « le besoin d'un homme » évoqué laissait sous-entendre que le père de Faraj n'était ni un père ni un homme et que la situation était préjudiciable pour son fils – ce qui constituait une possible source d'explication des problèmes rencontrés par Faraj.

Je remarque par ailleurs que cette manière de penser le rôle du père paraît être, selon les recherches de Yazid Ben Hounet et Nouri Rupert sur la coparentalité au Maroc, relativement exceptionnelle (Ben Hounet & Rupert, 2018). En effet, il est intéressant de noter que, contrairement aux conclusions des auteurs qui révèlent que face à « l'injonction à la coparentalité », père et mère ne sont pas égaux, les propos d'Adiba s'inscrivent en porte à faux avec cette vision « naturaliste » qui « sacralise » la mère (*Ibid.*, p.13). Elle réclame l'égalité, et regrette que son mari, et père de Faraj, ne soit pas à sa hauteur – c'est-à-dire à la hauteur de ses attentes sur le plan éducatif. Les auteurs précisent que la coparentalité « est plutôt faite de devoirs pour les premières [mères] et de droits pour les seconds [pères] » (*Ibid.*, p.7), la mère s'occupant des enfants la semaine et accomplissant toutes les missions éducatives, tandis que les pères voient les enfants le dimanche, en jour de repos. Les reproches formulés par Adiba montrent qu'elle a justement été interpellée par le non-

accomplissement, par le père, de ses devoirs. Cette perspective est intéressante à souligner, car elle met en lumière le fait que le discours construit par la mère de Faraj consiste à pointer son père comme source possible du trouble. Dans sa quête de sens (celle qui lui permet d'essayer de comprendre la violence vécue à la suite des crises de Faraj), elle questionne la responsabilité du père en opérant une lecture sociale de ce qui se joue dans sa famille.

En outre, les pensées exprimées par Adiba sont venues éclairer dans quelle mesure, selon elle, les problèmes de Faraj étaient inscrits dans la dynamique familiale et débordaient le seul corps de son fils. Comme pour d'autres familles rencontrées, le problème n'était pas donc individuel et dans ce cas précis, la mère concevait que la famille pouvait être porteuse des causes des égarements de l'adolescent. Cependant, en entendant plus en détail les doléances d'Adiba, la dyade parents/enfant s'évaporait pour laisser entrevoir des relations plus complexes formées par la triade enfant/père/mère. Je n'ai jamais entendu Faraj ou Jawed formuler des critiques aussi sévères que leur mère à l'égard de leur père, mais d'après Adiba, ils faisaient le même constat qu'elle :

« Ils sont à l'âge de faire des différences [entre père et mère]. "Déjà, pourquoi l'autre papa travaille, lui il ne travaille pas ? Pourquoi d'autres gens ont des choses, ont des enfants ? Pourquoi maman, tu es obligée de faire tout ?" Quand on a des enfants, il faut faire des efforts, beaucoup d'efforts, il faut faire des sacrifices.

Ces questionnements qu'elles attribuaient aux enfants ou adolescents ont formé, dans son récit, une autre justification à ce lien entre défaillance parentale et mal-être de leurs progénitures. L'absence d'effort et de sacrifice était pour elle un motif suffisant et légitime pour appréhender les comportements décevants actuels de son fils. Avec ses mots, j'ai de nouveau perçu le regard d'une mère pour qui l'*agency* des enfants ou adolescents est partielle puisqu'ils sont dépendants, sans capacité d'agir sur l'environnement dans lequel ils grandissent. Dans la mesure où Faraj ou Jawed n'étaient pas présents pour commenter ses propos, je n'ai pas pu connaître leurs actions vis-à-vis de ces points spécifiques soulevés par la mère. De fait, je ne peux qu'analyser ce lien entre parent et enfant à la lumière de son discours et de son attachement à cette figure idéale parentale et paternelle. Elle m'a aussi affirmé que Faraj disait avoir « honte de son père » :

« Des fois, je sens qu'il a honte de son père. Quand il joue dans la rue, que son papa lui demande de rentrer, il dit "pourquoi ? Je suis le seul que son papa lui court après.

Quand je vais finir mon match, je vais rentrer.” Il [Faraj] me dit “je ne veux pas qu’il me suive au collège, c’est toi qui vas pour payer l’école, pour demander mes notes, c’est toi pas lui. Ne me l’envoie pas.” Il a honte de lui.

Différentes voix s’étaient entrelacées dans ses propos et à cet instant de l’entretien, j’ai senti que des glissements s’étaient opérés entre ses soucis et ceux de son fils. De manière plus saillante que lors des entretiens avec les autres parents, la voix de Faraj était perdue, accaparée par la mère. Cette lecture est assurément teintée de ce dont j’ai eu connaissance, par la suite, à propos de cette famille. Alors que la mère a commenté la manière dont son fils se retirait, créait son espace dans l’espace familial, j’ai aussi vu, à l’image de cet entretien, comment la mère prenait son espace dans l’espace de l’hôpital ouvert initialement pour son fils. Ce constat rejoint les remarques de Maïa Fansten et Cristina Figueiredo sur les dynamiques complexes des situations de retraits qui apparaissant, *a priori*, comme une pratique solitaire (2015). Ces auteures montrent comment ces retraits, qui ont une composante sociale interactionnelle très forte, sont en fait des réponses à la pression des pairs ou des parents, ou encore aux accidents de la vie de famille. La même chose peut être dite sur le cas de Faraj et de sa famille : l’histoire rapportée par sa mère montre à quel point l’ensemble de la famille est prise dans les aménagements quotidiens face au vécu de la maladie, mais aussi dans quelle mesure elle participe à l’existence des problèmes (*Ibid.*, Baszanger, 1986; Herzlich, 1998). Si ce *quelque chose qui ne va pas* est initialement perçu comme le fait d’un comportement isolé et individuel, il s’avère en fait (tel que je l’observe, mais tel que la mère de Faraj le constate également) que les manifestations des adolescents sont des réponses à ce qui se joue dans leur environnement familial.

« Je fais pour que rien ne leur manque »

Une autre possibilité qui, pour Adiba, a également été clé afin d’appréhender le rapport au monde tortueux de Faraj, était la mobilité sociale descendante que la famille avait brutalement vécue avec la survenue de la maladie du père. La mère de Faraj a fait l’hypothèse d’une souffrance sociale, au sens où les difficultés matérielles de la famille pouvaient exacerber les problèmes de son fils.

« Même la différence des classes sociales, je me suis rendu compte. Car son papa a perdu son travail et au niveau de sa famille, je fais tout même quand je suis en

classe, je fais pour que rien ne leur manque, quand il a une excursion, je l'envoie à l'excursion, même si c'est cher, je ne veux pas qu'on sache la différence, pas qu'il y ait une différence avec ses amis, même j'essaie d'acheter les mêmes cahiers que ses copains, les vêtements, je fais tout ce qu'il veut, j'économise et au moins une fois par mois je l'emmène au Mac Do même si c'est difficile pour mes moyens, je l'emmène même que leurs cousins [...].

Dans l'étude des transformations des corps, les catégories sociales ont été étudiées pour comprendre dans quelle mesure ces dernières influençaient les idéaux normatifs parentaux ainsi que les appropriations et les bricolages des enfants (Baboulène-Miellou & Teboul, 2015). L'exemple de la classe sociale pointé par Adiba est en ce sens pertinent pour comprendre comment mère et fils percevaient et imaginaient un « bien grandir » constitué de divers marqueurs sociaux (les sorties, les vêtements, les affaires scolaires). Les assignations sociales offertes par la mère et celles souhaitées par le fils étaient divergentes et causaient des tensions potentiellement sources de stress pour Faraj – c'est du moins une lecture qu'Adiba, par moment, était tentée de présenter. Néanmoins, bien qu'elle ait amené cet argument de la différence des classes sociales comme un facteur potentiellement explicatif des difficultés traversées par fils, elle n'a pas voulu pour autant l'en excuser. En contrepois de la fragilité dont elle avait précédemment affublé son fils, elle a estimé qu'il devait faire face à cette réalité sociale.

« Il doit affronter la réalité. Il doit accepter sa situation, sa place sociale. On ne va pas le faire rêver. Je ne sais pas. C'est cruel de faire rêver quelqu'un, de mentir, c'est très, très cruel. C'est à lui d'évoluer. Je lui dis, tu n'acceptes pas cette situation. Mais tu dois travailler, tu dois un jour, Inchallah, tu vas avoir tout ce que tu veux. Il faut travailler.

Les ajustements biographiques de la mère ont touché toutes les sphères de la vie. Son discours ambigu, tantôt compréhensif et culpabilisé, tantôt réprobateur et sévère, témoignait de la complexité ressentie face à sa situation et celle de sa famille.

« Il a explosé à l'adolescence »

La quête de sens chez Adiba l'a ainsi amenée à emprunter de multiples voies, à ouvrir différentes boîtes dans lesquelles, peut-être, elle aurait pu trouver les causes et comprendre

ce qui arrivait à son fils. Après la défaillance du modèle paternel et les différences de classes sociales, elle s'est recentrée sur son fils.

Pour Adiba, l'âge de Faraj était un facteur aggravant ou peut-être même déclencheur de ces crises. Poursuivant son raisonnement sur la figure du père absent, je lui ai demandé si Faraj se plaignait ouvertement de son père et s'il lui demandait de changer, ce à quoi elle a répondu :

« Il pense que son père doit changer, "pourquoi il hurle ? Pourquoi il ne veut pas être avec les enfants ? " Maintenant, c'est un adolescent, il a beaucoup de choses qu'il doit travailler au fond, il a refoulé beaucoup de choses, il n'a pas eu beaucoup de sentiments. Il ne peut pas exprimer et maintenant il a explosé avec l'adolescence.

En pointant la question de l'adolescence, Adiba a montré qu'elle a fait siennes les théories médicales qui présentent l'adolescence comme une période de remise en question, de révolte et de changement (Diasio, 2015). Faisant le lien avec les catégorisations des âges ainsi qu'avec les savoirs scientifiques et profanes produits et véhiculés, la mère s'appuyait sur l'adolescence, ce temps où le corps « semble tout d'un coup se manifester avec plus de vigueur », pour donner un sens aux manières d'être et d'agir de son fils, conférant à cet âge social une corporéité et des affects aux « contours rassurants de [la] normalité » (*Ibid.* p.601). Ainsi, il était alors compréhensible que ce garçon, jusqu'alors calme et brillant, soit envahi de sentiments complexes – d'autant plus que pour Adiba, il les avait jusqu'à maintenant réprimés.

« Je m'en veux »

Si, chez certains parents, un sentiment de culpabilité apparaît à demi-mot dans les parcours de vie qu'ils m'ont relatés, chez Adiba, cette culpabilité est montrée sans filtre. Elle a questionné de manière directe et explicite son éventuelle part de responsabilité par rapport à ce qui arrivait à Faraj : « Je fais tout, je fais tout, je ne sais pas ce qu'il faut faire que je n'ai pas fait ? J'ai toujours été présente, toujours présente à l'école. » S'il était pertinent de présenter et de réfléchir aux modèles sociétaux de père et de mère révélés par Adiba à la suite de l'internalisation des idées préconçues sur les rôles genrés, ses propos ont ensuite abordé une autre dimension de sa vie quotidienne. Sans reprendre le regard pragmatique qu'elle a eu concernant la répartition des activités liées aux enfants entre son mari et elle, elle s'est, en fin d'entretien, définie et pensée comme professionnelle de l'éducation des enfants, s'interrogeant sur ses capacités à éduquer ses propres enfants, et établissant une comparaison entre le métier d'institutrice et la fonction (ou le métier) de mère.

« J'ai une classe d'élèves, j'enseigne, je travaille, toujours je coopère avec les élèves, je fais, je suis compréhensive avec les élèves, je parle, j'essaie de bien faire, je fais mon possible et si mon enfant il lui arrive ça, je suis...je m'en veux, qu'est-ce que je n'ai pas fait ? Qu'est-ce que je devais faire que je n'ai pas fait ? Qu'est-ce que je devais remarquer que je n'ai pas remarqué ? Comment je dois penser ? Comment je dois réagir ? Qu'est-ce qui m'a échappé ? Je m'acharne sur moi-même, je ne sais pas, je m'envoie mourir, je ne sais pas, est-ce ma faute ? Je ne sais pas de la faute à qui ?

Après avoir directement mis en cause le père de Faraj et questionné dans quelle mesure ses manières d'être et d'agir pouvaient être la source des difficultés rencontrées par son fils, Adiba opère un travail réflexif et s'interroge sur sa propre responsabilité, voire culpabilité (« faute ») par rapport à ce que vit son fils. Cette remise en question semble, selon la mère, d'autant plus opportune que les reproches formulés – tant à son égard que vis-à-vis de son mari – concernent le domaine de l'éducation, à savoir son domaine d'expertise. Partant de son rôle d'institutrice, de guide, d'enseignante au niveau sociétal, elle réfléchit à l'usage de ses compétences professionnelles pour l'accomplissement de son « métier de mère » dans le cercle familial. Elle dégage entre le métier d'institutrice et celui de mère un socle commun constitué de savoir-faire tels que l'écoute, l'apprentissage, la compréhension. Alors que certains discours peuvent être réprobateurs vis-à-vis de ces mères qui travaillent et ne sont pas constamment présentes pour leur enfant, Adiba inverse la perspective en valorisant le

fait que son métier peut être un atout pour exercer son métier de mère. Par ailleurs, en mettant en avant ces compétences, elle esquisse, comme elle l'a fait pour le père de Faraj, la figure de mère idéale qu'elle aimerait ou qu'elle aurait aimé offrir à son fils. En agissant de la sorte, elle m'a ainsi montré, comme les autres mères rencontrées, son adéquation morale et ses compétences maternelles/parentales tant dans le flot des événements (c'est-à-dire la justesse de ses (ré)actions envers son fils en période de crise) qu'en tant que mère (« bonne mère », disponible pour son enfant).

Avant de conclure ce chapitre, j'aimerais introduire un dernier parcours de soin : celui d'Assia. Je classe son histoire parmi les cas des adolescents considéré en marge de leur famille, mais je la différencie de celle de Mufida et de Faraj dans la mesure où Assia, âgée de dix-sept ans lors de notre rencontre, a été la propre actrice de son parcours. Contrairement à Mufida ou Faraj, je n'ai jamais évoqué avec ses parents les problèmes pour lesquels la jeune fille avait décidé de consulter. L'analyse de son parcours diffère donc un peu des autres puisque je me focalise sur ses capacités. Contrairement aux parents des autres adolescents qui ont construit des ponts avec le passé pour décrire et donner du sens à la « rupture » actuelle, Assia n'a pas vécu cet événement comme la potentielle conséquence d'un événement ou d'une série de moments passés. Toutefois, je fais l'hypothèse que le regard des parents sur l'histoire longue des liens et de la vie de leur adolescent est nourri par un sentiment de culpabilité lui-même alimenté par des notions aussi symboliques que pragmatiques que sont la filiation ou la parentalité.

4.4.3. Assia, une démarche d'allure individuelle

Venue consulter envers et contre tous, Assia était une adolescente sans présence parentale à ses côtés. Cela constituait un certain contraste par rapport aux autres jeunes patients de l'hôpital. La jeune fille avait dû se battre pour avoir le droit de consulter un médecin, c'est-à-dire pour obtenir de ses parents, lui militaire et elle infirmière et professeur d'éducation islamique. Elle m'a raconté son histoire lors d'un entretien et j'ai rapidement compris que son père n'était pas du tout en accord avec la démarche de sa fille. La mère, face aux crises de sa fille, avait cédé. Assia m'a rapporté ses questions, ignorées et refoulées par ses parents et ses professeurs, notamment celles vis-à-vis de la religion et des pratiques pour lesquelles

opter (notamment le port du voile). Le silence et de l'évitement essayés par la jeune fille ont provoqué des obsessions grandissantes qui l'ont poussée à faire plusieurs tentatives de suicide. C'est ainsi, tel qu'elle l'a présenté, que peut être résumé le début de son parcours en tant que patiente diagnostiquée avec des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Assia vivait dans une situation familiale qu'elle a décrite comme conflictuelle donnant lieu à une tentative échouée de thérapie familiale, car le père a refusé de s'engager dans ce processus. De plus, des disputes éclataient fréquemment avec son frère qui l'insultait et, à de rares occasions, l'avait frappée.

4.4.3.1. *Assia et moi*

Dès notre première rencontre, Assia m'a, en quelque sorte, fascinée. Je ne crois pas que le mot soit trop fort. Son niveau de français, la clarté de son expression, le choix de ses mots, la mise en récit de son vécu, le recul vis-à-vis de sa propre situation et le courage dont elle faisait preuve pour venir trouver de l'aide m'impressionnaient. En l'écoutant lors de notre premier face à face, je songeais au fait qu'elle était en train de me faciliter une partie de mon travail.

Elle était proactive dans ma recherche et indépendante dans son parcours. Quelle simplicité pour moi ! Après avoir passé des semaines à ne pas comprendre grand-chose autour de moi, d'un seul coup, avec Assia, je comprenais – et cela grâce à ses capacités. Je la trouvais brillante, lucide, dotée de ce type d'intelligence réflexive qui donne aux personnes une sorte d'assise dans la vie. Elle réfléchissait et j'aimais cela.

Assia avait demandé à la secrétaire qui j'étais et quand Chadia lui avait sommairement expliqué que je faisais une recherche, Assia s'était dite intéressée et s'était montrée très vite enthousiasmée par mon travail. Chadia avait organisé notre rencontre. Par la suite, lors de nos rencontres, elle avait cherché à mieux comprendre ce qu'était l'anthropologie. Elle me conseillait des lectures de livres qu'elle aimait bien – dont un qui nous servira de trame de discussion, *Veronica décide de mourir* de Paulo Coelho. Face à l'apparente force qui était la sienne, ce roman ainsi que les questionnements et remarques qu'ils suscitaient chez elle rappelaient les moments sombres et douloureux qu'elle avait traversés.

Assia avait dix-sept ans lorsque je l'ai rencontrée en août 2014. Sa trajectoire de soins avait commencé en début d'année et j'ai été le témoin de son « aller mieux » (peut-être parlerait-elle de guérison). D'une certaine manière, je dirais que son parcours est une juste illustration d'une des formes d'utilité que la psychiatrie pour enfants et adolescents peut avoir puisqu'un passage par la consultation pédopsychiatrique avait permis à Assia d'avancer autrement. En cela, son histoire délivre une forme d'espoir, montrant de manière saillante, comparativement à d'autres parcours de soins et biographiques relatés, les bénéfices d'un travail psychothérapeutique. Déjà à l'époque de notre rencontre (et c'est toujours le cas), elle m'apparaissait comme un exemple de réussite médicale et sociale, de combativité individuelle et collective, symbole de cette nouvelle génération de patients portés par la démocratie sanitaire et le droit à la santé mentale pour tous dans un territoire façonné par un « néolibéralisme islamique »²⁰⁷ (Hughes Rinker, 2015).

4.4.3.2. *Se battre pour se faire soigner et pour guérir*

« Je me suis trouvée dans une impasse »

Assia était capable d'identifier à quel moment le trouble obsessionnel avec lequel elle avait été diagnostiquée avait surgi : ce qui, jusqu'à présent, faisait partie de sa nature – à savoir se poser des « questions existentielles, comme est-ce que l'islam est une religion juste ? Est-ce que Dieu existe ? » – était un jour devenu problématique. Comme elle l'a précisé : « j'ai pu réprimer ces questions-là, mais j'ai eu la capacité de les réprimer parce que j'avais plus ou moins une vie plus heureuse que maintenant, j'avais du temps libre donc j'ai pu réprimer toutes ces questions. » C'est quand cette « vie plus heureuse » a été suspendue que les difficultés ont débuté et elle fait coïncider le début de ses difficultés avec la fréquentation d'un garçon qu'elle « aimait » et qui « était très religieux ». Assia a donc

²⁰⁷ Par cette expression, C. Hughes Rinker souhaite rendre compte de la forme particulière et concrète que le (concept de) néolibéralisme suppose. En cherchant à comprendre les choix des femmes marocaines en matière de santé reproductive, elle analyse les notions d'autonomie et de responsabilité à la lumière des pratiques religieuses de ces (futurs) mères. Sa théorisation constitue un appui certain pour ma recherche car elle met à jour les intrications et les convergences entre idées néolibérales gouvernementales et compréhension religieuse individuelle (2015, p.228), socle du néolibéralisme bricolé visible dans les pratiques ordinaires des acteurs.

compilé une date et une raison aux changements de l'ampleur de ses questionnements et de leurs conséquences dans son quotidien.

« L'année dernière, les questions se sont déclenchées, un peu, j'aimais un garçon, il était très religieux, et il parlait toujours du voile et tu dois mettre le voile... je me suis inscrite sur un compte Facebook des libres penseurs... et j'ai trouvé que leurs arguments sont aussi convaincants donc je me suis sentie dans un dilemme, mais après une de mes amies m'a rendu visite, elle avait presque les mêmes questions que moi, on a commencé à discuter, discuter, discuter et je me suis trouvée dans une impasse, après, le jour même, j'ai décidé de mettre le voile, je me suis dit que tout cela m'arrive parce que je ne suis pas voilée parce que je ne respecte pas les ordres [...].

En quelques phrases, Assia a résumé le labyrinthe, « l'impasse », dans lesquels elle était prise, exposant les conflits et les complexifications de son cheminement intellectuel au fur et à mesure que le temps a passé et que les rencontres se sont enchaînées. Mais dans cet extrait éclosent également les grandes thématiques sociétales dans lesquelles la jeune fille est prise, montrant qu'au Maroc, comme en France, « [l]a santé mentale concerne l'enchevêtrement des rapports corps, esprit et société » (Ehrenberg, 2011, p.554). En effet, et le cas d'Assia est particulièrement saillant sur cet entrelacement, la psychiatrie des enfants et des adolescents est traversée, comme pour les adultes, par des questions relatives à l'affect et au politique. Ces deux dimensions renvoient à de plus vastes problématiques inhérentes à ce travail : premièrement, le corps des femmes comme enjeu des relations de pouvoir (genrées), ici visible autour de la question du port du voile (Allah Habib, 2018, p.243-246) ; deuxièmement, la place des réseaux sociaux et l'accès à Internet pour les jeunes générations du monde panarabe (Farha et al., 2015; Osella & Osella, 2007). Comme je le montre dans la suite de l'analyse des propos d'Assia, son parcours de soins, en plus d'apporter de nouveaux éléments aux problématiques relatives aux quêtes de sens et diagnostique, au travail de sentinelle, à la rupture biographique et au statut moral, met en avant les liens entre vécu intime et enjeux politiques. De plus, au lieu de passer par le discours des parents sur l'enfant ou l'adolescent pour rendre compte de ces aspects du parcours, les propos de la jeune patiente elle-même éclairent ces multiples problématiques.

« Je me posais ces questions existentielles beaucoup »

Assia, avec la pertinence qui est la sienne vis-à-vis de son parcours, a d'ailleurs été lucide quant aux problématiques sociales qui caractérisaient sa situation médicale. Elle a identifié ce qui a fait basculer ce problème « normal » (comme sa copine, elle se posait des questions) en une situation « pathologique » l'ayant conduite à consulter.

« Au début, je me posais ces questions existentielles beaucoup, en classe, quand je prenais ma douche, avant de dormir, tout le temps [...] des fois même quand je fais quelque chose qui me fait plaisir, comme sortir avec mes amies, voyager, etc., je me sens heureuse et je me dis voilà cette joie est temporaire, je vais redevenir triste, je vais ressentir la tristesse, c'est comme ça sur la terre.

Le basculement « du normal » des questions existentielles « au pathologique » de ressentir la tristesse est abordé sous l'angle d'une temporalité mesurable. L'utilisation d'expressions créant une gradation (telles que « tout le temps » « beaucoup » « des fois ») dévoile sa manière de construire le problème par lequel elle a été affectée. En mettant en place une échelle afin d'autoévaluer ses comportements et leurs modifications à travers le temps, Assia a fait preuve d'un travail de sentinelle, et donc d'une certaine forme de responsabilité vis-à-vis de son propre corps, tout en fournissant les extrêmes (joie et tristesse) du continuum sur lequel l'intensification des questionnements est devenue pathologique. Mon analyse du raisonnement d'Assia fait écho à l'approche de George Canguilhem pour qui le normal est « un concept dynamique » (Canguilhem, 1991, p.177) et la règle « une fonction de correction surgi[e] de l'infraction même » (*Ibid.*, p.178). Le rapprochement entre les propos d'Assia et la théorisation de George Canguilhem fait prendre conscience du fait que la jeune fille m'a, d'une part, rendu compte du « normal » tel qu'elle l'avait créé dans l'épaisseur de son quotidien, et d'autre part, expliqué la règle pour définir ce qu'était une question existentielle « normale » (qui peut être associée à l'échelle instaurée) telle qu'elle l'avait pareillement bricolée avec la matière de son expérience corporelle. Qu'il s'agisse d'une « infraction » (*Ibid.*), ou d'une irruption au sens de Bury (1982), de la pathologie, celle-ci s'est matérialisée sous forme de questionnements auxquels Assia a appliqué cette règle qu'elle avait elle-même inventée et définie par l'endroit (classe, douche, lit) et la fréquence (tout le temps, beaucoup, des fois). Ce passage par George Canguilhem permet de montrer comment un individu peut, dans les quêtes de sens et diagnostique qui sont les siennes, articuler différents états émotionnels ainsi que des temporalités et actions distinctes en les situant sur un continuum de valeurs singulières construites à partir de son quotidien. Pour les familles précédemment présentées, j'ai introduit les rapports aux normes médicales dans l'autoévaluation du

développement des enfants ou adolescents. Pour Assia, comme pour Mufida d'ailleurs, les données apportées paraissent plus intimes, mais elles n'en demeurent pas moins, au premier abord, le reflet des attentes (*a priori*) individuelles ou parentales.

Dans son souci de comprendre les mutations ayant entraîné un passage de la psychiatrie à la santé mentale, Alain Ehrenberg s'attarde tout particulièrement sur les comportements individuels des patients-citoyens (1997). Il semble que le travail de sentinelle réalisé par Assia peut être lu à la lumière de la théorie de cet auteur qui stipule que, conformément à « une nouvelle configuration normative » sociétale, le patient-citoyen (ici Assia) se retrouve « à la source de la norme ». À propos de cette « configuration normative », il écrit :

« [...] chacun [...] doit arrimer sa conduite sur lui-même et se mettre en avant : l'expérience du monde et de soi se brouille [...]. L'augmentation de la responsabilité nous rend, dans son mouvement même, plus vulnérables, car elle suppose d'accroître la capacité de chacun à agir à partir de son autorité privée et de son jugement personnel sans lesquels on bascule dans l'impuissance et la souffrance psychique. » (*Ibid.*, p.67)

L'analyse d'Alain Ehrenberg fait tout particulièrement sens lorsqu'il s'agit de mettre en avant les dimensions sociopolitiques de la mise en récit faite par Assia. En effet, l'arrimage de ses conduites sur elle-même par la création de signes quantifiables, la variation de ses capacités ainsi que l'impuissance et la souffrance psychique auxquelles elle a été confrontée sont autant de points qu'il convient de souligner pour comprendre dans quelle mesure elle est une forme d'archétype de la patiente contemporaine pour qui les problèmes quotidiens sont énoncés dans le langage psychologique (*Ibid.*).

À propos du Maroc et des attentes en termes de santé qui reposent sur les citoyens, Cortney Hughes Rinker a fait le constat, en étudiant certains discours du Roi, que dans la rhétorique gouvernementale, il est également attendu d'eux qu'ils soient des acteurs responsables de leur vie et de leur santé (2015, p.229). Cependant, dans son article sur l'usage des programmes de santé reproductive par des habitantes de Rabat, elle a montré comment ces discours ne s'imposaient pas aux femmes, dévoilant le travail de réappropriation de ces nouvelles normes médicales par une lecture singulière du Coran. Cet « assemblage » mentionné par Cortney Hughes Rinker est particulièrement pertinent pour comprendre l'action d'Assia qui a elle-même cherché des réponses auprès du monde médical tout en continuant de sonder ce que la doctrine musulmane pouvait lui indiquer de faire. Son approche centrée sur l'individuel et le quotidien pour aborder l'impact des politiques de santé publique renforce l'idée avancée à propos des autres enfants et adolescents étudiés dans ce

travail : c'est dans l'analyse du quotidien que se comprend l'émergence des problèmes et les solutions recherchées. Mélange de biographie personnelle et d'influence gouvernementale, les parcours de soins des enfants ou adolescents et de leurs familles résultent des obligations individuelles à prendre soin d'eux qui peuvent être perçues comme une norme médicale tout comme un principe religieux (Hughes Rinker, 2015). Trame commune à l'ensemble des patients et de leurs proches, le quotidien et les pratiques des sentinelles pour le traiter, le découper et le séquencer, constituent le terreau des propos des familles sur ce « quelque chose qui ne va pas » – point d'ancrage qui permet de fonder l'ensemble de mon argumentaire.

Les idées existentielles d'Assia étaient certes omniprésentes, mais de surcroît, comme elle me l'a expliqué, elles l'empêchaient « d'analyser » les problèmes qu'elles provoquaient. Ainsi, en plus de l'affluence massive de questions qui la submergeait, les stratégies de résolution qu'elle mettait d'ordinaire en place pour y répondre n'aboutissaient plus.

« J'essaie d'analyser cela, mais... chaque fois que j'ai un problème, je prends un stylo pour analyser la situation, mais je me sens incapable et je m'évade, je m'évade [...]. Chaque fois que j'ai des questions, je veux chercher des réponses, mais je me sens toujours incapable. C'est presque dans toute ma vie, chaque fois que j'ai un problème je veux l'analyser. Il y a quelque chose qui freine le processus d'analyse dans le cerveau, c'est comme si quand j'arrive à une étape, après je ne peux plus, avant je pouvais, je pouvais par exemple résoudre un problème, mais maintenant je n'y arrive pas.

Dans cet extrait se retrouve une idée d'ores et déjà argumentée à propos des parents d'autres enfants : les manières d'être et d'agir des patients et de leurs proches sont emprunts de rationalité (celle définie dans leur propre monde), par opposition aux professionnels du milieu médical (Baruch, 1981). Assia a voulu faire entendre comment elle avait tenté, avant de venir chercher de l'aide, de régler le problème seule. En procédant ainsi, sa propre rationalité, évoquée à demi-mot, donne à voir un trait de caractère qui, comme souligné par les auteurs réfléchissant à la démocratie sanitaire, fait du patient un acteur autonome et capable de prendre des décisions quant à sa santé (Bureau & Hermann-Mesfen, 2014; Moumjid-Ferdjaoui & Carrère, 2000). Au-delà du fondement moral de son action, elle apparaît comme un individu responsable, capable de décisions adéquates, une patiente autonome, insistant sur ses capacités. Mais, comme le concluent Alain Ehrenberg à propos des adultes (2005) et Laurence Gavarini sur les enfants (2006), je perçois que ce droit à

l'autonomie – associé à la notion de démocratie sanitaire – est en fait une injonction à l'autonomie et au contrôle de soi (notions toutes deux fortement incorporées chez Assia). J'y reviendrai plus amplement dans la suite de ce travail, mais il est intéressant de noter que dès notre premier entretien, ce rapport à l'autonomie comme initiative individuelle était perceptible chez Assia.

« Je ne voulais plus vivre [...] il y a un très gros poids dans ton cœur »

Dans les propos d'Assia, nous retrouvons l'identification d'un avant et d'un après : un événement extérieur – la rencontre avec un garçon – engendre des changements vis-à-vis de ses manières habituelles d'être et d'agir. Le fait qu'elle ne parvienne plus à réprimer ses idées et qu'elle ne réussisse plus à résoudre les problèmes comme auparavant a constitué le fondement des difficultés avec lesquelles elle n'allait plus pouvoir vivre. À propos de ces pensées et de leur prégnance, elle a précisé :

« [...] il m'est arrivé pendant quelques mois à chaque fois que je voulais dormir, je disais mon dieu si tu existes vraiment fait en sorte que ce jour-là soit le dernier de ma vie [...] tellement je ne voulais plus vivre.

Au sujet de cette période de détresse immense, Assia ajoute « av[oir] trop souffert ». J'ai alors poursuivi mes questions pour comprendre quelle était cette souffrance et comment elle se manifestait corporellement. Sa réponse a été la suivante :

« C'est une sensation, c'est comme si ton corps, avant je me sentais comme un terrain de combat, ces questions se posent, un argument contre un argument c'est comme si tu étais déchirée et euh c'est comme s'il y a un très gros poids dans ton cœur, tu ne peux plus, tu ne peux pas le supporter, tu parles aux gens et tout et rien ne peut atténuer la douleur.

Assia était capable de mettre en mots et en images sa souffrance. Si le déclenchement du problème qui l'avait conduite à consulter un psychiatre était son incapacité à résoudre ses problèmes et à trouver des réponses aux questions qui la mettaient en branle, quelques mois après le début du traitement, elle était désormais en mesure d'analyser ce qui l'avait traversée et comment elle en avait été impactée.

« Avant l'été et après »

En analysant l'entretien mené avec Assia, j'ai constaté qu'elle opérait sur elle-même un travail de sentinelle. Ni sa mère ni son père n'ont été présents pour raconter les changements survenus chez leur fille. En revanche, Assia, à la manière des mères et des pères rencontrés, m'a signalé les éléments qui avaient éveillé chez elle une forme de doute, de trouble par rapport à son comportement. Lorsque je lui ai demandé comment elle avait su, comment elle avait eu l'idée de demander de voir une psychiatre, elle m'a répondu :

« Parce que j'ai remarqué une très grande différence entre mon caractère avant l'été dernier et après, après cet été dernier, euh, j'avais toujours la tête dans les nuages pendant les cours, je ne travaillais pas, je n'étais plus motivée, j'essaie, par exemple au lieu de travailler des exos de maths ou de physique, je passe du temps à lire autre chose, chaque fois que je me sens triste je mange et je dors après, je ne prie pas à temps ; j'ai porté le voile et je n'étais pas convaincue, ça me causait beaucoup de peine, je me sentais très très triste [...].

Au-delà de ses capacités à identifier ses propres manières d'être et d'agir dans une temporalité datée, je note que le portrait qu'Assia a dépeint d'elle-même réunit de nouveau les éléments employés par Alain Ehrenberg pour caractériser l'individu (potentiel patient) contemporain. Les propos d'Assia deviennent particulièrement limpides à la lumière de l'idée de « la fatigue d'être soi » développée par le chercheur français et traduite dans les mots d'Assia en termes de rêverie, d'abandon, de démotivation. Son incapacité à maintenir l'autodiscipline à laquelle elle était habituée a éveillé en elle doute et inquiétude (Ehrenberg, 2014b). De plus, le contrôle de soi et l'autoévaluation auxquels s'est prêtée Assia mettent en avant l'impression de rupture biographique que son parcours (lui) évoque. Dans son travail d'identification de ce qui lui est arrivé et la manière dont cela s'est produit, Assia a clairement repéré un avant et un après, argumentant avec des exemples concrets les raisons de son inquiétude envers elle-même.

« J'ai demandé à ma mère de m'emmener chez un psychiatre »

Face à la démotivation générale qui envahissait sa vie quotidienne et à son mal-être, Assia a donc cherché des solutions, en commençant par poser des questions à sa mère, aux professeurs ainsi qu'à ses amis. Puis, toujours plus affectée par la rumination des questions et perturbée par cette sensation d'être dans une impasse, elle a demandé à ses parents à voir des professionnels de santé mentale, mais elle a essuyé un refus, l'expérience de son frère n'ayant pas convaincu sa mère : « chaque fois que je demande à ma mère pour prendre un rendez-vous chez le psychiatre, elle refuse, elle me dit que mon frère a consulté des orthophonistes, des psychologues, des psychiatres, et ça n'a aidé à rien. » Assia m'a précisé : « j'ai demandé à ma mère de m'emmener, chez un psychiatre, elle n'a pas voulu, elle a dit que j'exagère, que je veux juste avoir l'expérience d'aller chez un psy [...]. » À cette époque, Assia restait enfermée, très souvent seule, et pleurait.

« Les deux premiers mois, j'aimais bien m'isoler, je ne voulais pas parler de mes problèmes, je m'enferme dans ma chambre et je pleure toute seule, et tout, il y avait presque trois fois ma mère, où elle m'a vu en train de pleurer, je lui racontais juste une partie de ce que je sentais je me sentais mieux après et puis ça recommençait.

Assia ajoute que sa mère lui avait recommandé de lui parler de ce qui n'allait pas, de l'écrire, rétorquant à plusieurs reprises que « ça ne sert à rien d'aller chez le psy. » Mais comme elle l'a décrit, Assia continuait d'aller mal, jusqu'au moment où la mère n'a plus pu ignorer le(s) problème(s) de sa fille : « et puis elle a remarqué que j'étais... j'ai fait de la boulimie, chaque fois que je m'énerve, je mange, je mange et puis je dors tout le temps ». Si, d'après Assia, sa mère était devenue, pour un certain temps, plus attentive à ce que sa fille endurait, il y a eu un moment particulier qui a fait basculer la situation, amenant la mère d'Assia à changer d'avis :

« Et puis une fois j'ai fait, c'était comme une crise d'hystérie je me suis réveillée le matin pour aller à l'école je me suis sentie très très très triste, j'ai commencé à casser tout autour de moi, je pleurais sans cesse, j'ai fait une crise d'hystérie et ma mère m'a emmenée à l'hôpital.

C'était à ce moment que ce qui n'allait pas pour Assia était également devenu, pour sa mère, une préoccupation nécessitant une solution extérieure : tant que les difficultés étaient contenues en la personne d'Assia, le problème était resté en suspens dans l'espace familial,

sans que la mère éprouve le besoin d'intervenir, mais face au débordement physique (le moment où les objets ont été cassés, les larmes sorties et visibles, les émotions non contrôlées dans l'espace partagé par tous les membres de la famille), une solution avait été amorcée. Nous retrouvons ici le paradoxe soulevé à propos des adolescents considérés en marge de leur famille qui, passant par un repli, comme Mufida et Assia, implique une réorganisation spatiale et relationnelle des familles. Une action caractérisée par un acte individuel et solitaire devient un problème familial affectant le groupe. Tant que les sentiments étaient contenus, étouffés et ainsi non visibles, l'équilibre se maintenait, mais l'empiètement dans l'espace familial avait changé la donne en termes de répercussions dans ce même lieu et pour les personnes y vivant. Comme dans le cas de Mufida, une série de données est énumérée dans le récit d'Assia : la dégradation du corps, le non-contrôle des émotions, la perte de certaines capacités. Par la mise en mots face à moi, les sentinelles (mère, père ou patient) ont rapporté les tentatives de compréhension pour faire face aux brèches notées dans la routine quotidienne jusqu'alors en place.

Dans l'ensemble des verbatim sélectionnés pour rendre compte de l'histoire d'Assia se retrouvent la régularité et la rigueur avec lesquelles elle a rapporté les divers signes, les manifestations physiques qui l'ont, au fil des mois, amenée à construire l'argumentaire de la nécessité de consulter « un psy ». Elle a réalisé, à la manière des sentinelles parentales, une objectivation de son propre corps sur la base de la science médicale, construisant « la légitimité sociale » du besoin d'une intervention professionnelle pour l'aider à sortir de l'impasse dans laquelle elle disait se trouver et qui la faisait souffrir (Bury, 1982, p.172-173). Comme Michael Bury, à la suite de Fabrega et Manning, le note dans son article sur les ruptures biographiques, la séparation de la maladie du soi (« *the separation of disease from self* ») est « a powerful cultural resource » (*Ibid.*). Parler à sa mère n'avait pas été suffisant, les professionnels étaient ceux qui pouvaient traiter son cas. Puis, comme argumenté par Michael Bury et analysé plus récemment par Alain Ehrenberg, à la légitimité de sa requête s'est associée la responsabilité, deux notions qui ont traversé le parcours de soins d'Assia. Cependant, contrairement à Michael Bury qui décèle une contradiction dans le fait que la maladie soit, dans le même temps, une force extérieure et une donnée omniprésente dans l'ensemble de la vie du malade (ce qui, pour l'auteur, rendrait délicate la séparation de soi de la maladie), Assia a réussi l'exercice identifié par Alain Ehrenberg – le choix personnel et l'initiative individuelle, c'est-à-dire être un patient autonome (2011,

p.555). Ainsi, Assia a pris la responsabilité d'être actrice de sa santé, en s'appuyant sur un point essentiel des sociétés contemporaines : le primat des émotions et des affects et le positionnement central de la subjectivité dans la vie sociale, couplés à une convergence de nouveaux savoirs sur la vie psychique (Donzelot & Ehrenberg, 2010, p.10)²⁰⁸.

²⁰⁸ Pour le moment, je mets de côté le reste de l'argumentation d'Alain Ehrenberg, notamment en ce qui concerne les questions d'égalité et de « faire société » qui sembleraient prématurées au stade de cet écrit, même si je montrerai que la « dépsychologisation » à laquelle l'auteur incite est un travail nécessaire pour (également) comprendre et interroger autrement la vie humaine et les relations sociales au Maroc (comme en France) (2011, p.556).

Partie III

Soigner les enfants et les adolescents troublés

Apprendre le *care* par le corps à Al-Balkhi

Chapitre 5.

Apprendre à être un enfant ou un adolescent compétent

Comment les enfants sont-ils amenés à changer leurs comportements définis comme problématiques ? Dans quelles mesures l'idéal d'autonomie est-il poursuivi dans la clinique des enfants ? Quelles sont les implications de cette poursuite éventuelle ?

Dans la partie II, j'ai pris le soin de peindre le contexte hospitalier dans lequel les (psycho)thérapies ((ré)éducatives) sont dispensées. Cette description a été l'occasion de montrer les dynamiques sociales à l'œuvre à Al-Balkhi, tant du côté des parents, en présentant la configuration spatiale du lieu et leurs manières de s'y mouvoir et d'y opérer, que de celui des professionnelles, en introduisant les formations suivies et les outils de la clinique. En outre, j'ai rendu compte, en rapportant les propos des parents, et parfois des enfants et/ou adolescents, ce qui pose problème et conduit les familles à consulter. Ce tableau constitue l'arrière-plan nécessaire à l'appréhension de ce que les enfants et les adolescents accomplissent en (psycho)thérapies ((ré)éducatives).

Dans ce chapitre, je me recentre sur les deux questions principales de ce travail : que font les enfants en (psycho)thérapies et que font les psychothérapies aux enfants ? Pour répondre à ces questions, je dévoile comment les (psycho)thérapies ((ré)éducatives) sont mises en place, avec quels moyens, avec quels objectifs (explicites ou implicites) et quelles visées (conscientes ou involontaires). Je prends appui sur les observations menées en séances d'orthophonie et de psychomotricité ainsi qu'en consultations avec les psychiatres, pour rendre compte des manières dont les professionnelles travaillent à l'aller-mieux et/ou à la guérison des enfants et des adolescents. Avec ce chapitre, je dévoile les implications pratiques d'un contexte (psycho)thérapeutique axé uniquement sur le paradigme des thérapies cognitivo-comportementales où la place du corps est centrale. « Les

comportements » étant la grille de lecture employée par les professionnelles pour établir un diagnostic et proposer des solutions, les (psycho)thérapies ((ré)éducatives) se concentrent sur le corps pensé comme le vecteur vers cet aller-mieux ou vers la guérison. Ainsi, dans la perspective adoptée par les professionnelles de ce service, si les comportements sont le problème, ils sont aussi la clé, d'où la nécessité de travailler à leurs modifications²⁰⁹. Toutefois, ce chapitre constitue un élément central de la réflexion de la thèse défendue dans ce travail puisqu'il permet justement de saisir ce qui se joue au-delà de ces modifications comportementales visées par les professionnelles, en montrant qu'un travail sur soi (sur le corps, au sens de la clinique étudiée) est un travail de soi (englobant l'entièreté de la personne) au cours duquel une compétence morale, au sens des éthiques du *care*, est acquise par les enfants et adolescents

À travers les descriptions de séances et de consultations produites, je conclus que quels que soient les enfants et les adolescents, l'exercice des métiers d'enfant et d'adolescent, malgré un contexte disciplinaire strict, les amène à être des acteurs de la thérapie agissant au-delà de la contrainte imposée, dans le sens où ils participent au travail médical ou thérapeutique. Cette idée implique que la thérapie se fait certes avec eux, mais aussi *par* eux : leur engagement (ou désengagement) fait que ce travail peut, ou non, avoir lieu – admettant que, comme pour toute thérapie, il n'est pas assuré qu'elle apporte les effets escomptés. En montrant dans quelle mesure ils sont acteurs de leur thérapie, je montre leur rôle dans leur parcours de soins, valorisant le fait que ce dernier ne dépend donc pas uniquement des liens tissés entre parents et soignants et que les effets de la thérapie correspondent, ou non, aux attentes formulées par les adultes.

Pour ouvrir ce chapitre, je présente les principaux ancrages théoriques privilégiés et ce qu'ils permettent d'appréhender du travail accompli par les professionnelles. J'introduis l'idée de « cadre » d'Erving Goffman (Erving Goffman, 1991), et affine sa définition à partir du travail de Livia Velpry en psychiatrie adulte (Velpry, 2008), pour comprendre le contexte interactionnel spécifique que sont les séances et les consultations pédopsychiatriques, lui-même nommé « cadre » par les professionnelles. Cette notion est par ailleurs utile pour comprendre la centralité de l'école dans les entretiens et les observations. Il ressort qu'une

²⁰⁹ La thèse défendue dans ce travail implique justement de saisir ce qui se joue au-delà de ces modifications comportementales visées par les professionnelles, pour montrer qu'un travail sur soi (sur le corps, au sens de la clinique étudiée) est un travail de soi (englobant l'entièreté de la personne) au cours duquel une compétence morale, au sens des éthiques du *care*, est acquise par les enfants et adolescents.

superposition entre le cadre thérapeutique et le cadre scolaire se produit, phénomène dont j'approfondis la compréhension et les ressorts avec les notions de « métiers d'élève » et « métier d'enfant » pensés par Philippe Perrenoud (1995), Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot (1973) et Pascale Garnier (2019). J'aborde également l'idée de discipline que j'identifie comme la règle du « cadre » étudié. Par la suite, suivant la pensée de Michel Foucault, mon analyse repose sur la « discipline » et ses effets sur les corps devenant « dociles ». Montrant le caractère disciplinaire des thérapies mises en œuvre, j'analyse leur organisation, techniques et méthodes, dévoilant ainsi le « travail médical » accompli par les professionnelles ainsi que par les enfants et les adolescents. Je montre ainsi comment le corps des enfants, quel que soit le problème diagnostiqué, est soumis à un travail sur soi et, conséquemment, à des formes de *travail de soi*. Je traite par ailleurs des régimes d'action tels que définis et employés par Livia Velpry : un registre d'action correspond à un ensemble d'actions accomplies par les professionnelles pour agir sur et interagir avec les patients. J'en ai identifié deux qui serviront de trame dans la suite du chapitre. Le premier régime (qui sera exploré principalement avec les cas d'Amar et Rezik) est-ce que j'ai nommé « apprendre par et avec les adultes » : il qualifie les actions entreprises par les professionnelles avec les enfants jugés « sans limites ». Pour ces enfants, ce sont uniquement des thérapies (ré)éducatives qui sont proposées. Le second (qui sera détaillé avec les cas d'Assia, de Mufida et de Faraj) s'intitule « apprendre par soi » et correspond aux actions accomplies avec les adolescents considérés en marge de leur famille. Pour ces adolescents, une thérapie de type psychothérapeutique est offerte. Je termine la partie introductive avec l'idée de relation thérapeutique, qui permet d'interroger les manières dont professionnelles et enfants construisent leur relation de travail (médical) ainsi que de questionner le rôle d'acteurs des enfants et des adolescents dans la thérapie. À la suite de cette introduction théorique, je décline les différents cas à la lumière des concepts introduits. Pour les enfants jugés « sans limites » par leurs parents et suivis en thérapies (ré)éducatives, je montre comment le régime d'action « d'apprendre par et avec les adultes » est mis en œuvre par les professionnelles *et* les enfants malgré le peu d'initiative qui est donné *et/ou* prêté aux enfants. Pour les adolescents considérés en marge de leur famille par leurs parents et suivis en (psycho)thérapie, je montre que la rationalité constitue le fondement du travail médical durant lequel ils doivent apprendre le contrôle de soi.

5.1. Corps et techniques de soi : apprendre par le corps

5.1.1. Le cadre

Dans le chapitre 4, j'ai détaillé les éléments amenant les parents et les enfants à consulter en psychiatrie. J'ai expliqué comment (sous quelles formes cela se manifestait) et pourquoi (en fonction de quelles attentes) les interactions entre les parentes et les enfants deviennent quasi impossibles sur le long terme. J'ai mis en avant, pour reprendre les qualificatifs employés par Erving Goffman, le « caractère destructeur » de ce *quelque chose qui ne va pas* et qui motive chaque famille à rechercher des solutions auprès des professionnelles de pédopsychiatrie.

Le cadre est un élément central dans l'analyse des interactions quotidiennes développée par Erving Goffman. Dans son ouvrage intitulé *Les cadres de l'expérience* (Erving Goffman, 1991), le sociologue américain définit ce qu'il entend par cadre, expliquant que « deux grandes classes de cadres primaires » existent dans nos sociétés : les cadres naturels et les cadres sociaux. Les premiers font références aux « occurrences qui ne sont pas ordonnées ou orientées, qui ne sont pas pilotées ou animées, qui sont « purement physiques » » (par exemple (*Ibid.*, p.30) ; les deuxièmes sont quant à eux « animés par une volonté ou un objectif et [...] requièrent la maîtrise d'une intelligence ; ils impliquent des agencements vivants, et le premier d'entre eux, l'agent humain. » (*Ibid.*, p.31). Dans ce chapitre (et les suivants), la notion de cadre social employée fait référence à la définition d'Erving Goffman (à l'exception de l'usage attribué aux professionnelles et signifié par des guillemets). L'approche par le cadre social est particulièrement pertinente car elle permet d'appuyer le fait que les actions « pilotées impliquent des motifs et des intentions ». L'auteur met en avant le fait qu'elles sont attribuées aux agents pour comprendre le cadre social qu'ils mettent en œuvre. Il s'agit d'ailleurs de l'objectif de ce chapitre qui consiste, je l'ai dit précédemment, à montrer dans quelles mesures les enfants et les adolescents participent aux (psycho)thérapies ((ré)éducatives), c'est-à-dire les manières dont ils mettent en œuvre, avec les professionnelles, les cadres sociaux des traitements reçus. Si Erving Goffman s'attache à comprendre ces cadres, et notamment les règles sociales qui les régissent (« chaque cadre social comporte ses propres règles »), les « normes » et « l'évaluation sociale » à laquelle ils sont soumis (*Ibid.*, p.31), je montre pareillement le fonctionnement de ces cadres ainsi que les façons dont les enfants et les adolescents apprennent ces règles, s'y plient plus ou moins,

les manipulent ou encore les ignorent, car comme le souligne l'auteur, « [c]et agent n'a rien d'implacable » (*Ibid.*), son respect des règles n'est pas infaillible. L'intention identifiée par Erving Goffman, « l'agent doit prêter attention à toute une série de choses qui porte conséquences » fait écho au sens de l'importance propre aux théories du *care* sur lesquelles je m'appuie et m'aide à produire une jonction analytique entre le cadre d'un côté et son fonctionnement via la participation des enfants et adolescents de l'autre.

À propos de la psychiatrie et des interactions s'y tenant, Livia Velpry écrit :

« C'est parce que les psychiatres et plus généralement les soignants désamorcent ses ravages (*de la maladie psychiatrique*) en modifiant le cadre des interactions qu'ils s'en protègent et que l'institution psychiatrique constitue ce lieu à part. La psychiatrie, et en particulier la psychiatrie de secteur, se caractérise donc par le fait qu'elle est un des lieux institutionnels où il existe *un cadre pour ces décrochages de cadres.* » (2008, p.35)

S'appuyant sur la perspective goffmannienne des troubles mentaux, Livia Velpry souligne ainsi que l'institution psychiatrique est un lieu au sein duquel les interactions jugées comme impossibles à vivre pour les familles sont reçues et perçues autrement par les soignants. L'acceptabilité des manières d'être et d'agir des enfants et des adolescents tient au fait que le « cadre » de l'hôpital définit des attentes et des normes différentes de celles de l'école ou du foyer par exemple.

Les propos tenus par les professionnelles d'Al-Balkhi m'incitent à dire qu'ils ont, en partie, une perspective similaire. Elles considèrent que le « cadre » (terme qu'elles utilisent) des interactions parents/enfants n'est plus (ou pas) adéquat pour contenir ou pour gérer les comportements des enfants. Autrement dit, d'un point de vue socio-anthropologique, ce « cadre » qu'est leur quotidien ne permet plus d'accueillir les manières d'être et de faire des enfants – expliquant les difficultés que familles vivent et/ou traversent. Conformément aux propositions de Livia Velpry, et à la suite de mes observations et échanges, il est possible d'affirmer que le service pédopsychiatrique d'Al-Balkhi est un lieu où un changement de cadre – correspondant à une modification des attentes et des normes en vigueur vis-à-vis des patients – s'opère. Comme l'auteure le pointe d'ailleurs par la suite :

« Il ne s'agit pas ici de dire que les professionnels de la psychiatrie seront plus compréhensifs ou ouverts vis-à-vis de ces perturbations mais qu'ils les inscrivent dans un cadre où elles ont une place et qui neutralise leur caractère socialement destructeur. » (*Ibid.*, p. xx)

Comme je le montrerai par la suite, dans le contexte d'Al-Balkhi, la neutralisation dont parle Livia Velpry correspond au travail singulier accompli par les professionnelles, avec pour objectif de réguler « le caractère socialement destructeur » des comportements des enfants. En effet, si le cadre proposé aux enfants pendant les séances et les consultations est différent de celui de la famille, ou de l'école et rend les interactions des professionnelles avec les enfants possibles (contrairement aux interactions impossibles en dehors de celui-ci), le passage par ce cadre implique toutefois d'apprendre à s'y conformer. Les descriptions des consultations et des séances à venir présenteront les caractéristiques de la mise en œuvre de ce nouveau cadre proposé et imposé aux enfants et aux adolescents. Il apparaît que l'hôpital pédopsychiatrique, et en particulier les consultations et les séances, constitue un lieu de transformation au sein duquel les enfants et les adolescents expérimentent un nouveau cadre, avec l'obligation de s'y inscrire, l'hôpital devenant ainsi ce lieu où il existe *un cadre pour recadrer les manières d'être et d'agir, redéfinir les limites, qu'il s'agisse de contenir les débordements* des enfants jugés sans limites ou de faire bouger les marges des espaces au sein desquels les adolescents considérés à la marge se trouvent.

Cette réflexion sur les cadres sociaux est par ailleurs utile pour interroger la portée du rapprochement qui est parfois opéré tant par les professionnelles que par les enfants entre l'hôpital (c'est-à-dire le cadre thérapeutique des séances) et l'école (le cadre scolaire). En effet, dans les propos relevés et dans les faits observés, transparait l'idée que l'hôpital est un lieu d'apprentissage du « métier d'élève » – un métier caractérisé par l'exercice du rôle d'élève (Perrenoud, 1996) que les enfants accomplissent dans le contexte scolaire, avec cette injonction toutefois repérée dans le cadre thérapeutique qui consiste à les amener à exercer avec succès ce métier, sous peine, comme je le montrerai, que la prise en charge soit interrompue. En outre, l'apprentissage de ce métier d'élève tel que mis en œuvre par les professionnelles fait apparaître des contradictions, une « ambivalence » pour reprendre les remarques de Chamboredon et Prévot qui utilisent, contrairement à Philippe Perrenoud, le terme de « métier d'enfant » pour analyser ce qui est attendu et imposé aux enfants à l'école. Je m'approprie cette notion, car elle permet de dénouer certaines tensions, notamment en lien avec la place de « l'autonomie » identifiée par les auteurs dans le cadre scolaire et par moi-même dans le cadre thérapeutique.

5.1.2. La discipline

La discipline est la règle du cadre et je considère que le travail engagé pour modifier les comportements des enfants et des adolescents repose sur un travail disciplinaire.

M'appuyant sur l'ouvrage *Surveiller et Punir* (1975) de Michel Foucault, j'entends par « discipline » cet ensemble de techniques et méthodes qui visent à produire des « corps dociles », c'est-à-dire des corps qui puissent s'inscrire dans le cadre en vigueur dans les consultations et les séances. À propos des corps dociles, Michel Foucault écrit : « [...] la notion de “docilité” [...] joint au corps analysable le corps manipulable. Est docile un corps qui peut être soumis, qui peut être utilisé, qui peut être transformé et perfectionné » (*Ibid.*, p.160). La thérapie pratiquée dans le service d'Al-Balkhi établit un lien entre corps analysable (dans une perspective médicale) et corps manipulable – d'autant plus manipulable qu'il s'agit, comme je l'ai expliqué au chapitre 3, de corps d'enfant en devenir et donc inachevé. À l'instar du soldat dont l'image se fabrique dans la seconde moitié du XVIII^e siècle (Michel Foucault), je formule l'idée que le regard médical porté sur les corps des enfants les rend intelligibles établissant un lien entre « corps docile », contrôlé et discipliné, et « corps transformé », répondant aux attentes et normes sociales. Ainsi, en m'appuyant sur l'argument développé par Michel Foucault dans le chapitre « Les corps dociles », je fais l'hypothèse que le pouvoir thérapeutique – la capacité de la thérapie à modifier les comportements – vient de la discipline, entendue comme l'art de la répartition, le contrôle de l'activité, l'organisation des genèses, et notamment la place de l'exercice, et la composition des forces.

Néanmoins, je m'écarte d'une partie des conclusions du philosophe concernant l'assujettissement supposé des sujets : comme il l'écrit, la discipline « dissocie le pouvoir du corps ; elle en fait d'une part une “aptitude”, une “capacité” qu'elle cherche à augmenter ; et elle inverse d'autre part l'énergie, la puissance qui pourrait en résulter, et elle en fait un rapport de sujétion stricte » (*Ibid.*, p.162). Dans le cadre de mes observations, je constate en effet qu'en apprenant aux enfants le respect du cadre par le contrôle de soi, l'usage de la discipline permet dans une certaine mesure, de dissocier le pouvoir du corps : l'« aptitude » ou les « capacités augmentées » des enfants à se maîtriser souvent coïncident avec les attentes et parfois elles dépassent les anticipations des soignants. Un double processus se produit alors : des moments entièrement dédiés à l'apprentissage de capacités nouvelles, avec des comportements dociles et assidus dans la lignée du « cadre » (im)posé ; et d'autres

moments où la maîtrise espérée de la puissance enfantine n'aboutit pas aux effets escomptés, dévoilant, au travers de leurs débordements par exemple, le pouvoir des enfants à ne pas être dans un « rapport de sujétion stricte » (*Ibid.*, p.162). Dans le premier cas, les enfants sont félicités et leur travail est valorisé, dans le second cas surgit la possibilité de ne plus être reçus en séance ou en consultation, c'est-à-dire d'être amenés à arrêter la (psycho)thérapie.

5.1.3. Les « régimes d'action » chez Livia Velpry

Il convient de souligner que ce travail sur et de soi prend des formes multiples selon les enfants ou les adolescents suivis à Al-Balkhi. Pour rendre compte de ces nuances, je complète la perspective foucauldienne par l'emprunt à Livia Velpry de l'idée de « régime d'action » développée pour qualifier les « modes d'action » de professionnelles de la psychiatrie de secteur accueillant des patients adultes (Velpry, 2008). Un régime d'action correspond à un ensemble d'actions accomplies par les professionnelles pour agir sur et interagir avec les patients et implique de clarifier et caractériser les valeurs et les savoirs sous-jacents à ces actions²¹⁰. Ainsi, comme le note l'auteure, comprendre les régimes d'action équivaut à caractériser « les différentes façons d'ordonner le monde, dans lesquelles différentes actions forment un arrangement avec d'autres actions, des valeurs et des savoirs » (Velpry, 2008, p. 146). En ce qui concerne les professionnelles d'Al-Balkhi, j'ai identifié deux régimes d'action ayant comme valeur ordonnatrice commune (autour desquels les arrangements se forment) l'« autonomie » (au sens défini par les professionnelles présentées ci-après) : le premier régime, « apprendre par et avec les adultes », qualifie les actions entreprises par les professionnelles avec les enfants jugés sans limites ; le second, « apprendre par soi », correspond aux actions accomplies envers les adolescents considérés à la marge. Je développe dans ce chapitre l'idée qu'à chaque régime d'action – et donc selon les divers degrés d'autonomie que les professionnelles assignent aux patients – correspond des manières de soigner.

²¹⁰ Livia Velpry a identifié 3 régimes : « laisser faire » « faire pour » et « faire avec ».

5.1.4. L'autonomie : un objectif visé mais un moyen masqué

J'ai identifié l'autonomie comme la valeur centrale des régimes d'action déployés en séance et en consultation. En tant que capacité à faire et à décider pour et par soi-même, elle est, selon les professionnelles, la caractéristique qui doit, *in fine* (donc après le passage à Al-Balkhi), qualifier les actions des enfants. Pour le dire autrement, s'ils doivent apprendre à (re)cadrer leurs comportements, c'est pour devenir autonome. L'autonomie, au sens attribué par le corps médical d'Al-Balkhi, peut se manifester sous diverses formes « fonctionnelles » et à des degrés distincts, « inférieurs » ou supérieurs ». Plus concrètement, le Professeur Alaoui indique que l'autonomie de « niveau inférieur » permet à l'enfant, par exemple, de manger, de s'habiller, de faire sa toilette seul. Comme cela sera montré à travers les descriptions des séances, différents types d'« exercices » s'apparentant au régime d'action d'« apprendre par et avec les adultes » sont accomplis afin que les enfants apprennent à maîtriser ce type d'autonomie. Le Professeur Alaoui définit l'autonomie de « niveau supérieur », comme celle permettant par exemple à l'enfant de se déplacer, d'étudier ou encore de se faire des amis « tout seul », sans « avoir besoin de quelqu'un pour l'aider ». J'associe ce type d'autonomie au régime d'action d'« apprendre par soi » qui, comparativement aux deux autres régimes, se veut moins directif, mais maintient néanmoins l'existence d'un cadre et de règles, fixés par les adultes et que les enfants doivent suivre. Ainsi, d'après mes observations, si pour les plus grands, l'autonomie est considérée comme déjà présente mais devant être mieux contrôlée, utilisée à meilleur dessein, pour les plus jeunes, c'est un défaut d'autonomie qui doit être compensé via son apprentissage. Cependant, la description des séances montre que les enfants décident d'y participer, qu'ils soient petits ou grands, ce qui remet en question l'idée que seuls les plus grands sont autonomes et ce qui révèle le fait qu'elle est autant un moyen qu'un objectif. Ce constat, celle de définitions fluctuantes de l'autonomie, rejoint d'ailleurs les conclusions tirées par Livia Velpry au sujet de l'usage de cette notion chez les professionnels travaillant en CMP : il s'agit d'une « définition opératoire » actualisée en fonction de chaque patient (Velpry, 2008, p.308)²¹¹.

Toutefois, pour les professionnelles d'Al-Balkhi, mon analyse m'a permis de constater que la définition de l'autonomie varie – pas tant selon chaque enfant, mais plutôt en fonction

²¹¹ Dans son travail, Livia Velpry prend l'exemple de l'accès à des appartements thérapeutiques par les patients suivis au CMP. Selon le degré d'autonomie attribué par les professionnels aux patients, ils peuvent, ou non, avoir la possibilité de résider dans ces structures de prise en charge (2008).

des facteurs (essentialisés) que sont l'âge et le genre²¹² du patient ainsi que des parcours biographiques des parents. Si, pour la médecine, il apparaît que l'âge est une donnée objectivable et naturelle, comme dans le cas de la déficience intellectuelle, la socio-anthropologie a montré qu'il est le résultat d'une construction sociale : historiquement, en Europe (Diasio & Vinel, 2014) et ailleurs (Hedayat & Pirzadeh, 2001), l'âge est progressivement devenu un rouage administratif et ses limites sont décidées par l'État selon les formes de régulation sociale qu'il impose. De fait, l'élaboration de « pratiques de bornages » circonscrivant les phases de la vie s'accompagne de normes sociales et permet d'assurer le « bon développement » des populations ainsi gouvernées (Diasio & Vinel, 2014, p.9).

Dans le domaine de la médecine entre autres, ce « bon développement » est associé à certains apprentissages et acquisitions de compétences par les enfants (Favretto & Zaltron, 2014, p.224). Ces compétences sont des « capacités qui marquent les étapes du développement et s'améliorent au fil de la croissance de la personne » (*Ibid.*, p.222). Au quotidien, leur incorporation fait qu'un être est dit autonome s'il peut parler, marcher, manger, s'habiller, mais aussi écrire, lire, raisonner, sentir, analyser – éléments d'ailleurs mentionnés par le chef de service dans la définition de l'autonomie fonctionnelle qu'il donne. Afin de « dénaturiser » l'âge et d'« envisager ce que les Anglo-saxons appellent le "growing up" » (Turmel, 2006, p.72), les socio-anthropologues francophones de l'enfance et de la santé ont conceptualisé ce processus de « développement » en termes de *grandissement*, critiquant et élargissant le concept d'autonomie par la même occasion (*Ibid.*). Dans le monde médical, où une logique développementaliste prédomine (Béhague & Lézé, 2015), le passage d'un seuil d'âge à un autre est déterminant pour ajuster les solutions thérapeutiques : pour les plus jeunes, les parents doivent être stricts et fermes, alors que pour les plus âgés (les adolescents : Assia, Mufida), les parents doivent mettre en place un cadre souple et tolérant pour leur laisser la place de s'affirmer et de trouver leur voie/voix. Ainsi, en fonction du degré d'autonomie attribué, les rôles assignés aux enfants selon leur âge se traduisent par la mise en œuvre de divers régimes d'action. L'objectif thérapeutique est donc de réduire l'écart entre les compétences supposées acquises à leur âge (*chronologique*) –

²¹² Certains des éléments théoriques développés dans ce chapitre, notamment autour de la question du genre, ont initialement été publiés dans un article intitulé « *Self-control and bodily resources : teenage girls in the face of the paradox of sanitary democracy. Swiss and Moroccan case studies* » (2018), écrit en collaboration avec Margaux Bressan et Sarah Bonnard. E.

compétences *attendues* – et les compétences attestées par les diagnostics et bilans et correspondant à leur âge *fonctionnel* – compétences *virtuelles*²¹³.

Ainsi, de la variation d'autonomie accordée à chacun dépendra la marge de manœuvre décisionnelle donnée, laquelle sera elle-même modulée selon les méthodes disciplinaires employées (médecine, psychomotricité ou orthophonie). Quel que soit le niveau d'autonomie prêté aux enfants et adolescents, il est toujours pensé comme défaillant, inadéquat. Ainsi, l'autonomie est avant tout envisagée sous l'angle de ce qu'il faut atteindre, dans un futur plus ou moins proche. Dans tous les cas, il est question d'orienter la transformation des comportements des enfants, conçus, je le rappelle, comme des manifestations de troubles psychologiques et/ou psychiatriques, afin de les (r)amener vers les cadres dans lesquels ils sont ou devraient être inscrits, qu'il s'agisse de la famille, de l'école ou d'autres espaces sociaux de leur vie quotidienne. Si l'hôpital est un cadre au sein duquel les comportements « destructeurs » (des interactions et inscriptions sociales) sont acceptés – ou du moins tolérés à certains moments du travail thérapeutique –, ils doivent cependant impérativement s'y transformer au long cours. Dans le cas contraire, le travail cessera, le cadre (thérapeutique) proposé n'ayant pas vocation d'accueillir les enfants (et leurs parents) en les laissant faire ce qu'ils veulent (ou ce qu'ils peuvent) sans perspective d'évolution. Pour que le cadre thérapeutique soit maintenu, il faut que le cadre soit respecté et que les enfants agissent selon les régimes d'action imposés.

Toutefois, dans certains cas, les capacités de transformations des enfants ne servent pas, comme le souhaitent les professionnelles, à changer les comportements en vue de s'ajuster au cadre établi, mais elles facilitent d'autres manières d'agir et d'être et sont donc les signes d'une transformation avérée. L'autonomie (au sens des professionnelles), en tant que pratique, dote les enfants de capacités qui, comme je m'appliquerai à le montrer, favorisent leur extraction du cadre et du rapport de sujétion associé à leur soumission à la discipline instaurée. Selon la logique des professionnelles d'Al-Balkhi, si les changements comportementaux sont conformes au cadre, le degré et les capacités d'autonomie des enfants sont reconnus, mais si ces modifications conduisent les enfants à agir – certes seuls, mais différemment de ce qui est attendu –, alors elles sont ignorées, entraînant le déni de leurs capacités d'autonomie. L'autonomie du présent est ainsi balayée quand elle est contraire aux

²¹³ Nous choisissons le terme *virtuel* en référence à « l'identité virtuelle » supposée être l'identité corrélée à un diagnostic établi (Erving Goffman, 1963).

attentes, passant même inaperçue et conceptualisée comme une forme d'échec thérapeutique. D'un point de vue socio-anthropologique, cette autonomie permet pourtant de concevoir les enfants et les adolescents en tant qu'acteurs et actrices des soins dans leur vie quotidienne.

5.1.5. Le travail médical avec les enfants

Le cadre, avec pour règle la discipline et les régimes d'action et avec pour valeur organisatrice l'autonomie, sont donc les deux piliers des thérapies mises en œuvre à Al-Balkhi. En séances et en consultations, les professionnelles instaurent diverses règles et techniques en vue de transformer les comportements des enfants et des adolescents. Dans ce travail, il est attendu d'eux qu'ils se conforment au cadre et qu'ils se plient à la discipline dans de courts interstices, de quelques secondes ou minutes, délibérément donnés aux enfants ou « volés » par ces derniers qui opèrent alors « à couvert » (Mougel, 2012, p.36).

J'aimerais mieux comprendre la position assignée aux jeunes patients car mes observations en séances et en consultations m'incitent à penser, à la suite d'Isabelle Baszanger (1986) et des auteurs s'étant intéressés aux rôles des enfants dans leurs soins et à leur place à l'hôpital (Bluebond-Langner, 1980; Mougel-Cojocar, 2007b), que le travail, aussi cadré et normé soit-il par les professionnelles, ne peut se faire avec un patient passif : pour répondre aux régimes d'action instaurés et de respecter les règles en vigueur, le patient doit s'ajuster par de multiples actions et réactions. La présence de cadre et de discipline ne dispense pas les enfants d'un travail médical, au sens où Isabelle Baszanger l'écrit :

« Le malade est par nécessité au cœur du travail médical. Celui-ci s'effectue *pour et sur* [je souligne] les malades mais aussi avec les malades en ce sens qu'ils participent au sens factuel à leurs propres soins. » (Baszanger, 1986, p.12)

Les trois régimes d'action mentionnés sont les outils théoriques qui serviront à décrire le travail *pour et sur* les enfants qu'évoque Isabelle Baszanger (*Ibid.*). Quant au travail *avec* les enfants, à savoir le travail auquel les enfants participent au contrôle et/ou à la gestion de la maladie, c'est en filigrane de ces régimes d'action qu'il se profile.

Dans un article sur l'autonomie et la contrainte en service pédiatrique, Sarra Mougel, en référence à Anselm Strauss, note que « la contribution active des enfants [...] passe elle aussi

(comme pour les malades adultes) inaperçue » (Mougel, 2012, p.40). Comme je l'ai évoqué en introduction de ce travail, cette participation est encore plus invisible lorsqu'il s'agit d'enfants suivis en pédopsychiatrie puisque la recherche avec²¹⁴ les enfants présentant des troubles psychiatriques ou psychologiques ou handicaps n'est que très peu développée, laissant, de fait, ces questions de côté (Alderson & Goodey, 1996; Feldman et al., 2013; LeFrancois, 2013). Pourtant, comme le souligne Livia Velpry dont l'argument repose également sur les travaux d'Anselm Strauss et d'Isabelle Baszanger autour du concept de travail médical, un autre éclairage est porté sur la relation patient-professionnel lors que le travail des patients est remarqué, à savoir « une dimension temporelle et des objectifs pour l'action » (Velpry, 2008, p.133).

Pour mon terrain de recherche, je fais donc l'hypothèse que les présupposés relatifs à la capacité d'agir et de décider par soi-même des enfants sont un frein au fait de concevoir l'existence possible d'une relation thérapeutique avec les enfants plus jeunes, et dans une moindre mesure avec les plus grands, plutôt qu'avec leurs parents. Si la Dre Majd explique « travailler à l'alliance » avec les enfants afin d'influencer leurs comportements (chapitre 3), je constate que d'une manière générale, à Al-Balkhi, peu, voire aucune réflexion, n'est élaborée au sujet de la construction de la relation thérapeutique avec les grands, et encore moins avec les petits reçus. Ce vide n'est que peu étonnant : suivant la logique à l'œuvre (présentée en introduction et dans le chapitre 3), comment un enfant en devenir, inachevé, qui n'est pas autonome, pourrait-il s'accorder avec une professionnelle sur les buts et sur les tâches à accomplir pendant le traitement ? Comme le pointe le Professeur Alaoui, « les parents sont ceux qui demandent ». Prises dans cette logique, dans quelle mesure les professionnelles peuvent-elles envisager que l'enfant est capable de construire un lien spécifique avec elles dans le but de prendre soin de lui-même ? Comment les enfants pourraient-ils s'engager de manière consciente et avec un objectif en vue dans une relation thérapeutique ?

Ainsi, se demander ce que font les enfants en psychothérapie exige de se questionner sur le travail médical qu'ils accomplissent, en prêtant attention à leur participation aux tâches, à leur contribution aux définitions des buts, à la compréhension qu'ils ont de ces derniers, ainsi

²¹⁴ En référence au « nouveau paradigme de l'enfance » initié entre autres par James et Prout) dans les années 1980 (James & Prout, 2015) je considère que les enfants sont actifs dans la construction et la détermination de leur vie sociale : à ce titre l'ethnographie (et plus largement la recherche) se fait avec eux, en tant qu'acteurs engagés dans ce processus, et non sur eux, formulation qui sous-entend qu'ils seraient des objets d'étude passifs.

qu'aux relations qu'ils tissent avec les professionnelles. En m'interrogeant sur les raisons du faible intérêt porté à la question de la relation avec les enfants, je rends compte des représentations qui se cachent derrière cette invisibilité tout en prenant soin de dévoiler les manières dont enfants et professionnelles construisent, dans leurs activités, dans leurs buts et dans leurs liens, des formes de travail médical conjoint – même si, comme le souligne Isabelle Baszanger, des conflits peuvent surgir dans les relations et les définitions du contrôle de la maladie (1986).

5.2. Pour les enfants jugés sans limites : des thérapies (ré)éducatives pour « apprendre par et avec » les adultes

J'ai montré que la plupart des problèmes d'inadéquation sociale sortent au grand jour, c'est-à-dire hors du foyer, lorsque les enfants sont scolarisés, l'enrôlement à l'école jouant le rôle de facteur déclencheur de la demande d'aide de la part des parents. Je suggère que la lecture des problèmes médicaux par le prisme des enjeux éducatifs²¹⁵ est prégnante dans ce type de suivi, conduisant à un travail thérapeutique largement guidé par l'idéal du « métier d'élève » (Perrenoud), tant du côté des professionnelles que de celui des enfants. Dans un système où l'école est désormais obligatoire, l'anormalité enfantine surgissant avec la non-scolarisation est un problème auquel il faut remédier (Chafiqi & Alagui, 2011; Muel-Dreyfus, 1975; Pinell & Zafirooulos, 1983), et cela d'autant plus que les structures d'accueil alternatives à l'école sont peu nombreuses (Bettioui, 2021; Langlois, 2005). L'objectif semble donc être de préparer les enfants à une (ré)intégration au cadre scolaire.

²¹⁵ Dans son travail doctoral et ses écrits ultérieurs, Stanislas Morel aborde la question de la médicalisation de l'échec scolaire et les tensions qui ont longtemps caractérisé les rapports entre les professionnels du soin d'un côté – défendant la reconnaissance de l'existence de troubles des apprentissages pour expliquer l'échec scolaire – et les professionnels des sciences de l'éducation et de la sociologie de l'autre – soulignant l'importance du social pour comprendre les raisons des difficultés scolaires. Il reconnaît qu'aujourd'hui, ces deux camps se rejoignent pour dénoncer les dérives possibles de cette médicalisation, entendue comme l'apport d'une réponse médicale aux difficultés scolaires. Ma posture est un peu différente et le point que je traite (et que l'auteur discute d'ailleurs plus particulièrement dans l'un de ses articles intitulé « Les dérives possibles : une médicalisation de l'échec scolaire et le renforcement des inégalités sociales de santé ») concerne ce qu'il nomme la « scolarisation des métiers du soin » (2018, p. 54), l'échec scolaire devenant la préoccupation des métiers de l'enfance (y compris des professionnels du soin donc). Je tente de comprendre les conséquences, sur le travail clinique (en termes de contenu et d'objectifs), de l'importance de l'école dans la société, contrairement à l'auteur qui interroge les raisons de cette médicalisation et identifie les professionnels de soins, les parents ainsi que les enseignants comme les promoteurs (inconscients et aux motifs variés) d'une médicalisation de l'échec scolaire.

D'ailleurs, le parallèle établi par les enfants eux-mêmes entre l'hôpital et l'école abonde dans ce sens (mes analyses sur les métiers d'élèves et d'enfants émergent des remarques des enfants faites lors de nos rencontres). Les techniques de soi doivent permettre les apprentissages des « fondamentaux » et de l'autonomie, mais d'autres aspects du travail mené avec les enfants dévoilent des attentes complémentaires à ce métier d'élève : j'aborderai ces éléments à travers le terme de « métier d'enfant » (Kergomard in Garnier, 2019) afin de montrer comment les représentations des enfants par les professionnelles guident le travail clinique que les unes et les autres réalisent conjointement. Mais avant de lire et de comprendre comment les enfants tissent des liens entre hôpital et école, découvrons le travail hebdomadaire des orthophonistes et des psychomotriciennes – un travail qu'elles font faire aux enfants ou qu'ils font pour eux et qui conduit les enfants à apprendre à faire par et avec les professionnelles.

5.2.1. De l'apprentissage du métier d'élève...

5.2.1.1. *Amar : obéir, reproduire, répéter*²¹⁶

« *L'art de la répartition* »

Michel Foucault explique que la discipline « procède d'abord à la répartition des individus dans l'espace. Pour cela elle met en œuvre plusieurs techniques. » Il nomme cet ensemble de techniques, ou de méthodes, l'« art de la répartition » (1975, p.166). Dans la description suivante, je vais illustrer l'art de la répartition opéré sur l'environnement, sur le corps d'Amar et sur le matériel utilisé pendant la séance.

Description 1 : un corps en place dans un espace contrôlé

Extrait de mon carnet de terrain

²¹⁶ Le choix ici opéré de présenter de manière très détaillée les multiples aspects de la discipline telle que pensée par Michel Foucault, a pour objectif de rendre compte du poids que je qualifierais d'écrasant de celle-ci – telle que je l'ai perçue - dans le cadre social de l'hôpital. La systématisation (par rapport à chaque élément pointé par l'auteur et que je reprends dans la description) vise à plonger le lecteur dans un état qui fut celui ressenti lors de ma présence aux côtés des enfants. La teneur de ce travail disciplinaire sur leur corps a semé un trouble qui mérite d'être appuyé (et que je tente de rapporter par la structure du texte lui-même) dans la mesure où il constitue une caractéristique non attendue et surprenante du contexte de la (psycho)thérapie (ré)éducative.

« C'est l'heure de la séance de Amar. Je suis déjà dans le bureau avec Hafida, la psychomotricienne, et les deux stagiaires qui l'accompagnent ce matin, car j'ai suivi, tout comme elles, la séance précédente. Hafida se dirige vers la porte, appelle « Amar » et revient s'asseoir à son bureau en attendant qu'il arrive. Amar entre seul. Pas un mot ne sort de sa bouche. Il porte son cahier à la main. Hafida le regarde et le salue en darija « Bonjour Amar, ça va ? » Il répond, comme toujours, par un mouvement de tête rapide et discret. Il se dirige directement vers le petit bureau, situé près de la fenêtre montrant qu'il sait ce que la soignante attend de lui et ce qu'il doit faire. Il s'assoit, pose son cahier sur le bureau et attend. Les stagiaires l'observent partiellement, occupées à relire et prendre des notes dans leur cahier. Hafida est assise à son bureau et semble chercher un dossier, peut-être celui de Amar. Leurs attentions respectives ne sont pas vraiment portées sur Amar pour le moment. Hafida s'affaire à ses dossiers sur son bureau. Amar et moi nous connaissons déjà. Ce n'est pas la première fois que je suis présente lors d'une de ses séances de travail. En rentrant, avant de prendre place au petit bureau, il m'a jeté un rapide coup d'œil avec un petit sourire.

Il est maintenant assis, silencieux, comme nous toutes d'ailleurs. Il rapproche la chaise du bureau, son ventre est quasiment collé au rebord de celui-ci. Les mains sur la table, les pieds sous la chaise, il attend sans rien dire et sans trop bouger, juste quelques petits mouvements de pieds agitent son corps (auto-)contraint. Son cahier est posé devant lui, fermé. Des objets et des adultes l'entourent.

Derrière Amar se trouve l'immense armoire métallique, dans laquelle est rangé le matériel que l'orthophoniste sort, avec parcimonie et selon ses besoins et la thématique de travail de la séance.

Sur le côté droit de Amar, une grande baie vitrée – offrant comme distraction potentielle un point de vue sur l'entrée principale de l'hôpital. Le nez à environ un mètre de cette ouverture sur l'extérieur, il jette de temps à autre un regard furtif vers celle-ci comme pour se distraire avec les va-et-vient des patients et de leur famille.

Face à Amar, installé à la perpendiculaire de sa petite table de travail, le massif bureau métallique d'Hafida. Hafida, assise sur une chaise de bureau relativement robuste (le dossier haut, les accoudoirs, et les roulettes augmentant le volume occupé

par cet objet dans l'espace) notamment en comparaison au matériel mis à disposition pour les enfants, est de profil par rapport à Amar.

Sur le côté gauche de Amar, les deux stagiaires sont assises, côte à côte, sur deux chaises. L'une est proche du bureau et peut s'y appuyer pour prendre des notes, l'autre est installée de manière un peu bancal sur ses genoux pour consigner les remarques et recommandations faites par Hafida. J'ai l'impression qu'elles sont en retenue, tentant de faire le moins de bruit et le moins de mouvements possibles.

Quant à moi, je suis assise sur une chaise dans la diagonale gauche de Amar, proche de la grande table de travail. Hafida et les stagiaires me tournent le dos ; Amar est le seul capable de me voir.

Encerclé au milieu de ces objets et de ces personnes, Amar ne peut pas vraiment bouger. Il est assis sur une petite chaise située environ à cinquante centimètres en contrebas des adultes. Au moment où Hafida s'adresse à Amar pour qu'il ouvre son cahier, il enfle sa capuche. »

Dans l'art de la répartition tel que conçu par Michel Foucault, quatre techniques sont mises en œuvre (*Ibid.*). La scène décrite ci-dessus permet d'en illustrer trois (la clôture, le quadrillage et l'espace fonctionnel)²¹⁷ mettant en évidence la dynamique disciplinaire de la séance de travail. Dans l'analyse ci-dessous, je développerai quels sont les apports et les implications de la perspective foucauldienne.

« La clôture »

Michel Foucault, à propos de « la clôture », écrit que « la discipline parfois exige la clôture, la spécification d'un lieu hétérogène à tous les autres et fermé sur lui-même » (*Ibid.*, p.166). Cette clôture, dans le cas introduit ci-dessus, est constituée de deux niveaux : le premier correspond à une simple porte, qu'Hafida ouvre et ferme pour réguler les entrées et les sorties du lieu de consultation. La porte, cette clôture ordinaire, sert à marquer, pour les

²¹⁷ La quatrième technique, à savoir « le rang », ne semble pas être pertinent pour appréhender la scène décrite dans la mesure où le travail thérapeutique proposé s'accomplit avec un seul patient. L'unité de rang, telle qu'expliquée par Michel Foucault, permet d'analyser les enjeux entre les individus, notamment dans une classe.

enfants entrant dans ce lieu, le commencement d'un nouveau registre d'action, délimitant clairement l'espace de la séance. Le comportement d'Amar nous montre qu'il le sait : dès lors qu'il franchit la porte, il sait qu'il est soumis à la discipline, aux règles de cet espace. Le second niveau est moins visible ou évident, mais tout autant contraignant en termes de cloisonnement : je parle ici de la table, de la chaise et de la configuration spatiale générale des meubles qui entourent Amar et qui, une fois le garçon assis, constituent une sorte de clôture physique et symbolique. Pour soutenir son argumentation, Michel Foucault cite à titre d'exemples le collège, l'internat ou encore les casernes, dont « l'enfermement » provoqué par la clôture est l'une des caractéristiques. Comme le rappelle le philosophe, ces lieux cloîtrés (et j'ajouterai, cloîtrant) ont (potentiellement) pour fonction, comme la caserne, de prévenir des interactions pensées dangereuses et préjudiciables entre les cloîtrés et ceux de l'extérieur (les habitants des villes où sont construites les casernes) (*Ibid.*, p.166). Poursuivant l'analyse du dispositif thérapeutique en termes de technique disciplinaire, je suis tentée de percevoir les clôtures dressées autour d'Amar comme des manières de contenir les aspects considérés nocifs de ses comportements.

Pour rappel, Amar a été diagnostiqué avec une légère déficience mentale et un trouble oppositionnel. Des liens éventuels de causalité sont, selon les professionnelles (notamment Hafida, l'orthophoniste), tissés entre les deux conditions. Ainsi, Hafida (orthophoniste) estime que le trouble oppositionnel complique les possibilités d'apprentissages d'Amar en le maintenant dans une sorte de palier immuable sur la courbe des apprentissages, sur la voie du « bon développement » mentionné en introduction de chapitre (je reviendrai un peu plus bas sur la dynamique progressive associée au temps long des séances). De fait, comme l'expliquent les professionnelles, pour les enfants diagnostiqués avec un trouble oppositionnel, le « cadre » est l'élément majeur sur lequel « il faut travailler tant avec les enfants qu'avec les parents ». L'objectif du « cadre » est de (r)établir des interactions contrôlées entre les enfants et les adultes – régies par le principe que les premiers écoutent et font ce que les seconds demandent. Avec le « cadre », il s'agit, par exemple, d'empêcher l'enfant de bouger tout le temps et de se sauver, comme il le fait chez lui lorsqu'il court sur la terrasse ; en séance, il rentre quand la porte est ouverte et il sort lorsqu'il en a l'autorisation – donnée par Hafida -, et non quand il le souhaite, du moins en théorie. « Le respect du cadre » peut aussi signifier de ne pas prendre des objets qui sont sur le bureau ou dans les placards, comme il le fait, par exemple, lorsqu'il va chez les voisins et ramène chez lui des objets qui leur appartiennent. En séance, Hafida contrôle les objets qu'il touche, n'hésitant

pas, selon les moments, à lui demander de vider ses poches avant qu'il ne quitte la pièce. Si le « cadre » m'a souvent été décrit en termes de « règles » fixées par le parent que l'enfant doit respecter, avec pour corollaire l'affirmation de « l'autorité des parents » vis-à-vis de leur enfant, l'analyse en termes foucauldien permet de montrer la matérialité du « cadre » tel qu'il est pensé et mis en place lors des séances : son existence (dont je déroulerai d'autres aspects au fur et mesure de la description des cas) fait de ce lieu un espace (disciplinaire) de pratique expérimentée et incarnée. Si, comme nous le verrons au chapitre 6 consacré à la guidance parentale, il est principalement dispensé verbalement aux adultes, pour les enfants, les changements de comportements attendus ne se font pas tant par la parole que par le corporel. Ce constat, que je nourrirai d'éléments complémentaires et développerai davantage ultérieurement, est révélateur des représentations de l'enfance et de l'enfant des professionnelles exerçant à Al-Balkhi (chapitre 3). Selon cette perspective, l'espace-temps de la séance, avec ses clôtures, donne la possibilité aux enfants d'apprendre à respecter les règles, c'est-à-dire de faire l'expérience de se conformer physiquement aux contraintes que le cadre social de l'hôpital impose.

« *Le quadrillage* »

La deuxième technique de cet art de la répartition est le « quadrillage », également qualifiée de « principe de localisation » (*Ibid.*, p.168). Cette méthode vise à attribuer « à chaque individu sa place, et à chaque emplacement un individu ». Qu'il s'agisse d'Amar, des deux stagiaires, d'Hafida ou de moi-même, nous sommes toutes et tous organisées dans l'espace d'une certaine manière, et durant le temps de la séance, nous restons à cet emplacement. De cette manière, en vertu du principe de localisation qui nous a conduits à cette distribution spatiale, nous participons toutes, chacune à partir de notre place et de notre fonction, à la mise en œuvre, en bonne et due forme, de la technique disciplinaire dans cet espace. Pour Michel Foucault, cet « espace disciplinaire » existe car « il faut annuler les effets de répartitions indévisées, la disparition incontrôlée des individus, leur circulation diffuse [...] ; tactique d'antidésertion, d'antivagabondage [...]. Il s'agit [...] de pouvoir à chaque instant surveiller la conduite de chacun, l'apprécier, la sanctionner, mesurer les qualités et les mérites. » (*Ibid.*, p.168) Dans le cas de la séance, l'agencement (des personnes et des objets) dans l'espace thérapeutique peut être appréhendé comme un espace disciplinaire qui lui confère une puissance d'action sur les enfants afin qu'ils modifient et

ajustent leurs comportements aux modalités de fonctionnement imposées en son sein – même si je commenterai ultérieurement la mise en œuvre de techniques d'échappatoires à certains moments de la séance. Comme je l'ai décrit dans cette première partie de la séance d'Amar avec Hafida, l'installation des meubles constitue un rappel matériel des comportements que le garçon peut ou ne peut pas avoir. Avec le quadrillage mis en place, Amar ne peut que bouger de manière réduite : les déplacements, une fois assis, sont limités. Pris en étau entre la chaise, le bureau, l'armoire métallique et, par la suite, la chaise d'Hafida ou de la stagiaire qui se mettra face à lui pour travailler, Amar ne peut pas non plus effectuer de grands mouvements. L'espace d'expression est restreint, le corps est quadrillé. Par ailleurs, même lorsqu'elle est installée à son bureau, Hafida garde Amar dans son champ de vision, elle peut le surveiller et intervenir assez facilement, car contrairement à lui, elle dispose d'un espace relativement large derrière elle pour faire aller et venir sa chaise à roulettes.

« L'espace fonctionnel »

La dernière technique de l'art de la répartition empruntée à Michel Foucault est « la règle des emplacements fonctionnels » (*Ibid.*). Aux nécessités de « clôturer » et de « quadriller » s'ajoute celle de « créer un espace utile » (*Ibid.*, p.169). Cette utilité retracée par Michel Foucault, avec pour exemple l'hôpital Rochefort²¹⁸, tient au fait que pour soigner, l'hôpital doit être un dispositif qui épingle et quadrille » (*Ibid.*, p.169). Il doit pouvoir, nous dit l'auteur, « assurer une emprise sur toute cette mobilité et ce grouillement, en décomposant la confusion de l'illégalité et du mal » (*Ibid.*, p.169). Cette technique d'« épinglement », qui concerne tant les choses que les hommes précise Michel Foucault, se retrouve à plusieurs niveaux dans la scène décrite, à commencer dans l'organisation des patients dont les identités sont consignées dans des dossiers. Celui d'Amar, qu'Hafida a pris soin de sortir du placard prévu à cet effet, est transmis aux stagiaires afin qu'elles puissent le consulter avant de commencer à travailler avec le patient. Un autre niveau évoqué par Michel Foucault est l'« aménagement de la surveillance » : dans le cas de la salle de consultation dépeinte, ceci s'applique au matériel gardé dans des armoires métalliques fermées à clé ou dont l'accès est bloqué et surveillé par les professionnelles (*Ibid.*). Le matériel placé sous vigilance est

²¹⁸ Foucault considère que l'hôpital (militaire) construit dans la zone portuaire maritime militaire a pu servir de lieu d'expérimentation de ces nouvelles méthodes disciplinaires.

constitué de jeux pédagogiques, éducatifs ou ludiques utilisés pendant les séances afin, notamment, de faire travailler les enfants sur l'acquisition et la maîtrise de telle ou telle compétence (lecture, écriture, dessin, comptage, etc.). Au sein de l'hôpital Rochefort, pris en exemple par Michel Foucault, ce sont les médicaments (ou « les marchandises précieuses ») que l'on enferme à clé. Je constate que quel que soit le lieu – Al-Balkhi ou Rochefort –, les outils mis à l'abri sont certes différents, mais ils revêtent un même principe : ils sont tous deux thérapeutiques et doivent rester à portée de main de ceux qui maîtrisent la thérapie (éducative). Leur localisation est précise et contrôlée. L'aménagement de la surveillance est ainsi l'une des manifestations du politique et du pouvoir dans l'espace clinique. À propos de ces mesures, Michel Foucault conclut qu'un « espace administratif et politique s'articule en espace thérapeutique ; [...]. Naît de la discipline, un espace médicalement utile » (*Ibid.*, p.169). Les liens, voire la juxtaposition des logiques disciplinaire et thérapeutique déclinées par Michel Foucault, mettent en lumière les manières dont, à Al-Balkhi, la discipline des corps s'inscrit dans une perspective thérapeutique *et* politique, bien que cette dernière ne soit pas pensée ainsi par les actrices du service dont l'ambition est avant tout thérapeutique. Cette conclusion, dont j'étayerai la pertinence avec les exemples à venir, fournit d'ores et déjà des éléments de réflexion pour penser le lien entre thérapie, discipline et politique.

Le contrôle des activités

La discipline, poursuit Michel Foucault dans le chapitre consacré aux « corps dociles », s'administre également par « le contrôle des activités » (*Ibid.*, p.175), qui se décline en cinq dimensions : l'emploi du temps, l'élaboration temporelle de l'acte, la mise en corrélation du corps et du geste, l'articulation corps-objet et l'utilisation exhaustive du temps. Dans la description suivante, en complément de certains aspects d'ores et déjà distillés dans la scène précédemment décrite, je couvrirai plus particulièrement les dimensions relatives au corps, au geste et, dans une moindre mesure, à l'objet. Comme l'affirme Michel Foucault et comme je l'exposerai au travers de la présentation du travail accompli par la soignante sur le corps d'Amar, « le contrôle disciplinaire ne consiste pas simplement à enseigner ou à imposer une série de gestes définis ; il impose la relation la meilleure entre un geste et l'attitude globale du corps [...] » (*Ibid.*, p.178). C'est à cette relation particulière, lors d'un instant destiné à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, que je m'intéresse.

Description 2 : le corps, le geste et l'articulation corps-objet

Extrait de mon carnet de terrain

« Avant l'entrée de Amar dans la salle, il a été convenu, entre Hafida et les stagiaires, que l'une d'elles prendrait en charge le premier exercice et la seconde le deuxième. La soignante a donné brièvement les instructions : il s'agit de réviser les lettres apprises lors de la séance passée¹. Il suffit, pour les connaître, de prendre le cahier de Amar et de vérifier quelles sont les dernières inscriptions contenues. Après l'intervention d'Hafida pour que Amar enlève sa capuche et se mette au travail (scène décrite ultérieurement), la stagiaire finit par commencer l'exercice indiqué en appliquant la même méthode qu'Hafida a mis en place lors de la séance précédente.

Elle rapproche sa chaise de la petite table où est assis Amar, resserrant ainsi « la clôture » l'entourant. Ils se font face. Pendant toute la durée des exercices, le regard de la stagiaire est rivé sur le garçon. Amar a le dos droit, appuyé contre la chaise collée à la table, ses pieds sont à plat sous cette dernière, et ses deux mains sont visibles sur celle-ci, à plat également. Il regarde son cahier ouvert devant lui.

À l'aide d'un feutre qu'elle tient à la main, la stagiaire pointe la consonne « Ba » écrite sur la page. Silence. Rien ne se passe. Amar ne bouge pas, ne dit rien. Elle tapote le stylo sur la consonne écrite et répète « Ba ». Doucement, à voix relativement basse, sans bouger, Amar répète « Ba ». Elle tourne la page, pointe avec le feutre et dit à voix haute « Da ». La consonne se fait aussitôt entendre dans la voix de Amar. Puis, vient une nouvelle page, une nouvelle consonne, « La ». Mais de nouveau un silence. Elle répète, une fois, deux fois, puis, enfin, il répète. Elle revient trois pages en arrière et pointe la première consonne révisée, « Ba » ; il s'exécute, dès qu'elle pointe l'inscription, il la nomme.

Puis il enchaîne les deux autres sans difficulté. Nouvelle page blanche. Ses pieds bougent discrètement sous la table. Il se penche vers l'avant, comme pour attraper le cahier. La stagiaire le repousse vers l'arrière, créant de nouveau un espace entre le cahier, les mains, le dos. Avec son stylo, la stagiaire écrit un grand M en disant à voix haute « Ma ». Elle répète, et sans temps de silence, Amar reproduit le son

entendu. Sur la page d'à côté, elle trace un petit m, et lui tend le stylo. À ton tour, elle rapproche le cahier de ses mains. Sans plus d'explications, Amar attrape le stylo avec sa main droite et recopie le petit m plusieurs fois d'affilée sur une ligne, sa main gauche est posée sur l'autre page pour tenir le cahier à sa place. Le voyant faire, la stagiaire hoche la tête. « C'est bien Amar, continue. » Silencieux et ne bougeant presque pas, il reste concentré et termine la ligne de M. Le corps reste en place, pas d'avachissement sur la table, pas de décalage dans l'alignement de la tête, des épaules, du dos, du bassin, des jambes et des pieds. Le stylo est tenu fermement dans la main. « La pince est bonne », tel que le commente Hafida à la stagiaire. Le cahier est au centre de la table, pas de glissade à droite ou à gauche. « Très bien ». Amar a fini, et pour le signifier, il pose le stylo, ses deux mains de chaque côté de son ouvrage. La stagiaire tire le cahier vers elle, retourne de nouveau trois ou quatre pages en arrière, et montre du doigt les lettres révisées précédemment. Avec un petit temps de silence entre chacune de ses prises de parole, Amar s'exécute comme attendu et prononce chaque lettre pointée du doigt par la stagiaire. »

Au sujet de la mise en corrélation du corps et du geste, Michel Foucault écrit : « Dans le bon emploi du corps [...], rien ne doit rester oisif ou inutile : tout doit être appelé à former le support de l'acte requis » (*Ibid.*) Dans la scène racontée, le corps entier d'Amar est le « support » de *l'acte d'écrire* auquel il doit s'exercer durant cette séance d'orthophonie.

Chaque partie de son corps est active, et toutes contribuent à la finalité qu'est l'activité d'écriture. Selon la logique à l'œuvre, les gestes inutiles ou qui viendraient parasiter l'acte en question sont chassés et corrigés soit par la main soit par un autre signe, rappel à l'ordre, déplacement du cahier, etc. Mes nombreuses heures d'observations de ces scènes d'écriture m'ont permis d'apprendre à observer et détecter ce qui, chez un enfant, est sujet à modification. Cet acte d'écrire est doublement intéressant pour soutenir mon argument : premièrement, il est l'exemple même pris par Michel Foucault dans le chapitre « Les corps dociles » pour expliquer la mise en corrélation du corps et du geste ; deuxièmement, il représente certainement l'acte que j'ai le plus observé et documenté de manière transversale pour de nombreux enfants. J'ai vu les trois enfants dont les parcours de soins sont présentés dans ce travail (Amar, Adil et Rezik) se plier à cette mise en forme du corps et de leurs gestes durant l'apprentissage de l'acte d'écrire. Afin d'insister sur le niveau de détails de la position

exigée et de rendre ainsi compte de la rigueur qu'elle suppose, je recours à un extrait de Michel Foucault, citant l'ouvrage de Jean-Baptiste de La Salle intitulé *Conduite des Écoles chrétiennes*, au sujet de la posture que les écoliers doivent tenir. Si à chaque époque correspond une posture, certains points sont communs – « le corps droit [...] le coude posé sur la table [...] » (*Ibid.*, p.179) – mais des distinctions sont également remarquables : quand le menton des écoliers est posé sur le poing, la tête des jeunes patients suivis en orthophonie (ou en psychomotricité) doit être tenue à la bonne distance du cahier – le dos droit contre la chaise permettant de trouver cette bonne distance. Aux patients un peu avachis, avec leur tête dans leur main, il est rappelé « de bien se tenir », certaines soignantes utilisant cette posture (du corps droit, les mains posées sur la table, les jambes sous la table...) pour savoir si l'enfant est fatigué et lancer une discussion sur ses habitudes de sommeil ; l'enfant bouge alors lentement, espérant que la fatigue puisse lui servir d'excuse pour échapper à la tenue exigée. Quand le corps des écoliers est « un peu tourné et dégagé sur le côté gauche », celui des patients fait face à la table, avec les épaules parallèles à celle-ci, indice que la position est conforme à ce qui est attendu d'eux. Aux patients ne faisant pas face à la table, il est demandé « de s'asseoir correctement sur la chaise » – certains enfants laissant parfois une fesse glisser en dehors de la chaise ou leur regard se balader à travers la grande porte-fenêtre sur leur droite. Quand « la jambe gauche doit être un peu plus avancée sous la table que la droite » pour les écoliers, les jeunes patients d'Al-Balkhi doivent avoir les deux pieds au sol pour être stables et favoriser l'ancrage de la posture (*Ibid.*). Aux enfants dont les pieds se promènent sous la chaise ou sur le côté de la table, il est signalé qu'« il faut mettre ses pieds sous la table » ou « remettre ses jambes correctement ». Enfin, rejoignant l'une des dimensions mentionnées par Michel Foucault au sujet du contrôle de l'activité, à savoir l'articulation corps-objet, l'attention, dans le cas des patients, est portée sur les doigts des enfants autour du stylo. Dans le cas d'Amar, la vigilance est perceptible – la stagiaire est prudente, mais aucun travail n'est requis car la « pince » d'Amar est jugée « bonne ». Pour d'autres enfants (Rezik par exemple), un certain temps peut être dévolu au positionnement des doigts sur le stylo ou du stylo dans la main (avec une considération et un travail de variations sur la tension, qui doit être « ferme » mais non « crispée » ou « molle »), du corps (les doigts, les mains, le poignet, le bras) et de l'objet (le stylo). Selon les jours, leurs humeurs ou d'autres raisons qui m'échappent, les enfants ajustent, ou pas, ou plus ou moins, leur posture, respectant plus ou moins « le codage instrumental du corps » consistant en :

« [...] une décomposition du geste global en deux séries parallèles : celle des éléments du corps à mettre en jeu (main droite, main gauche, différents doigts de la main, genou, œil, coude), celle des éléments de l'objet qu'on manipule [...] ; puis il les met en corrélation avec un certain nombre de gestes simples (appuyer, plier) [...] ». (*Ibid.*, p.179-180)

Je reviendrai dans la suite de ce chapitre sur ces moments, « ces syntaxes obligées » (*Ibid.*, p.180) durant lesquels les enfants montrent des réticences, des résistances en réaction au travail imposé à leur corps, et au travers desquelles ils donnent à voir d'autres formes d'expressions, créant leur propre grammaire corporelle.

À propos de l'extrait du livre de Jean-Baptiste de La Salle, Michel Foucault souligne que pour l'auteur, la posture des écoliers est centrale à l'apprentissage de l'écriture et que les maîtres doivent veiller à ce qu'ils ne s'en écartent pas, résumant son propos par l'idée que « le geste discipliné est le soutien d'un geste efficace » (*Ibid.*, p.179). Je rejoins les propos de Michel Foucault, car la posture disciplinée est présentée par les soignantes comme le « bon geste » à accomplir pour apprendre à écrire. Dans ce cas de figure, le « contrôle disciplinaire [...] impose la relation la meilleure entre un geste et l'attitude globale du corps » (*Ibid.*). Cependant, les fluctuations constatées autour de la posture invitent à réfléchir aux enjeux que l'acte d'écrire, non pas en tant que posture disciplinée, mais en tant que principe disciplinaire, met en lumière. Mes considérations sont nourries par une autre remarque de Michel Foucault pour qui le « corps manipulé par l'autorité » devient docile et non plus « traversé par les esprits animaux » (*Ibid.*, p.182). De cette analyse se dégage effectivement l'approfondissement suivant : le geste discipliné, dans le cadre de la thérapie (ré)éducative, vise à apprendre aux enfants à répondre aux contraintes disciplinaires formulées à leur égard. L'esprit animal que l'auteur évoque fait écho aux représentations d'une enfance sauvage, hors de contrôle et à cause duquel l'enfant inachevé devrait être cadré pour le faire grandir, pour le mettre sur le chemin de la guérison. Ainsi, la visée thérapeutique est double : faire l'apprentissage de l'écriture d'une part, et faire l'apprentissage de l'obéissance à l'autorité de l'autre. De fait, le cadre physique du travail, décrit à travers l'attitude globale de la discipline du corps, sert aussi de cadre symbolique, représentant l'autorité à laquelle les enfants doivent se soumettre.

« L'organisation des genèses »

Parmi les autres techniques déclinées pour documenter la naissance des corps dociles à l'époque classique, Michel Foucault présente, à travers l'exemple de l'école des Gobelins (rattachée à la manufacture du même nom), ce qu'il nomme « un phénomène important » : « le développement [...] d'une nouvelle technique pour prendre en charge le temps des existences singulières, pour régir les rapports du temps, des corps et des forces ; pour assurer un cumul dans la durée ; et pour inverser en profit ou en utilité toujours accrus le mouvement du temps qui passe » (*Ibid.*, p.184-185). Ce développement est celui de l'école en tant qu'espace où les disciplines « analysent, décomposent et recomposent les activités » (*Ibid.*, p.185). Le rapprochement que je souhaite proposer entre, d'un côté, le cas choisi par l'auteur pour exemplifier l'usage des disciplines, et de l'autre, le déroulement d'une séance d'orthophonie ou de psychomotricité telle que je l'ai observé, est doublement pertinent pour appréhender ce qui se joue dans la thérapie (ré)éducative à Al-Balkhi.

D'une part, en termes d'objectifs, un parallèle peut être établi entre la sélection des élèves pour « assurer leur éducation et leur instruction » et la décision de mettre en place un suivi thérapeutique ayant pour objectif d'apprendre aux patients les fondamentaux (définition des professionnelles). Cette convergence alimente la réflexion sur la signification de ce qui est thérapeutique, en analysant et déclinant ce qui se produit en séance et en apportant des éléments de compréhension à la problématique de cette recherche (à savoir : que font les enfants en psychothérapie et inversement), tout en procédant à un dévoilement des intrications entre le monde médical et social au sein de la clinique. Je n'ébaucherai pas de réponse à ces questions pour le moment, mais il est primordial de souligner comment des entremêlements se produisent à tous les niveaux, y compris dans les aspects les plus factuels de la mise en œuvre de la thérapie.

D'autre part, même si, une fois encore, la comparaison entre le service d'Al-Balkhi et l'école dépeinte par Michel Foucault doit être menée avec prudence puisque les deux milieux présentent des différences notables (ainsi, la dépendance de l'apprenti au maître pour sa survie économique n'est pas caractéristique de celle du patient à la professionnelle), cette comparaison demeure valide pour deux raisons : la première est le thème du temps dont la centralité dans l'argumentaire de Foucault est, semble-t-il, pareillement cruciale à l'appréhension de l'organisation des activités thérapeutiques ; ainsi, une attention soutenue doit être portée à la « sériation du temps » ou à la « capitalisation du temps » s'opérant via la

mise en œuvre de « l'exercice ». La seconde raison appuyant la pertinence de la comparaison entre les consultations du service de pédopsychiatrie d'Al-Balkhi et l'école suivra la description d'une autre partie de la séance entre la stagiaire et Amar, qui dévoile dans quelles mesures les enfants suivis à l'hôpital d'Al-Balkhi effectuent eux-mêmes cette mise en parallèle entre les deux espaces.

Description 3 : des exercices chronométrés

Extrait de mon carnet de terrain

« Après dix minutes passées à réviser les lettres de la semaine passée et à en apprendre trois nouvelles, un autre exercice est proposé à Amar. Hafida prend des pièces en bois de différentes couleurs et formes restées sur son bureau de la séance précédente, et les tend à l'autre stagiaire qui a désormais pris place en face de Amar. Hafida lui explique que Amar doit maintenant travailler sur les formes géométriques et les couleurs. Elle ne lui en dit pas plus. La stagiaire prend donc les devants et donne à Amar les premières instructions, en mettant les carrés avec les carrés sur un coin du bureau, les rectangles avec les rectangles et la même chose avec les triangles. Toujours silencieux, assis le dos droit, les pieds à plat sous la chaise, et les mains posées sur la table, Amar paraît concentré, écoutant les instructions et regardant la manipulation des pièces en bois. La stagiaire défait les trois paquets assemblés, mélange les pièces au milieu du petit bureau, et lui indique de commencer. Il ne bouge pas.

Il saisit une pièce dans sa main droite, puis avec ses deux mains, l'y fait tourner, un peu nerveusement, le temps de réfléchir, semble-t-il, à comment organiser les pièces. La stagiaire, qui observe chacun de ses gestes, lui saisit doucement la main gauche, comme pour faire cesser ce petit jeu et lui signifier qu'il faut rester concentré et ne pas jouer avec les pièces. Elle lui pose tranquillement la main gauche à plat sur le bord de la table. Amar hésite toujours. Il tapote en douceur la pièce en bois sur la table. Il ne paraît pas sûr de son choix. Il déplace des pièces d'un coin du bureau à l'autre, ne respectant que partiellement les consignes données. Je pense qu'il n'a pas compris s'il faut classer les pièces par couleur ou par formes, et/ou qu'il ne sait

pas distinguer les formes ou les couleurs. Puis, il attrape une autre pièce et la met à sa bouche. Il hésite encore. Elle lui retire de nouveau la pièce de la bouche. Il la pose dans un tas. Il met quasi systématiquement chaque pièce dans sa bouche pendant qu'il réfléchit à ce que pourraient être les bons arrangements. À chaque fois, sans mot dire et sans geste brusque, la stagiaire la lui enlève. Son regard posé sur lui en permanence lui permet de veiller à sa bonne tenue. Il fait des erreurs et les assemblages justes semblent plus tenir du hasard qu'à sa conviction.

Cela semble vraiment complexe pour lui. J'ai l'impression qu'il met les pièces ensemble un peu au hasard, ou du moins selon une logique que je n'arrive pas à saisir. Ma perception est bonne, Hafida signale à la stagiaire de reprendre l'exercice mais en triant, cette fois-ci, par couleur, et non plus par forme. Elle remet donc les pièces au milieu de la table et lui explique : « Tu mets les mêmes couleurs ensemble : les rouges avec les rouges, et les verts avec les verts, d'accord ? » Du tas au milieu de la table, elle retire et rassemble deux pièces rouges d'un côté, et deux vertes de l'autre. Puis, elle défait les tas et demande à Amar de refaire la même chose « A toi. Vas-y ». Cette fois-ci, elle l'accompagne pour les premiers mouvements de pièce. « C'est quelle couleur ça ? » lui demande-t-elle. Il ne dit rien. « Ça c'est vert, vert » lui indique-t-elle. Il répète « Vert ». Avec cette donnée, Amar peut maintenant commencer à répartir les autres pièces restantes dans le tas. Il est beaucoup plus à l'aise sur cette partie de l'exercice. Il hésite moins. Avec un signe de tête, la soignante et les stagiaires confirment ses choix ou l'invitent à les réviser. Il ne porte plus que deux fois les pièces ou son doigt à sa bouche – mais le petit sourire qu'il affiche désormais donne davantage un air de défi de l'interdit à sa manœuvre – mettre une pièce à la bouche – qu'une distraction étourdie ou voulue dans un moment de confusion apparente. Chaque fois, sans un mot, la stagiaire attrape sa main et la remet sur le bureau. Une fois le tri par couleur terminé, l'exercice est repris mais avec les formes comme éléments de triage. »

Ce descriptif de la suite de la séance est une parfaite illustration d'un exercice, tel qu'il est mis en œuvre par les professionnelles et exposé par Michel Foucault. Les exercices réalisés dans le cadre thérapeutique ont pour objectif, comme je l'ai déjà indiqué, d'apprendre aux enfants les compétences fondamentales, mais certains aspects mis en

lumière par Michel Foucault sur le fondement théorique de l'exercice permettent, à nouveau, de penser de manière plus approfondie les enjeux traversant l'espace de soins. L'exercice, nous dit-il, se trouve originellement dans les pratiques religieuses, puis il entre dans l'armée et l'école ; je constate qu'il s'est désormais fait une place dans la clinique. L'exercice, poursuit-il, « est cette technique par laquelle on impose aux corps des tâches à la fois répétitives et différentes, mais toujours graduées. [...] [Ainsi,] il [l'exercice] assure, dans la forme de la continuité et de la contrainte, une croissance, une observation, une qualification » (*Ibid.*, p.189). Les éléments pointés dans cette citation éclairent les recoupements possibles entre l'exercice à l'école et l'exercice en séance : l'exercice est « répétitif » (plusieurs pièces de bois à manipuler) mais « différent » (les consignes varient – couleur ou forme) ; la « graduation » est visible, notamment avec un ajustement en cours de travail afin de repenser les difficultés proposées à Amar ; la continuité entre les séries de consignes – agissant comme des formes de « contrainte » conditionnant ce qui est attendu d'Amar – est de mise, avec une perspective de « croissance », de développement de l'étendue des compétences que Amar doit acquérir. Ainsi, les principes de l'exercice appliqués par les professionnelles soumettent les enfants, et dans une certaine mesure leurs parents – puisqu'une partie des exercices est à réaliser à la maison. Je montrerai ultérieurement quelles sont les conséquences de l'irrespect, ou de la désobéissance, à ces principes et les enjeux qu'ils génèrent notamment en termes de suivi thérapeutique. Dans cette séquence, chaque instant est occupé pour transmettre à Amar un nouveau savoir, avec tout de même l'exploitation d'un effet cumulatif dans la durée (d'une séance à l'autre, avec la révision des lettres vues la semaine précédente par exemple) ; les moments sont articulés les uns aux autres pour que l'enfant puisse, à la fin de la séance, sortir avec un minimum de savoir qui sera ensuite travaillé à la maison : le temps de séance étant court – trente minutes –, chaque segment doit être utilisé. Le rythme des temps de travail est toujours le même, avec trois temps de dix minutes, le dernier étant le plus ajustable et ajusté à ce qui s'est déroulé : soit un jeu solitaire de type puzzle si la soignante considère que l'enfant a « bien travaillé » (cette notion de « bien » incluant tant le contenu des apprentissages que le respect du cadre) ; soit la poursuite d'un travail portant sur d'autres compétences, par exemple la mémoire ou la logique, avec un jeu de cartes d'animaux ou une série d'images dessinées pour lesquelles l'enfant doit reconstituer une histoire. La « sériation et la capitalisation du temps » à travers l'exercice est ce qui favorise la mise en place d'un cadre à même d'apprendre des compétences jugées absentes ou défaillantes lors de la passation de tests de psychomotricité ou d'orthophonie,

ainsi que de contrôler les manifestations de certains troubles, de type désobéissance dans le cas d'Amar ou d'hyperactivité comme je le montrerai ultérieurement avec l'exemple d'Adil.

Le comportement d'Amar sur les deux temps de séance rapportés montre qu'il sait ce qui est attendu de lui. De manière générale, mais avec certes quelques exceptions, il comprend les consignes implicites malgré le peu d'instructions données. Il respecte les règles, dont un positionnement corporel spécifique, et il participe à ce qui est demandé.

Je l'ai dit précédemment, le rapprochement entre les séances observées d'un côté et « les corps disciplinés » par l'école analysés par Michel Foucault de l'autre m'est apparu pertinent pour mettre des mots et clarifier ce qui se joue dans le « cadre » imposé à l'hôpital en séance. Par ailleurs, il s'est trouvé que ce parallèle entre l'école et les séances avaient émergé des professionnelles et des enfants eux-mêmes lors de nos rencontres. Dans la partie suivante, je présenterai d'autres extraits de séances dans lesquelles le parallèle entre l'école et l'hôpital est visible ; puis, j'expliquerai les manières dont ces associations ont été faites par les enfants et ce qu'elles révèlent de l'exercice du métier d'élève qui semble guider les objectifs thérapeutiques. La convergence des motivations professionnelles et enfantines semble se cristalliser autour de l'idée de la présence des enfants sur les bancs de l'école, voire de leur appartenance au milieu scolaire. Cette convergence semble être l'un des supports du développement et du renforcement des relations que soignants et enfants tissent lors de *leur* travail thérapeutique.

5.2.1.2. *L'école : un parallèle et une finalité*

Afin d'illustrer les manières dont le cadre social de l'hôpital se superpose à celui de l'école, j'introduis ci-dessous une séance de travail conduite avec Amar par Aida, la psychomotricienne. Actes pédagogiques et actes thérapeutiques s'entremêlent sur fond d'obéissance pour le maintien du « cadre » (c'est-à-dire des règles) de la séance. Puis, me référant à la notion de « métier d'élève » telle que pensée par Philippe Perrenoud (1995), je conclus que l'hôpital est un lieu dans lequel les enfants apprennent ce métier – les préparant de manière (plus ou moins) affichée à pouvoir réaliser ce que l'institution scolaire attend.

« On ne rigole pas »

Voici ci-dessous les extraits d'une consultation entre Aida et Amar. Amar est installé à un petit bureau et une chaise de taille proportionnelle. Il dispose d'un peu plus d'espace que dans la salle de séance avec Hafida – aucun meuble n'est derrière lui –, mais Aida est sur le côté de la table sur laquelle il travaille. Je suis assise face à lui à environ deux petits mètres contre le mur, accoudée au grand bureau d'Aida. Dès le début de la séance, Amar, comparativement à ce qui est attendu de lui (être « sérieux »), est au contraire agité, s'amuse et n'exécute pas les activités au rythme exigé. Il sourit tout le temps, l'air un peu hilare, et de temps à autre, des rires plus affirmés s'échappent. Aida lui demande donc, à plusieurs reprises, d'arrêter de rire tout en cherchant à comprendre ce qui le fait rire.

Extrait de mon carnet de terrain

Début de séance

- Aida : *Amar, je ne rigole pas, je ne plaisante pas, arrête de rire.*
- Amar : *Haha (rire).*
- Aida : *(Amar continue à rire) Non, je ne rigole pas, tu veux sortir ?*
- Amar : *Oui.*
- Aida : *Mais pourquoi tu ris ? Dis-moi, pourquoi tu me regardes et tu ris ? Je ne rigole pas moi.*
- Amar : *Haha (rire)*

[...] Au fil de la séance, le même comportement est toujours observé, et Aida insiste pour que Amar cesse ses plaisanteries, ou « ses bêtises »¹ – comme elle les qualifie – qu'elle considère inappropriées. Mais Amar ne répond pas, n'explique pas son comportement. Un rire justifié pourrait être toléré, mais le fait que Amar rigole sans motif apparent inscrit son comportement dans le registre de l'irrationnel. À l'inverse, j'ai vu des enfants parfois rire et expliquer leur comportement : alors les professionnelles acquiescent, notent que c'est effectivement drôle, mais rappellent rapidement qu'il faut désormais travailler. Pour Amar, durant cette séance, ce rire

couvre autre chose que la soignante ne comprend pas, l'amenant à réprimer son comportement joyeux.

- Aida : *Mais pourquoi tu rigoles ?*

- Amar : *Je ne rigole pas.*

- Aida : *Tu rigoles avec Julie, hein ?*

(Je ne dis rien, je souris.)

[...]

- Aida : *Si tu rigoles je vais m'énerver, vas-y, tu dois bien la (pièce en bois) mettre [...].*

[...]

- Aida : *Non mais je ne rigole pas, tu as mis la main (en bois) à l'envers, met-là bien.*

[...]

- Aida : *Je ne plaisante pas Amar, sois sérieux, tu veux bien qu'on s'arrête là, tu es d'accord ? Tu mets les épaules ici, colle-les bien ici comme je t'avais déjà montré. Qu'est-ce qu'il nous manque ? Place bien cette main, regarde bien ce qu'on a fait pour l'autre, vas-y. Voilà ce qu'il faut faire, on est d'accord ?*

- Amar : *Oui.*

- Aida : *Mais enfin !*

Amar rigole tout en construisant le bonhomme. Je constate que, de temps en temps, durant cet exercice, il fait des blagues – par exemple, lorsqu'il décide de mettre un pied à la place de la main gauche du bonhomme (sachant qu'il a reconnu et mis l'autre main sans aucune difficulté quelques secondes auparavant). L'ordre des événements : il attrape la pièce, l'observe, rigole, la met à l'emplacement de la main et rigole de nouveau. Cette séquence, « cette syntaxe » corporelle créée par Amar, me laisse deviner qu'il sait ce qu'il fait mais qu'il a décidé de faire une blague dont

il est fier, regardant clairement dans ma direction pour voir ma réaction. Mais Aida n'a pas la même interprétation de la situation. Les blagues de Amar ne sont pas perçues – du moins pas relevées comme telles, elles sont vues comme des erreurs.

[...] En fin de séance, lorsque sa mère rentre dans la salle de consultation afin de discuter avec Aida et entendre ses commentaires sur le déroulement de ce moment de travail, Amar ne tient plus en place. Aida l'interpelle pour lui dire de s'asseoir :

- *Aida : Tu restes assis Amar, tu t'assois, Amar, reviens à ta place.*
- *Amar : Quoi ?*
- *Aida : Reviens à ta place, tu t'assois, qu'est-ce que je t'avais dit ?*
- *Amar : Quoi ?*
- *Maman de Amar : Reste à ta place.*
- *Aida : Il a fait des bêtises aujourd'hui*
- *Maman de Amar : Trop de bêtises.*
- *Aida : Ça ne fait pas rire, Rigole comme tu veux, mais ça ne fait pas rire. [...]*

Tout au long de cette séance²¹⁹, Aida tente de calmer le caractère distrait d'Amar. Il rit beaucoup et cette attitude ne correspond pas à ce qui est attendu de lui. Le travail auquel il doit se plier dans le cadre de la séance (c'est-à-dire s'exercer au métier d'élève) ne peut laisser place au divertissement, surtout lorsque celui-ci s'accompagne d'erreurs ou de lenteur dans la réalisation des actions qu'il doit entreprendre. Entre menaces d'exclusion (« Si tu continues à faire des bêtises, je ne travaillerai pas avec toi. ») qui finiront d'ailleurs par être mises à exécution (« Va appeler ta maman, tu n'as pas bien travaillé aujourd'hui ») et obligations de suivre les consignes énoncées (« Range ça », « Montre-moi », « Regarde-là »), le tout en restant concentré sans faire le cancre (« Arrête de rire », « Sois sérieux »), l'atmosphère de la séance se veut studieuse, appliquée et sérieuse.

²¹⁹ En darija (langue de l'école)

À propos des activités réalisées avec Amar, Aida m'explique : « On travaille surtout sur des activités centrées sur l'attention, la concentration » ; « Je donne des exercices à faire à la maison et tout, par exemple quand on travaille sur les formes géométriques [...] ». Ce vocabulaire construit autour du mot « travail » n'est pas sans rappeler les devoirs donnés à l'école. Le verbe travailler est d'ailleurs plusieurs fois usité lors des échanges avec Amar : « On travaille juste sur le milieu du corps [...] on a bien dit qu'on travaille au milieu du corps, ça marche ? [...] Il nous reste à terminer le travail au niveau du bassin » ; il l'est aussi sous forme d'injonction du type « Continue à travailler » ou encore « Termine ton travail ». Si mon analyse, largement inspirée par Michel Foucault, a d'emblée posé une comparaison entre la discipline de l'école décrite par cet auteur et la discipline que j'ai observée à l'hôpital, ce parallèle entre école et hôpital se prolonge par-delà l'usage de la discipline. La notion de « forme scolaire » de Guy Vincent (Vincent et al., 2012) permet d'ailleurs de caractériser les points similaires de ces deux lieux²²⁰. Je considère alors que le parallèle entre l'école et l'hôpital tient au fait de leur « forme scolaire » commune. Cette notion se réfère à :

« [...] cet ensemble cohérent de traits au premier rang desquels il faut citer la constitution d'un univers séparé pour l'enfance, l'importance des règles dans l'apprentissage, l'organisation rationnelle du temps, la multiplication et la répétition d'exercices n'ayant d'autres fonctions que d'apprendre et d'apprendre selon les règles [...]. » (Vincent et al., 1994, p. 39)

Les éléments concordent : l'existence d'un service hospitalier séparé pour les enfants, les règles des séances, l'organisation séquencée du temps, les exercices à l'hôpital et à la maison. La notion de « forme scolaire » fournit d'autres éléments, complémentaires à ceux de Michel Foucault, pour étayer les rapprochements entre l'école et l'hôpital. Les devoirs, les exercices, le travail et les contraintes sont les points de ressemblances entre ces deux lieux. On y confisque et on y rend en fin de séance et quand la classe est finie. La ritualisation y est par ailleurs forte : on entre, on s'assoit, on sort son cahier, et on attend les instructions. Les deux descriptions peuvent, sur certains aspects, se confondre. Les mots de l'auteur correspondent ainsi à ce que j'ai décrit au sujet des consultations à Al-Balkhi, faisant de ce lieu et de ce temps un espace similaire. En outre, ce qui y est semblable est le contenu des apprentissages, tous axés, qu'il s'agisse du monde hospitalier ou scolaire, sur les savoirs scolaires et les savoir-être scolaires. La configuration spatiale quadrillée et le matériel de

²²⁰ Si, comme le pointe Guy Vincent dans l'entretien livré à Bernard Courtebras et Yves Reuter, il a « peut-être été l'inventeur » de la notion de « forme scolaire » dans sa thèse de doctorat, il a toutefois (tel qu'il l'explique dans ce texte) travaillé avec d'autres auteurs, notamment Bernard Lahire, et Daniel Thin pour développer sa réflexion.

bureau évoquent également l'école. Seul le nombre de personnes présentes (notamment un enfant pour un adulte) et la blouse blanche d'Aida diffèrent.

Ce parallèle, je le trouve d'ailleurs en creux dans les propos d'Aida qui précise, concernant l'organisation et les conditions du travail en séance avec Amar : « même si tu travailles juste avec lui, juste avec lui, je ne pense pas qu'il fera ça [ce qui est attendu de lui] ». La mise en parallèle entre l'école et l'hôpital est certes implicite, mais l'école est bien présente. Comme le décrit Aida, la séance est un lieu de travail privilégié pour Amar car il y est seul, « juste » lui avec une seule personne se consacrant entièrement à lui et pouvant l'accompagner de manière spécifique selon ses besoins dans le travail à réaliser. À l'école, à l'inverse, les élèves peuvent être jusqu'à trente par classe (je l'ai observé, et une mère institutrice et des professionnels de soins interviewés l'ont par ailleurs rapporté). À l'école, Amar est noyé dans la masse des autres élèves et ses besoins singuliers ne peuvent être comblés, du moins pas autant que lorsqu'il se trouve seul, sous le regard de la professionnelle, en séance à l'hôpital. Cette logique tacitement dessinée par Aida m'a été plus clairement explicitée par d'autres de ses collègues qui s'accordent sur le fait que l'hôpital est un lieu privilégié pour acquérir les fondamentaux dont les enfants ont/auront besoin à l'école.

Que faire d'un enfant qui ne va pas à l'école ?

« Le temps de l'enfance et le temps de l'école se construisent mutuellement » écrit Pascale Garnier dans la conclusion d'un numéro de la revue *Émulation* entièrement dédié aux « enfances à l'école » (2019, p. 155). À cette affirmation, j'ajoute que le suivi des enfants à l'hôpital – qui implique un statut de « patient » ou de « malade » d'ailleurs jamais nommé comme tel par les professionnels – ne rompt pas ce tandem. Les propos de l'auteure, qui insiste certes sur la pluralité des enfants en réfléchissant entre autres à la place des enfants dits avec des besoins spéciaux comme ceux reçus à Al-Balkhi, et sur les effets de trajectoires individuelles et professionnelles des enseignants, martèlent une évidence vis-à-vis de laquelle j'ai été interpellée : « le temps de l'école et le temps de l'enfance se construisent mutuellement ». Mes interrogations proviennent surtout du fait d'avoir vu à l'œuvre cette co-construction à l'hôpital, dans le service d'Al-Balkhi consacré à l'enfance, avec en filigrane cette question : que faire d'un enfant qui ne va pas à l'école ? Les combats des parents pour faire inscrire ou maintenir leur enfant à l'école ou les questionnements inquiets

de ceux dont les enfants refusent d'aller à l'école sont autant d'exemples qui traduisent cet entremêlement de l'école et de l'enfance – entrelacements qui se sont frayé un chemin jusque dans les pratiques thérapeutiques. En effet, comme je l'ai décrit précédemment, l'hôpital est un lieu d'acquisitions de fondamentaux qui doit permettre, *in fine*, l'intégration des enfants à l'institution scolaire (dans laquelle des apprentissages formels y sont poursuivis). Les inquiétudes et interrogations de certains parents sont d'autant plus complexes à apaiser ou à résoudre que l'école normée ne laisse que peu d'espace pour les enfants hors-(de ses)-normes. Dans la région marocaine étudiée, à l'instar des autres régions du Royaume, les écoles spécialisées ou celles en mesure d'offrir des conditions d'inclusions satisfaisantes sont rares (Langlois, 2005). Les enfants, comme l'ont souligné les professionnels, n'ont d'autre choix que de prendre place dans cet environnement peu (voire pas du tout) adapté à leurs besoins. Pascale Garnier, toujours dans le même article, écrit : « [l]a scolarisation va de pair avec la fabrication de l'enfance » (Garnier, 2019, p. 155) et je considère que l'hôpital, tel que je m'applique à le montrer tout au long de ce travail, est un lieu de fabrication de l'enfance, comme l'école, et même en complément de celle-ci puisque ses objectifs de travail servent à rejoindre cet autre lieu, comme une passerelle offerte aux enfants pour mieux les guider dans le monde scolaire. Mais le fait que certains parents songent, devant les difficultés expérimentées par leurs enfants, à « une société sans école », atteste que chaque parent a ses propres attentes (Illich in Garnier, 2019)²²¹ : certains visent l'apprentissage d'un métier, par exemple être coiffeur pour Adil dont le père exerce cette profession ; d'autres, comme le père d'Amar, tendent vers l'utilité des compétences acquises, comme apprendre à son fils à compter l'argent afin qu'il puisse travailler comme lui sur les marchés. Mais pour les professionnelles, ces alternatives ne doivent être que des options de derniers recours : placer et garder les enfants sur les bancs de l'école, idéalement le plus longtemps possible, constitue l'objectif de leurs activités²²². Ainsi, si « l'école s'est substituée à l'apprentissage comme

²²¹ J'emprunte l'expression de « société sans école » à Ivan Illich (Fournier, 2018) pour décrire la position des parents qui se questionnent vis-à-vis de la pertinence de scolariser leur enfant. Leur conviction rejoint la critique du système scolaire faite par Ivan Illich qui appelle à une réforme sociétale de l'éducation (car sans école ne veut pas dire sans éducation) afin, notamment, de faire varier les « objets éducatifs » – les bibliothèques, les musées mais aussi les usines devenant par exemple des lieux permettant des périodes d'apprentissage.

²²² Je renvoie ici au chapitre 3 et aux éléments amenés sur l'engagement des professionnelles en faveur du « développement » de la société marocaine.

moyen d'éducation », l'hôpital la complète, avec pour outil commun « une exigence de discipline » qui, dans les deux cas, peut être qualifiée d'« inédite » (*Ibid.*, p. 155).

Adil

Lors de mes rencontres avec les enfants, j'ai cherché à savoir ce qu'ils avaient compris du diagnostic éventuellement formulé à leur égard et les raisons de leur présence à l'hôpital. Je présente ci-dessous les situations de trois enfants, dont un échange avec Adil, qui m'ont initialement conduite à tisser des liens entre école et hôpital. Les motifs avancés pour expliquer leur présence à l'hôpital révèlent une absence de l'idée de maladie, au profit de l'apprentissage ou de l'amélioration du métier d'élève. L'exercice de cette fonction semble préoccuper les enfants, confiant à leur mère et père, comme je le montrerai au chapitre 6, un rôle de parents d'élèves.

Lamia (l'interprète) et moi sommes avec Adil dans une consultation. Nous profitons de sa présence avant la séance d'orthophonie pour passer du temps avec lui et lui poser quelques questions. J'ai sorti des voitures, le jeu de Mikado et des crayons et des feuilles s'il souhaite dessiner. Il commence spontanément par jouer avec les Mikado pendant que nous lui expliquons que nous enregistrons la conversation. Il détourne son attention du dictaphone qui, note-t-il, « ressemble à un micro » et revient aux Mikado. Il connaît et aime ce jeu et nous entamons une partie en même temps que nous posons les questions – moi alternant français et arabe, et Lamia traduisant, ou répétant avec des mots différents ce que je peux parfois formuler. Nous lui demandons depuis combien de temps il vient à l'hôpital. Avec le sens du détail qui est le sien, il nous demande si nous souhaitons connaître la date selon le calendrier grégorien ou hégirien, pour finalement décider – faute d'une réponse suffisamment rapide à son goût en raison de la traduction faite pour moi – de s'en tenir au premier et répond en français « mars ». Durant cet entretien, je vais d'ailleurs découvrir qu'Adil comprend assez bien le français.

Extrait de mon carnet de terrain

- Moi : *Pourquoi t'es venu à l'hôpital ? (français)*
- Adil : *C'est pour mon cerveau, je veux être intelligent. (arabe)*

- Lamia : *Tu as de l'intelligence ? (arabe)*
- Adil : *Oui je suis intelligent. (arabe)*
- Lamia : *Tu veux devenir plus intelligent ? (arabe)*
- Adil : *Oui.*

[...]

- Moi : *Ça veut dire quoi être intelligent ? (français)*
- Lamia : *Tu as dit que tu voulais être intelligent, c'est quoi être intelligent pour toi ? C'est quoi l'intelligence ? (arabe)*
- Adil : *L'intelligence c'est une idée, c'est savoir répondre aux questions. (arabe)*
- Moi : *Les questions à l'école ou à la maison ? (français)*
- Adil : *À l'école. (français)*

[...]

- Moi : *Qu'est-ce que tu as compris de ce que les docteurs ont dit ?*
- Lamia : *Les docteurs ou Aida, qu'est-ce qu'on t'a dit ? Qu'est-ce que tu as ?*
- Adil : *Je ne sais pas ce que j'ai [...] On me dit que j'ai besoin de travailler. »*

Comme je l'ai souligné auparavant et comme le rappelle Adil, il est rarement dit aux enfants, notamment les plus jeunes qui sont suivis par les psychomotriciennes ou les orthophonistes, qu'ils viennent en raison de l'existence de troubles ou de maladies. Il leur est même répété qu'ils « ne sont pas malades » – ce qui, semble-t-il, contribue à la mise en sens opérée par les enfants afin de comprendre et de reformuler le diagnostic avec les données dont ils disposent et qu'ils s'approprient au fil des séances et consultations. Les professionnelles justifient ce souci de ne pas parler de maladie par leur volonté de ne pas stigmatiser les enfants – c'est ainsi qu'elles le présentent et elles confirment ce que j'ai pu observer auprès de la famille avec qui je vis ou les personnes rencontrées à l'extérieur de l'hôpital : l'hôpital jouit d'une mauvaise réputation auprès des habitants de la ville qui

associent le lieu à la folie. Se rendre à Al-Balkhi, c'est courir le risque fort probable d'être étiqueté comme fou. Les professionnelles cherchent donc à rompre les effets stigmatisants induits par un suivi à Al-Balkhi lorsqu'elles expliquent aux enfants qu'« ils ne sont pas malades ». Adil, comme tout patient, a donc reformulé les propos des professionnelles qui ont initialement diagnostiqué des « troubles du comportement », puis ont confirmé « un autisme ». Pour le garçon de huit ans habitué à fréquenter le monde hospitalier depuis ses quatre ans, venir à l'hôpital lui permet donc de « devenir intelligent ».

Et d'autres enfants

Une appréciation similaire se retrouve chez Younes, douze ans, diagnostiqué et suivi pour une légère déficience intellectuelle. Lorsque je lui demande s'il sait pourquoi il vient à l'hôpital, il répond que c'est pour « rétrécir cette chose au cerveau et pouvoir [s]e concentrer à l'école ». Même constat chez Baddia, douze ans, diagnostiquée avec un TDAH et trouble de concentration : elle développe un argument semblable à celui des garçons afin d'expliquer son suivi à Al-Balkhi quand elle m'explique avoir un « problème de concentration » qui l'empêche de « bien travailler » à l'école : elle vient en séance pour « stimuler l'intelligence ». Chez ces trois enfants, intelligence et cerveau sont les décodageurs de leur présence en séance. L'intelligence équivaut à un statut, celui d'être intelligent ; mais elle est aussi une chose qu'il faut avoir, et si possible en quantité, et le cas échéant, qu'il faut augmenter ou stimuler par le travail. Peu de place aux doutes ou équivoques : le travail, pour les enfants comme pour les professionnelles, est la réponse. Même si, en aparté, les professionnelles expriment quelques incertitudes pour des enfants comme Younes, dont les troubles diagnostiqués limiteront ses possibles progressions quelles que soient la quantité et qualité de travail réalisé. Pour les enfants comme pour les adultes, « devenir intelligent » et œuvrer en ce sens demeurent l'idéal guidant les séances. Les propos des enfants mettent au jour plusieurs représentations, aux conséquences diverses, de l'être ou du devenir intelligent qu'ils poursuivent en venant à l'hôpital. Premièrement, la naturalisation dont jouit l'« idée » d'intelligence – pour reprendre les termes d'Adil – fait qu'elle est perçue et traitée comme une donnée quantifiable, tangible et donc réelle. Elle se mesure avec les échelles de QI (Welcher) et sa progression peut être évaluée (avec par exemple l'ajout progressif du nombre de cartes dont les enfants doivent se rappeler quand ils travaillent sur leur mémoire. Deuxièmement, corollaire de la première représentation, l'intelligence pouvant être

maîtrisée, les enfants *ont* la capacité d'agir sur elle et cette compétence revêt un double statut : une potentialité qui se travaille dans la cadre de la séance, mais aussi une obligation – celle de la maîtriser. Troisièmement, elle atteste de la poursuite de l'excellence scolaire, indicateur de l'accomplissement réussi du métier d'élève : elle est la marque du « modèle de bon élève » qui prédomine dans l'esprit des enfants et des professionnelles, y compris dans un contexte thérapeutique. La recherche de l'excellence qui, par ailleurs, laisse peu de place aux autres compétences, constitue un objectif partagé. Même si les compétences de psychomotricité sont travaillées, il y a toujours l'idée de concentration ou d'attention, de maîtrise, et plus largement de contrôle de soi qui, *in fine*, doit permettre ensuite de mieux travailler à l'école.

Ces trois enfants (Adil, Younes et Baddia) observés en séance hebdomadaire d'orthophonie et de psychomotricité sont toujours restés très concentrés et appliqués. Leurs réponses à mes questions reflètent la motivation et l'engagement qui sont les leurs lors de leur travail en séance. Néanmoins, je pense qu'un enfant comme Amar, bien que les manifestations de son engagement soient moins conformes à ce qui est attendu de lui, poursuit également (mais de manière certes moins soutenue) la mission qui lui est confiée lorsqu'il est en séance : apprendre par et apprendre avec les adultes son métier d'élève. Tous ces enfants le pratiquent, s'y exercent. Leurs comportements montrent qu'ils connaissent les « ficelles du métier », expression empruntée par Philippe Perrenoud à Howard Becker lors d'une communication durant laquelle il revient sur l'origine de sa thèse et de la notion de « métier d'élève » qu'il l'a développée. C'est à sa définition, introduite ci-dessous, que je fais référence lorsque je parle de « métier d'élève » :

« [...] un bon élève est un élève qui fait bien ou très bien son métier, c'est-à-dire qui maîtrise à peu près les rituels, les règles, les gestes, les outils, le *timing*, les formes, les mises en pages, toutes ces petites choses qui autorisent l'enseignant à dire ou écrire en marge : “*Vu, correct, juste, c'est bien, continue, fais-en un autre !*” » (Perrenoud, 1996)

Philippe Perrenoud s'intéresse à l'excellence et à l'échec scolaire. Il choisit la métaphore du métier d'élève, qu'il estime somme toute peu originale, afin de comprendre autrement ce qui définit la réussite ou l'échec scolaire. La notion du métier d'élève, « qui ne dit rien de l'adhésion de l'élève au projet d'instruction ni de l'efficacité des activités engagées à ce titre » lui permet « de désigner une forme de conformisme et de productivisme dans l'exécution de tâches répétitives » (*Ibid.*). L'auteur définit ce métier par cinq caractéristiques : les enfants ne sont pas libres de choisir leur métier ; ils n'ont pas

d'autonomie ; ils sont sans cesse sous le regard des adultes, la sphère personnelle n'existe pas ; ce dispositif se poursuit en dehors de l'école, avec les parents comme surveillants du prolongement du métier à la maison ; l'évaluation y est omniprésente. La ressemblance entre ce qui se passe à l'hôpital et ce qu'est le métier d'élève pour cet auteur m'offre d'autres éléments pour penser le rapprochement effectué par les enfants entre l'hôpital et l'école puisqu'ils considèrent ce premier lieu comme celui qui leur permet l'apprentissage du métier d'élève. L'hôpital constitue une sorte de préparation à l'école, en raison de ses caractéristiques similaires, facilitant l'incorporation de la forme scolaire en travaillant sur le contenu (les fondamentaux) mais aussi sur la forme (les savoir-être scolaires). Les enfants n'ont pas choisi d'être patients à l'hôpital ; le regard des professionnelles est omniscient, que ce soit en consultation ou en séance, les adultes scrutent leurs gestes, leurs positions – y échapper n'est pas possible (même si, comme Amar mettant sa capuche, certains s'y essaient) ; des parents, comme je le montrerai, il est attendu qu'ils prennent le relais afin de prolonger dans l'espace domestique l'apprentissage et l'exercice du métier de leur enfant ; enfin l'évaluation est pareillement permanente, avec des vérifications d'une semaine à l'autre et une sanction, celle de l'arrêt de la thérapie, si l'échec est constaté. La place de l'autonomie est plus complexe à l'hôpital que dans le contexte scolaire étudié par Philippe Perrenoud, et j'y consacre la partie suivante, mais pour le reste, en m'appuyant sur l'argument de Philippe Perrenoud, j'attribue aux « corps disciplinés » précédemment décrits une finalité : celle d'accomplir, de manière plus ou moins réussie, le métier d'élève, assurant aux enfants une présence sur les bancs de l'école.

Ne peut-il s'agir que de cela ? Les enfants n'apprennent-ils vraiment qu'à être des élèves ? Est-ce l'unique finalité ou d'autres enjeux, plus ou moins explicites, sont-ils identifiables ? Si le parallèle avec l'école est omniprésent dans le fond comme dans la forme des séances et des propos des protagonistes, je m'interroge néanmoins sur l'ampleur des changements de « comportements » observés. Philippe Perrenoud écrit « qu'à l'école, on est très loin de produire constamment des compétences ou des connaissances transférables. On est en train de faire des exercices "comme il faut", et de les contrôler et les corriger à perte de vue... » : qu'en est-il des compétences acquises en séance ? Est-ce similaire à ce que l'auteur observe à propos de l'école ? Qu'en est-il de l'autonomie ? Les changements de « comportements » n'entraînent-ils pas des modifications plus vastes que l'accomplissement des exercices ? Puisqu'il est question d'apprentissage, qu'apprennent-ils d'autre ? À quoi cela correspond-il ? Est-ce toujours un métier ? S'agit-il d'un autre métier, celui du « métier d'enfant » ?

5.2.2. ...Au métier d'enfant

L'expression de « métier d'enfant » inventée par Pauline Kergomard, inspectrice des écoles maternelles sous la III^e République, a été reprise par Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot (1973) dans une étude consacrée au « processus de socialisation, de préparation scolaire et de développement intellectuel » que les enfants expérimentent à l'école maternelle (*Ibid.*, p.323). Ce terme est initialement utilisé par l'inspectrice pour décrire ce que les enfants doivent faire à l'école maternelle, c'est-à-dire y être libre de s'épanouir selon leur nature et pouvoir y « être soi » (*Ibid.*, p.322)²²³, mais l'analyse de ce métier par les deux sociologues met en avant l'ambivalence associée à la libération prônée par l'inspectrice, à savoir que « ce mouvement de libération se change en contrainte avec l'aménagement systématique de ces terrains, de ces occasions, et de ces instruments. » (*Ibid.*, p.322)²²⁴. Avec l'extrait suivant, enregistré lors d'une séance entre Amra (la psychomotricienne) et Rezik, je montre comment ce double mouvement – de libération et de contrainte – se produit pendant la séance et les manières dont le métier d'enfant « se performe » dans un dispositif thérapeutique qui reste toutefois marqué du sceau de la discipline précédemment exposée (Garnier, 2019, p.157). Le passage, dans mon argumentation, du métier d'élève (faisant référence principalement à l'acquisition des fondamentaux) au métier d'enfant (qui englobe la performativité, par les enfants, des pratiques associées aux représentations de l'enfance chez les professionnelles) sert donc à rendre compte de l'ambivalence entourant la place de l'autonomie dans le contexte des séances et des consultations.

²²³ Cette perspective est représentative d'au moins deux transformations des perceptions de l'enfance (tout spécialement en lien à mon propos) : l'école maternelle, nous disent les deux sociologues, n'est plus uniquement vouée au dressage, mais elle est aussi un « centre de diffusion de règles d'hygiène, de puériculture, de diététique » (p.320) ; l'enfance se voit attribuer un nouveau statut en tant qu'objet d'apprentissage dont l'école maternelle est l'instrument principal.

²²⁴ Par terrain, occasions et instruments, il faut respectivement entendre les espaces situés dans les bâtiments accueillant les enfants (terrain de jeu), les temps (de repos, d'ennui) et les instruments pour accomplir les exercices proposés.

5.2.2.1. *Rezik : parler quand l'adulte l'autorise*

Durant cette séance, Amra, la psychomotricienne, a introduit un chronomètre afin de travailler sur la rapidité d'exécution de certains mouvements. Rezik doit réaliser un circuit : d'un côté de la pièce, des étoiles et des carrés de couleurs variées (bleu, vert, jaune, rose et rouge) et de l'autre, des cercles de couleur avec des jetons associés (en nombre et en couleur) aux étoiles. Se déplaçant d'un bout à l'autre de la pièce, il doit mémoriser la couleur et le nombre d'étoiles ou de carrés pour ensuite aller chercher dans le cercle les pièces équivalentes qu'il doit ensuite revenir placer avec les autres en les enfilant dans une boîte dont l'entrée reprend la forme contenue (étoile, carré, rond). Amra présente le jeu comme « une compétition » et précise qu'il faut respecter le temps : quand le chronomètre sonne, il doit s'arrêter. Il faut qu'il fasse vite, elle l'incite « à courir » – ce qui est compliqué pour Rezik au vu de ses difficultés motrices (notamment une instabilité des jambes et une absence de force dans les mains). Il s'agit donc de marcher vite, d'attraper vite les jetons, de réfléchir vite ; or, Rezik n'aime pas faire les choses vite, car cela requiert un contrôle de son corps qu'il n'a pas nécessairement. En observant, je trouve cet exercice particulièrement complexe en raison du nombre d'éléments sur lesquels il doit se concentrer. Par ailleurs, Rezik bave, ce qui implique qu'en plus de l'exercice, il doit, s'il ne contrôle pas sa bouche, s'essuyer avec un mouchoir. Ce jour-là, avec le stress de l'exercice, il bave beaucoup et il n'a pas de poche où mettre son mouchoir – ce qui ajoute de la tension entre Amra et lui, lui ne sachant pas quoi faire de ce mouchoir, elle le pressant de trouver un endroit où le mettre (dans sa manche) pour vite poursuivre l'exercice.

Durant les huit premières minutes, Amra lui rappelle, lorsqu'il est du côté des pièces placées dans des cercles, la forme, la couleur, le nombre des pièces à prendre : « deux carrés roses » « quatre étoiles jaunes ». Il se trompe malgré son aide, saisissant « les mauvaises pièces » posées dans les cercles au fond de la salle qu'il doit ramener vers le bureau. Par ailleurs, il ne parvient pas facilement à mettre les pièces dans la boîte, même en étant assis comme on le lui impose finalement après avoir constaté qu'il n'y parvenait pas debout. Par ailleurs, Amra travaille sur la pince (pouce et index doivent exercer une pression pour pouvoir attraper la pièce) et elle insiste sur le fait que Rezik doit saisir chaque pièce avec ces deux doigts – lui faisant répéter à chaque manipulation « les deux doigts » et de « mettre la main à l'envers » (pour que la pièce soit bien orientée pour entrer dans la fente prévue à cet

effet). La motricité fine que cette dernière partie de l'exercice implique est difficile pour Rezik – Amra, à l'occasion lui montre quoi faire et comment en lui saisissant la main.

Un peu avant la quinzième minute, une fois le temps jugé nécessaire à l'apprentissage de cette consigne écoulé, Amra indique à Rezik qu'il doit faire seul : « Je ne vais pas te prendre la main comme un petit enfant, vas-y », « C'est la dernière fois que je te renseigne, je vais m'en aller ». Deux éléments centraux transparaissent dans cette injonction à l'autonomie qui ont pour objectif de rendre Rezik capable de faire seul, la première marquant le changement de régime d'action : au régime d'action « d'apprendre avec » l'adulte, durant lequel Amra guidait sa main et aidait ses doigts à exercer la pince sur la pièce, doit désormais se substituer celui « d'apprendre par » l'adulte durant lequel il fait ce qui lui a été indiqué et transmis par Amra. Le deuxième élément concerne la menace formulée par Amra : le passage à l'acte impliquerait de laisser Rezik faire seul cet exercice. Or, ses pleurs face à l'ultimatum posé montrent à quel point il a intégré l'obligation de *devoir faire* l'exercice, y compris s'il se trouvait seul dans la pièce. Ce type d'injonction épouse les caractéristiques du métier d'enfant mentionné par Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot, avec d'un côté un élan vers l'autonomie, la liberté de faire seul, et de l'autre l'obligation et la contrainte d'être autonome selon les directives données aux enfants par les adultes.

Finalement, l'injonction à l'autonomie ne se matérialise pas vraiment au travers des actions de Rezik, qui peine à faire seul ce qui lui est demandé. Toutefois, il sait que « bien travailler » en séance, bien faire son métier (d'élève et plus largement d'enfant), c'est essayer, c'est être concentré – ce n'est pas nécessairement réussir l'exercice, mais au moins tenter de le faire – signe qu'il a compris, qu'il sait, à l'image d'Amar, ce qui est attendu de lui, ce qui a du sens et de l'importance pour les adultes. Alors, montrant sa motivation à faire, à mi-parcours de la séance, il demande de l'aide, comme dans l'extrait ci-dessous.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Rezik : *Il tombe (en parlant de la pièce qui lui échappe des doigts car la pince de ces derniers n'est pas assez forte).*
- Amra : *Il ne tombe pas, c'est toi qui ne sais pas comment faire.*
- Rezik : *Tu me le donnes s'il te plait, je ne sais pas comment faire.*

- Amra : *Tu sais comment faire. Tu essuies ta bouche. Vas-y, les deux premiers doigts. Regarde, rappelle-toi bien. Regarde, regarde mes mains. On fait hop, hop, ça y est ? Tu refais avec tes mains. Vas-y, on met du jaune, du jaune, qu'est-ce qu'on fait ? Voilà. Voilà. Non voilà, du jaune. Deux doigts. Qu'est-ce qu'on fait encore ? Voilà, tu y es presque, non tu recommences, recommences.*
- Rezik : *Deux doigts.*
- Amra : *Oui.*
- Rezik : *On remet à l'envers.*
- Amra : *Voilà. Voilà, tu le mets d'en haut. D'en haut.*
- Rezik : *Comment d'en haut ?*
- Amra : *Par ici.*
- Rezik : *Par ici ?*
- Amra : *Oui comme ça, vas-y. On met maintenant celui-là, rose. Deux doigts, c'est ici.*
- Rezik : *Deux doigts, on remet les mains à l'envers.*
- Amra : *Deux doigts, on remet nos mains à l'envers. Tiens, deux doigts.*
- Rezik : *Non, je suis fatigué.*

Entre encouragement et prescription à faire, Amra poursuit sur sa lancée, ayant pour visée que Rezik fasse seul ce qui lui est demandé. La demande d'aide du garçon ne fonctionnant pas vraiment comme souhaité, il continue l'exercice un instant, obéissant à la consigne qui lui est formulée, avant de simplement s'hasarder à dire qu'il est « fatigué », espérant, comme c'est parfois le cas quand sa requête est entendue, que cela marquera la fin proche de l'exercice. Mais malgré cette déclaration, Amra poursuit l'exercice et Rezik continue de travailler. Chacun tient son rôle : Amra le pousse, lui fait faire ce qu'il doit apprendre ; Rezik fait le nécessaire, en y parvenant de temps à autre. Deux doigts. Avec les mains à l'envers. Le rose. Il s'essuie la bouche. Deux doigts.

Jusqu'au moment où, respectant la consigne de dire ce qu'il fait au moment où il le fait, il dit :

- Rezik : *Je me mets debout (mais à cet instant il est censé être assis pour mettre la pièce dans la fente).*
- Amra : *Quoi ?*

Rezik : Oh, mais non. Mais noooooon. Non, non (il connaît Amra et décèle le fait qu'elle ne soit pas contente ; son expression signifie qu'elle a parfaitement compris ce que Rezik lui dit mais qu'elle lui demande de répéter pour voir s'il osera dire ou faire deux fois quelque chose qui ne respecte pas la consigne).

- Amra : *Ça y est, debout (lorsqu'Amra demande à Rezik de se mettre debout pendant un exercice, cela peut signifier, comme dans le cas présent, que la séance est terminée – ou qu'elle fait mine de – et qu'il peut aller chercher sa maman. Le simple fait de dire cela fait pleurer Rezik, qui voit cet achèvement précoce de séance comme un échec à faire ce qui est demandé.*

(Rezik pleure)

- Amra : *Ça fait des heures et des heures que je te demande de travailler.*
- Rezik : *Non, non non (Rezik est toujours debout).*
- Amra : *Tu t'assoies sur la chaise (reprise du travail).*
- Rezik : *Me voilà.*
- Amra : *Tu essuies ta bouche. Tu essuies ta salive.*
- Rezik : *Voilà.*
- Amra : *Ne me parle plus.*
- Rezik : *Tu m'as dit de m'asseoir.*
- Amra : *On travaille pour la dernière fois, on travaille pour un seul cas.*
- Rezik : *Oui.*

- Amra : *On met du rouge ici.*
- Rezik : *Du rouge, deux doigts ici et on remet à l'envers nos mains.*

Amra l'encourage à finir l'exercice. C'est presque la fin de la séance. Avant que la mère de Rezik ne rentre pour le récupérer, Amra veut finir de mettre les pièces dans la boîte, ou nous pourrions dire, elle veut que Rezik finisse de mettre les pièces dans la boîte – l'autonomie (le qui fait quoi) se brouille, la volonté de l'une prend le dessus sur la volonté de l'autre, mais le résultat donnera l'impression que Rezik a fait l'exercice, qu'il a pu répondre à cette injonction d'autonomie.

- Amra : *Tiens, vas-y, continue.*
- Rezik : *J'y vais.*
- Amra : *Il te reste deux (deux pièces à mettre).*
- Rezik : *Je te fais une présentation.*
- Amra : *Si tu arrives à faire vite.*
- Rezik : *Tiens voilà, on remet nos mains à l'envers. Tiens voilà.*
- Amra : *Il t'en reste un.*
- Rezik : *Il me reste un.*

Amra : Enfin, maintenant tu fais ta présentation puisque tu as travaillé. (elle applaudit quand il termine).

- Rezik : *Julie (il m'appelle en même temps qu'il se lève). Tu me retires, tu retires la table. (Il s'agit d'un monologue de Hdiddan).*

De 25 : 16 à 26 : 06, il récite le monologue. Puis elle l'interrompt pour lui signaler qu'il n'y a plus qu'une minute :

- Amra : *Regarde, tu as une seule minute.*
- Rezik : *Quoi ?*

- Amra : *Tu as une seule minute pour faire ton monologue. Vas-y, tu termines.*
- Rezik : *Vas-y.*
- Amra : *Je te regarde.*
- Rezik : *Non.*
- Amra : *Vas-y éclate-toi.*
- Rezik : *Tu me filmes.*
- Amra : *Non, je ne te filme pas.*
- Rezik : *Non, tu me filmes.*
- Amra : *Non, je ne te filme pas, je surveille le chrono. Écoute, le temps passe vite.*
- Rezik : *Non, je ne fais pas ma scène.*
- Amra : *Ça y est, on y va.*
- Rezik : *Non.*
- Amra : *Ça y est, une seule minute.*

Il reprend le monologue :

- Rezik : *Haddo Qaddou. [Il dit le titre du monologue]*
- Amra : *Attends (elle remet le chronomètre en route pour une minute, elle l'avait mis en pause pendant leur discussion pour savoir si elle filmait ou non).*

Il reprend le monologue à 26 : 30.

- Rezik : *(Le monologue de Hdiddan) – il pose une question à Amra sur ce qu'il raconte : Où est Hdiddan ?*
- Amra : *Où ?*
- Rezik : *Il est parti au pèlerinage*

[Une minute plus tard, l'alarme sonne]

- Amra : Ça y est, le temps s'est écoulé.
- Rezik : *Pas encore.*
- Amra : *On a terminé (elle ouvre la porte en même temps pour faire entrer la mère de Rezik).*
- Rezik : *Maman.*
- Amra : *Chut. »*

Dans cet extrait nous retrouvons l'ensemble des éléments mentionnés sur les corps dociles qui conduisent au métier d'élève : des temps accordés, une sériation toujours présente, un cadre dont l'adulte est le maître, et la maîtrise de la temporalité. Mais, cette séquence illustre également ce double mouvement évoqué par Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot au sujet du métier d'enfant : des instants de liberté sont octroyés (« Éclate-toi » – notamment lorsque Rezik peut réciter le monologue), mais ils s'intercalent dans une organisation systématisée par l'adulte (« Maintenant, tu fais ta présentation »). Ainsi, une place est certes faite à ce que l'enfant veut, lui offrant un temps d'apparente liberté pour faire « son métier d'enfant » et être dans le jeu, mais cela se réalise aux conditions de l'adulte (« Je ne te filme pas », « C'est moi qui dicte ce que tu vas faire et pas toi ») avec, de nouveau, la temporalité imposée et contrôlée par l'usage du chronomètre que l'enfant ne peut pas toucher. Du métier d'enfant tel qu'ils l'interprètent en termes sociologiques, Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot concluent qu'il est le travail fait par les enfants pour s'approprier les représentations que les adultes se font d'eux en tant qu'enfants (1973). Dans le contexte de l'hôpital, je constate que les représentations correspondent autant au métier d'élève, conduisant les enfants à apprendre les formes, les couleurs, les chiffres et à respecter les règles et le cadre, qu'au métier d'enfant les autorisant à jouer, à être irrationnel, à faire des choses drôles, à être ou agir selon ce qui est attendu des professionnelles. Les enfants deviennent donc les enfants que les adultes imaginent. Le premier niveau de métier d'enfant, décrit par les auteurs, consiste donc à faire ce qui est attendu, selon les représentations en vigueur, mais il semble qu'un deuxième niveau d'exercice doit être reconnu. La manière d'être et d'agir, la manière d'être au monde, repose sur la capacité des enfants (apprise dans le cadre de l'hôpital) à lire ces représentations, à lire ce qui est important pour les adultes. Faire ce qui

est attendu des adultes implique de pouvoir reconnaître ce qui est attendu. Le métier d'élève et d'enfant ne peut, en ce sens, être détaché de cette fonction de travailleur du *care*, à savoir un travailleur à même de percevoir ce qui compte, de cerner le sens de l'importance.

Cependant, pour décrire le « métier d'enfant » tel qu'il est transmis à l'hôpital, il semble qu'une caractéristique doit être mise en avant : l'obéissance à laquelle les enfants doivent se soumettre (Christine El Ouardani, 2018). Je l'ai retrouvée énoncée de manière plus ou moins explicite dans toutes les séances des enfants plus jeunes : parler quand l'adulte l'autorise, c'est obéir à l'adulte, mais de façon plus tacite, c'est travailler sur ses émotions pour, par exemple, être un bon camarade de classe. Les actes de désobéissance montrent quant à eux que les enfants, ayant perçu la nécessité de ce mécanisme pour le maintien des séances, savent comment accomplir leur métier, se donnant la possibilité d'« obéir librement ».

5.2.2.2. *Travailler sur les émotions*

Travailler sur ses émotions fait partie du travail que l'enfant doit faire, même s'il n'est jamais l'objet d'une verbalisation pour les plus jeunes – contrairement aux plus grands. L'extrait de séance ci-dessous en donne un exemple similaire à ce que Rezik a vécu avec Amra.

Extrait de mon carnet de terrain

« C'est l'heure. Amra ouvre la porte et Rezik entre seul dans le bureau, son cahier à la main. Je le suis ; sa mère reste dans la salle d'attente. Contrairement aux séances précédentes, il met un certain temps à aller s'asseoir au petit bureau.

- Allez Rezik, assieds-toi, maintenant, on va travailler.

Mais ce matin, Rezik ne semble pas prêt à travailler.

- Julie, ça va ? me demande-t-il avant de se mettre à chanter tout en marchant dans la pièce.

- Rezik, allez, viens t'asseoir, c'est l'heure.

Amra met sa main sur la chaise pour l'inviter à s'y installer.

- *Rezik, viens t'asseoir, répète Amra.*

Il m'explique qu'aujourd'hui, le travail porte sur « la motricité fine ». Il prend un stylo en main et me dit :

- *Tu vois, faire ça (il pince la pointe du stylo entre ses doigts) pour lui ce n'est pas facile, c'est un grand effort. [...] Sa main, et tout son corps, ce n'est pas assez tonique, alors avec moi l'objectif, c'est de travailler la tonicité. Ça s'appelle la motricité fine.*

Rezik doit former des lettres selon le modèle présenté devant lui dans son cahier. Au début, Amra lui tient la main et la guide le long des traits où Rezik doit former des lettres selon le modèle présenté devant lui dans son cahier. Au début, Amra lui tient la main et la guide le long des traits en pointillés sur la feuille. Cette aide apportée par Amra permet à Rezik de tracer les premières lettres. Toutefois, il peine à se concentrer. Il me regarde, attrape le visage d'Amra avec une main pour qu'elle le regarde

- *Hey Amra, écoute-moi [...] regarde.*

Mais Amra regarde le cahier et continue de faire travailler son autre main. Puis vient son tour d'écrire seul.

- *Non Amra, aide-moi, s'il te plait, je ne sais pas faire.*

Il se lève, les yeux rouges de larmes, et commence à réciter, mot pour mot, les tirades de sa série préférée.

- *Rezik, non ! C'est l'heure de travailler, concentre-toi. Tu écris. Tu travailles et après tu pourras jouer.*

Mais Rezik reste debout, déambule d'un pas bancal dans la pièce, et récite les dialogues de la série.

- *Rezik, ça suffit. Ce n'est pas le moment. Je ne suis pas contente.*

Rezik ne s'arrête pas. Il semble ne pas entendre les commentaires.

- *Rezik, stop, assieds-toi, viens ici [...].*

- *S'il te plait Amra, attend [...].*

Rezik veut encore jouer. Amra poursuit :

- *Si tu n'arrêtes pas, on arrête de travailler, et tu vas voir Maman. Je vais lui dire que tu n'as pas voulu travailler. Elle ne va pas être contente.*

Cette fois Rezik entend. Il s'énerve, pleure à grosses larmes et dit :

- *Non, je ne veux pas arrêter [...] ne dis rien à maman [...] d'accord, j'écris maintenant.*

Il s'assoit, arrête de pleurer et écrit les lettres, seul. En fin de séance, auprès de la mère, Amra minimise la teneur de l'événement :

- *C'était pas facile aujourd'hui ; il ne voulait pas trop travailler au début, mais après il a bien fait. »*

Ce n'était certes pas facile d'après Amra, mais Rezik a finalement été en mesure de contrôler ses émotions, de respecter les règles en vigueur, et de travailler la pince du stylo. Sa participation a été rendue possible par la maîtrise de ses sentiments.

Ce travail sur les affects doit aussi permettre aux enfants de gérer leurs émotions afin de pouvoir être avec les autres enfants, selon les normes en vigueur à l'école par exemple. Le groupe de travail mis en place pour trois enfants qui ont été diagnostiqués avec un trouble du développement est l'un des lieux où j'ai pu constater que ce travail sur les habilités sociales faisait écho à cette dimension de la forme scolaire, rappelant les fonctions de moralisation identifiées par Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot à propos de l'école : « inculcation d'une morale du bon compagnonnage à travers les régulations des sentiments et des attitudes dans la classe gérée comme une petite communauté » (1973).

Extrait de mon carnet de terrain

« Dans ce groupe, les enfants sont donc préparés, entraînés à être de bons compagnons, des amis. En début de séance, Dawiya dit :

- [...] On va voir si vous vous rappelez bien de vos noms les uns les autres. D'accord ? Celui-là s'appelle comment ? Il s'appelle comment ? Ton ami s'appelle comment ?

- Yacine : *Ce n'est pas mon ami.*

- Dawiya : *D'accord, il s'appelle comment ?*

- Yacine : *Adil.*

- Dawiya : *(Applaudissement) Bravo Yacine.*

En fin de séance lors du compte-rendu à la mère, Dawiya revient sur cet épisode.

- Dawiya : *Il a juste un petit problème, il n'arrive pas à intégrer le groupe.*

- Maman de Yacine : *Il a dit à l'enfant qui vient juste de sortir qu'il n'est pas son ami.*

- Dawiya : *Il ne voulait pas jouer avec eux, il préfère jouer tout seul.*

[...]

- Dawiya : *Il joue tout seul, il doit apprendre à se faire une place entre ses camarades, je le fais intégrer petit à petit dans le groupe, c'est son problème. Il pose la question : quel est le nom de ton ami ? au lieu de dire : quel est le nom de notre ami ?*

- Maman de Yacine : *Hahaha (elle rit).*

Dans la suite de la conversation, la mère de Yacine explique que Yacine pointait que cet Adil du groupe de travail n'est pas son ami car il connaît un autre Adil qui est son ami – du moins, c'est l'interprétation présentée par la mère. Mais ce point n'est pas relevé par la soignante – bien qu'il suppose l'existence de sentiments d'amitié

avérés et reconnus par Yacine pour son ami Adil – et elle conclut sur cet épisode en insistant sur le fait que Yacine doit apprendre à jouer avec les autres.

- La prochaine fois, tu vas jouer avec des camarades, tu ne vas pas jouer tout seul ? »

Quel que soit leur métier, les enfants obéissent à la figure d'autorité. S'exercer à ces deux métiers, c'est emprunter une passerelle pour exister aux yeux des adultes pour qui les autres formes de vie ne sont pas adéquates ; c'est éviter les réprimandes, les manifestations de déceptions de la part des professionnelles ou des parents, une fois que ces derniers sont invités à rentrer dans la salle ; c'est éventuellement recevoir le cadeau promis (un gâteau, un jeu d'échecs, une petite voiture, un cahier, des crayons, etc.) ; c'est donner un sens à sa vie d'enfant, en prenant la voie que les adultes ont ouverte. Le déclassement social inhérent à toute perte de métier, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, semble être une sorte de fardeau, car en dehors de la forme scolaire, peu d'alternatives sont données aux enfants lors des séances ou en dehors : que faire d'un enfant qui ne va pas à l'école ? Comment être avec un enfant qui n'est pas élève ? À travers les séances, les enfants apprennent à être cet élève, cet enfant que les adultes se représentent. Ils n'apprennent pas seulement à faire, ils apprennent aussi à faire ce qu'il faut pour pouvoir faire. Dans ce lieu, ils apprennent par et avec les adultes comment devenir élève, comment devenir enfant, et réintégrer ainsi les cercles sociaux dans lesquels ils doivent s'inscrire. S'ils ne s'y inscrivent pas, la vie s'arrête – au sens figuré (ils ne vont pas à l'école, ils ne font plus de sorties en famille, ils n'ont plus d'amis), mais aussi, nous le verrons avec les adolescents, avec des idéations suicidaires qui entraînent parfois des passages à l'acte. Alors les enfants font, apprennent, respectent, obéissent. Ils sont des acteurs sociaux, ils sont les co-acteurs de la thérapie qui les mène à être ce qui est attendu d'eux et qui leur donnera une place à l'école, dans leur famille, avec leurs amis... J'ai choisi de penser l'investissement des enfants dans les séances en termes de « travail » ou de « métier », car je considère que ne pas remplir les fonctions qui s'y attachent a des implications diverses. Quelques exceptions existent pour les enfants pour qui l'école est impossible – c'est notamment le cas des enfants suivis à l'hôpital de jour, pour qui la socialisation, la capacité à verbaliser, l'autonomie (telle qu'entendue par les professionnelles) pour aller aux toilettes ou pour manger est insuffisante : la superposition des métiers d'élève et d'enfant est moins évidente pour eux. Mais pour les autres, comme

pour Rezik, j'observe ce que Pascale Garnier et d'autres auteurs avant elle expriment : enfance et école vont de pair – métier d'élève et métier d'enfant se chevauchant.

Dans les situations introduites ci-dessus, j'ai mis en exergue le fait que les enfants font ce qui leur est demandé, avec ou sans l'accompagnement des professionnelles – preuve, aux yeux des professionnelles, de leur acquisition de certaines formes d'autonomie d'une part, et de l'incorporation du « cadre » (dont l'objectif d'autonomie fait partie) d'autre part ; j'ai également proposé une explication aux raisons de leurs agissements. De cette apparente soumission aux ordres donnés se dégage toutefois une posture active qui peut parfois tendre à disparaître face à la réponse, certes plus ou moins chahutée, aux attentes dont ils font l'objet. En apprenant leur métier d'enfant en séance d'orthophonie ou de psychomotricité, les enfants rendent compte de leur capacité d'apprendre (avec et par les adultes, mais aussi par eux-mêmes comme je le montrerai plus tard) et d'accomplir ce travail. Dans le contexte hospitalier, la réalisation de ce travail correspond, comme je l'ai évoqué précédemment, à la participation à « l'ordre négocié » décrit par Anselm Strauss qui a insisté sur le travail médical réalisé par l'ensemble des acteurs, y compris les patients et leur famille (A. Strauss et al., 1992). Ce travail est aussi une manière d'apprendre à vivre avec ce qui leur arrive et de contrecarrer (et éventuellement de maîtriser) ce qui les empêche « d'être intelligent » (comme le dit Adil par exemple), de pouvoir lire ou de parler normalement, c'est-à-dire comparativement aux autres enfants de leurs familles ou à leurs camarades de classe. Dans les séquences présentées, j'ai voulu souligner que des contraintes, un cadre, des règles existent, mais qu'ils sont négociés par moment, avec plus ou moins de visibilité et d'effets de démonstration (c'est-à-dire plus ou moins subtilement), car il est aussi question pour les enfants de travailler à quelque chose qui compte pour eux. Même si cela n'est pas souvent verbalisé par les enfants, il y a des formes de satisfaction, exprimée par des sourires, à pouvoir réussir à faire quelque chose : la joie de finir un exercice, de reconnaître une lettre, de compter, de raconter une histoire. Il y a le bénéfice immédiat d'apprendre – les enfants étant ainsi, je l'ai montré, dans une dynamique d'apprentissage : être intelligent ou être calme afin de ne pas être moqué, de ne pas être différent ; ils comprennent que leur présence à l'hôpital (même s'ils n'aiment pas y venir comme le pointe Rezik par exemple) et ce qu'ils y apprennent leur permettent de progresser sur ces points. Dans un autre temps, ils progressent aussi au quotidien, au domicile familial (ce point sera abordé dans le dernier chapitre) : en répondant aux exigences des professionnelles qui sont déployées pour apporter des solutions aux problèmes révélés par les parents, les efforts et l'apprentissage qui en

résulte donnent aux enfants l'opportunité de participer à l'équilibre familial, au « faire famille ». Le rôle des parents et la perception que les enfants en ont sont importants car ils façonnent la participation et le mode d'engagement (plus ou moins concentré, plus ou moins attentif, plus ou moins « bon élève ») des enfants aux thérapies. Cette perception est, *in fine*, ce que je considère le signe de « leur sens de l'importance » (*what matters*), avec d'une part, leur réponse aux attentes des adultes les entourant, et de l'autre, l'accomplissement d'activités qui leur apportent satisfaction.

Dans la partie suivante, je montre les signes de micro-résistances et de négociation, que j'interprète comme les résultats de l'usage détourné d'une autonomie qui, d'imposée (répondant à la contrainte extérieure), devient spontanée, indice d'une réelle forme de libération ou, du moins, d'une prise de distance vis-à-vis des contraintes fixées par les professionnelles.

5.2.3. Résistances aux métiers

Les exceptions à la règle présentées ci-dessous introduisent le fait que les enfants ont un rôle actif dans le respect des règles, qu'ils « obéissent librement » (Stebler, 2013). Cette dynamique témoigne, en creux, du travail médical mené en séance par les enfants et les professionnelles.

5.2.3.1. Amar : l'expression par le corps pour résister

Nous sommes de retour dans la séance d'orthophonie avec Amar, Hafida et les deux stagiaires. Dans cet extrait, nous verrons comment une rupture dans l'habitude (le fait que ce soit une stagiaire et non Hafida qui conduise la séance) donne à Amar l'occasion de déroger lui aussi aux règles. Le corps est son instrument de résistance.

Extrait de mon carnet de terrain

« La stagiaire désignée veut commencer à travailler avec Amar. Elle rapproche sa chaise du bureau, mais aussitôt Amar enfle sa capuche, la freinant dans son élan. Entre sa timidité et son embarras d'une première consultation d'un côté, et la spontanéité et l'assurance avec lesquelles Amar refuse de commencer à travailler de l'autre – le tout teinté de l'attitude non-interventionniste de la soignante paraissant décidée à laisser la stagiaire initier seule cette séance –, je constate que les habitudes de travail sont dérégées.

Amar commence à gigoter de plus en plus. Le visage penché vers la table, la capuche toujours sur la tête, il jette de temps en temps un coup d'œil vers le haut, pour observer la stagiaire et Hafida, assise à son bureau et occupée à faire autre chose (je ne vois pas exactement sur quoi elle travaille, j'imagine les dossiers des patients). Le petit sourire aux lèvres affiché par Amar en début de séance se transforme désormais en un rire de plus en plus affirmé. Il regarde furtivement dans ma direction ; j'ai le sentiment qu'il cherche une alliée dans cet acte de rébellion. Il cherche quelqu'un avec qui rire, une issue à cette scène hors cadre. Cette fois j'ai décidé de ne pas sourire ni de rire, mais je m'exerce plutôt à une série de grimaces interrogatrices, faisant mine de ne pas comprendre « tout » ce qui se passe – pas tant son comportement que la présence des stagiaires à l'égard de qui je roule de gros yeux ronds et hausse légèrement les épaules.

Les mains d'Amar sont posées sur son cahier, manière de signaler que son ouverture n'est pas imminente. J'ai l'impression que la stagiaire n'ose pas s'approcher de Amar. Le toucher semble une option encore moins probable. Habitée à voir Hafida intervenir physiquement, je me demande pourquoi la stagiaire est aussi gênée, empruntée, voire réticente à toucher les mains de ce garçon, ou simplement son cahier. La manipulation du corps n'est-elle donc pas « enseignée » dans le cursus d'orthophoniste ? L'attention de Hafida au positionnement du corps de cet enfant est tellement permanente et insistante qu'il me semble que cela doit faire partie des protocoles ou techniques de travail.

Face à la ténacité d'Amar à ne pas ouvrir son cahier et à l'impossibilité pour la stagiaire d'y accéder, Hafida finit par intervenir : « Amar, tu fais quoi ? Enlève ta capuche. » Il ne s'exécute pas. Elle se décide alors à prendre le relais pour le premier exercice, le temps de montrer à la stagiaire comment procéder et/ou de rappeler à Amar que les règles demeurent les mêmes, malgré le changement de partenaire. Quasi rougissante vis-à-vis de l'intervention de la soignante, la stagiaire s'assoit un peu en retrait sur sa chaise, sans toutefois bouger celle-ci. L'espace autour d'Amar se rétrécit encore un peu. Hafida s'installe face à lui, rapprochant sa massive chaise et réajustant les alignements entre le bureau d'Amar, sa chaise et l'armoire. Le repositionnement du mobilier sert de rappel à l'existence du cadre. Elle saisit le cahier pour l'ouvrir à la page souhaitée et pose les mains de Amar à plat sur la table autour (et non plus sur) le cahier. Amar se laisse dorénavant faire, visiblement résolu à coopérer. Elle lui enlève sa capuche et lui dit de « se tenir le dos droit et de mettre bien ses pieds ». La voix d'Hafida est désormais plus grave et ses mouvements sont plus secs, plus rapides, comme pour marquer son mécontentement. Amar doit maintenant obéir, il n'y a plus de place pour les résistances. Il le comprend ; il le sait ; il se réajuste au cadre et se remet en position. Il ne bouge presque plus, attendant qu'Hafida dessine la nouvelle lettre qu'il commencera à apprendre aujourd'hui. Ils peuvent maintenant commencer à travailler. »

Cette séquence, dans laquelle se perçoivent les actes de résistance mis au point par Amar pour aller à l'encontre du « cadre » qu'il devrait respecter, rend compte d'un autre point important en lien avec les manières d'accomplir le travail : « apprendre avec et par » l'adulte implique que l'adulte fasse, sinon la mécanique se dérègle et les comportements des enfants peuvent changer. La présence de la nouvelle stagiaire dévoile ainsi l'importance de l'accordage entre l'enfant et la professionnelle. Elle révèle la co-dépendance de l'un à l'autre pour la réalisation du travail : les deux doivent faire leur travail ensemble pour que la thérapie ait lieu, justifiant l'intérêt de s'accorder sur les finalités et les manières de faire la thérapie. Dans cet accord se dessine la relation thérapeutique, le travail médical conjoint qui se matérialise par la concordance des actes (avoir un cahier ouvert, regarder ce que l'autre fait, écouter ce qu'il dit et agir conséquemment). Je perçois que le co-travail, la participation des enfants au travail médical – pourtant si peu problématisée d'après les échanges eus avec les

professionnelles – se met en place, occupe un espace tangible dans la relation, preuve que l’engagement des enfants ne se fait pas que sous la contrainte. D’autres micro-résistances peuvent également attester du fait qu’ils ne sont pas de simples récipiendaires passifs de ce qui leur est demandé. Ce résultat d’un point de vue de la recherche sociologique n’est que peu surprenant, mais peu de travaux portent sur le contexte pédopsychiatrique et examinent les conduites des enfants suivis dans ce type de structure. Or, étant donné l’enjeu en termes de poursuite de la prise en charge, il est peu évident que les enfants soient enclins à laisser voir ces micro-résistances. Le risque de conflit et de rupture entre parents et professionnels, entre parent et enfant, du fait d’une attitude contraire à ce qui est attendu, rend d’autant plus compliquée la perception de ces signes de micro-résistances.

Comme le montre cette autre séance d’orthophonie avec Hafida ci-dessous, Amar peut aussi décider d’agir autrement, contre la règle, y compris si aucun changement de cadre n’a lieu, prenant l’initiative de le bousculer. En agissant de la sorte, il montre qu’il connaît les ficelles du métier et qu’il sait les tirer à bon escient pour obtenir ce qu’il veut (par exemple, dans cet extrait, pour se faire entendre par Hafidda malgré l’ignorance et l’indifférence à son égard).

Extrait de mon carnet de terrain

« À l’issue de la séance, Hafida a proposé une activité récréative (un puzzle), signe qu’elle estime qu’il a bien travaillé et que quelque chose de plus ludique, mais aussi de plus solitaire, peut être engagé. Elle lui donne le puzzle, d’une dizaine de pièces, et retourne à son bureau. Elle vérifie son smartphone.

Amar fait le puzzle tout seul. Cela semble facile. Il fait ce puzzle en une minute. Il attend. Soudain, il décide de se lever (ce qui ne devrait pas avoir lieu car il ne doit se lever que lorsqu’Hafida l’autorise) et toutes les pièces tombent sur le sol. La soignante le regarde brièvement et retourne à son écran. Amar récupère les pièces par terre et Hafida n’intervient pas : la chute est appréhendée comme accidentelle par Hafida, c’est-à-dire non voulue et aucune réprimande n’est faite. Je le vois car aucun reproche dans la voix, dans les yeux ou dans l’attitude ne transparait. Je pense que Amar le voit aussi. Il est souvent grondé pour des actions hors de la règle telles qu’une pièce qui tombe, pour trouver cette indifférence surprenante. Il s’assoit et

complète à nouveau le puzzle. Encore une fois, cela se fait en une minute. Il attend. Il me regarde, je le félicite pour la complétion du puzzle. Il regarde vers Hafida, rien. Elle est concentrée sur autre chose. C'est à cet instant qu'il agit : tout en la regardant, il met sa main derrière son dos pour tenter d'ouvrir une porte de l'armoire et saisir un jeu. La soignante le regarde immédiatement et brièvement, lui notifie d'un signe de tête et d'un mot, « non », qu'il n'est pas autorisé à toucher l'armoire. Il attend, regardant le puzzle terminé sans bouger. Il attend, scrute la pièce, assis sans bouger. Après un moment, la soignante sort et revient avec la mère d'Amar. »

Dans cette situation, Amar utilise la résistance pour interagir avec Hafida. Il n'est pas un destinataire passif de la règle : il fait le puzzle comme demandé, mais il veut plus, il veut autre chose et il trouve les moyens de le demander – quelle que soit ce qu'il souhaite (dont je n'ai pas connaissance car il ne l'exprime pas, mais qui pourraient être, selon le déroulement des exercices, des félicitations et, dans ce cas, étant donné la temporalité, l'annonce de la fin de la séance). Face au silence d'Hafida, il envoie un signal, attire son attention par un acte interdit. Il communique dans une dynamique non verbale, montrant qu'il reconnaît les limites imposées – puisqu'il sait qu'il les enfreint et fait cela pour capter son regard. À sa manière, il est un partenaire actif : la soignante et lui interagissent.

5.2.3.2. Rezik : le refus explicite de travailler

Rien n'est jamais acquis et parfois, dès le début de la séance, les enfants posent le cadre aussi.

Extrait de mon carnet de terrain

« Ce matin, Rezik n'a pas envie de travailler et il le dit explicitement à Amra, après avoir essayé de gagner du temps en me montrant différents dessins géométriques dans son cahier. Amra finit par l'appeler pour qu'il aille se positionner près d'elle, au début du parcours qu'elle a construit et qui servira de matériel de travail pour aujourd'hui.

- Amra : *Rezik !*
- Rezik : *Oui.*
- Amra : *Tu viens.*
- Moi : *Je vois, c'est beau ! (il me montre un jouet)*
- Amra : *Tu ne vas pas me faire honte devant Julie.*
- Rezik : *Non.*
- Amra : *Tu ne vas pas travailler ?*
- Rezik : *Non, je ne vais pas travailler. Et comment ma sœur ? (Manière de lui demander si elle va bien et de ne pas écouter les consignes et repousser le début de l'exercice)*
- Amra : *Viens, je t'explique.*
- Rezik : *Tu me donnes un truc pour m'asseoir (Cette demande est contraire à l'exercice préparé puisqu'il devra commencer debout, et se baisser au milieu du parcours ; ce n'est pas la première fois que Rezik fait ce type d'exercice. En demandant un siège pour s'asseoir, il souligne son refus de faire ou commencer l'exercice ; à l'opposé, dans d'autres séances, je l'ai vu rester debout et demander ce qu'il fallait faire pour commencer le parcours)*
- Amra : *Non, non, on ne va pas s'asseoir. Viens, je t'explique. (Alors qu'il était resté près de moi pendant tout le temps de cet échange)*
- Rezik : *Comment ? (Il continue de parler pour retarder l'énoncé de la consigne qui marquera ensuite le début de la période de réalisation de celle-ci)*
- Amra : *Regarde, tu vas surveiller ce temps (montrant le chronomètre). »*

Faire, c'est aussi avoir la possibilité de « ne pas faire » ou se ménager la possibilité de ne pas faire tout de suite en gagnant un peu de temps en début d'activité. Les enfants ont ainsi

toujours le choix d'obéir, d'« obéir librement », du moins pour un temps, ou pour une séance – notamment dans le cas de Rezik pour qui il peut arriver que la séance soit écourtée sans pour autant que le suivi soit remis en question²²⁵. Si la participation de certains enfants au travail requis est parfois conditionnée par quelques formes de chantage, il n'en reste pas moins qu'ils sont, en tant que patients, co-acteurs et co-producteurs des thérapies organisées pour eux et donc par eux. En effet, si le régime d'action de ces plus jeunes enfants est surtout pensé en termes « d'apprendre avec et par les adultes » et qu'ils bénéficient d'une marge de manœuvre restreinte, il s'avère que c'est aussi avec et par les enfants eux-mêmes que la thérapie, *in fine*, se réalise. Leurs décisions de performer les soins procèdent d'un accordage avec les attentes formulées par les professionnelles et, dans une certaine mesure, avec leurs parents (je le montrerai aux chapitres 6 et 7). Aux « pratiques d'obéissance » imposées, ils répondent par des pratiques de participation autogérées. M'appropriant les termes de Muriel Darmon, je dirais que de l'obéissance à la règle du jeu (social), les enfants développent « un jeu avec la règle du jeu » (Darmon, 2001, p. 523). Comme Joséphine Stebler, je constate que dans les temps de séance, ils « obéissent librement », démontrant qu'en tant qu'acteurs, ils sont ceux qui, avec les professionnels, mettent en œuvre les règles : « ce n'est pas la règle qui agit [...] mais bien l'agent », toujours en accord avec son environnement (Stebler, 2013, pp. 23, 32-33).

Dans la suite de ce chapitre, j'aimerais désormais aborder les questions similaires à celles discutées précédemment (le contrôle de soi, l'injonction à l'autonomie et l'alliance thérapeutique), mais désormais avec des enfants plus grands, des « adolescents » tels que catégorisés par les médecins qui sont leurs uniques interlocutrices à l'hôpital.

²²⁵ Je montrerai dans le chapitre suivant le fait qu'à la participation des enfants en séance s'ajoute, comme facteur de réalisation de la thérapie, la qualité des relations tissées entre les parents et les professionnelles. Ainsi, la marge de manœuvre de Mohamed pour ne pas obéir est plus grande que celle de Amar, la confiance attribuée aux deux mères variant de l'une à l'autre. Si Rezik ne travaille pas pendant une séance ou s'il ne travaille pas pendant toute la séance, la mère peut prendre le relais à la maison. Cette possibilité n'existe pas pour Amar qui se trouve dans une position moins négociable que Rezik du fait des compétences moindres de sa propre mère (selon l'avis des professionnelles).

5.3. Pour les adolescents considérés en marge de leur famille : des psychothérapies pour « apprendre par soi »

J'ai précédemment commenté que la venue à l'hôpital des adolescents se produisait lorsque leur souffrance paralysait le fonctionnement familial. Tant que la souffrance était pensée comme individuelle et sans répercussion majeure sur la vie collective du foyer au quotidien, les parents ne prenaient pas forcément la mesure du vécu des adolescents. Le déclencheur de la demande d'aide de la part des parents était un moment de crise que l'évanouissement et/ou la perte de contrôle caractérisaient.

J'aimerais ici rappeler une citation d'Alain Ehrenberg, utilisée en introduction de ce travail pour expliquer les deux catégories selon lesquelles j'ai organisé ce travail, à savoir « inadéquation sociale » et « retrait familial ». Je la répète ici car son propos est central dans l'analyse conduite dans la partie à venir.

« La santé mentale est un équivalent de la bonne socialisation parce qu'être en bonne santé mentale, c'est être capable d'agir par soi-même de façon appropriée, autrement dit, de s'autoactiver en montrant suffisamment d'autocontrôle émotionnel. » (Ehrenberg, 2014b, p. 107)

J'ai parlé de contrôle des émotions dans la partie précédente ; je pense à juste titre que pour devenir un corps docile, les enfants apprennent à contrôler leur corps – c'est d'ailleurs ce qui m'a conduit à les considérer comme des co-acteurs de la thérapie. Dans la section suivante, les dimensions d'autocontrôle et d'autoactivation décrites par Alain Ehrenberg sont plus explicites car en tant qu'adolescents, Assia, Mufida et Faraj doivent faire preuve de ces compétences d'autocontrôle : alors que l'autocontrôle est transmis aux enfants par les professionnelles dans un régime d'action que j'ai qualifié « d'apprendre avec et par » les adultes, je considère que le régime d'action, en lien avec la citation d'Alain Ehrenberg, est pour les adolescents de l'ordre « d'apprendre par soi ». Les techniques de soi doivent permettre l'apprentissage du contrôle de soi, clé d'un retour dans les cercles sociaux auxquels les adolescents appartiennent, ou devraient « normalement » appartenir. Si pour les enfants jugés sans limites, j'ai montré que l'objectif, plus ou moins tacite, semblait être de les préparer à une (ré)intégration au cadre scolaire, il s'agit donc de préparer la réinscription des adolescents considérés à la marge dans les cercles sociaux, et notamment la famille. L'école est certes présente comme une activité de la vie sociale d'Assia, de Mufida et de Faraj, comme tremplin d'une vie d'adulte à venir, mais elle n'a pas le même rôle dans la

socialisation de ces trois adolescents. Le centre d'attention du travail médical est davantage (mais pas uniquement) tourné vers les activités de la vie quotidienne, un quotidien qui n'est donc pas nécessairement dominé par l'école : le travail mené avec les adolescents dévoile des attentes autres que celles du métier d'élève. Je les aborderai à travers le terme de « métier d'adolescent », écho du « métier d'enfant » introduit et analysé ci-dessus, et qui se veut le reflet de la perspective adoptée par les professionnelles qui placent ces plus grands enfants dans cette période d'âge de la vie (11-18) qu'elles nomment adolescence, perçue comme l'avant-dernière phase d'un développement devant les conduire vers une maturité complète que le statut d'adulte octroie. Comme pour le « métier d'enfant », ce terme permet de montrer comment les représentations de « l'adolescence » par les professionnelles guident le travail clinique réalisé par les unes et les autres de manière plus ou moins conjointe – et avec des « succès » parfois mitigés. Au cœur de l'exercice de ce métier d'adolescent réside la responsabilité. Elle est la valeur la plus prégnante du travail médical et correspond à la relation entre « l'adolescent » – défini comme l'agent –, et son action. Cette responsabilité est toutefois modulée selon « la personnalité » de ces adolescents et leur contexte de vie, c'est-à-dire les dispositions personnelles, « la capacité à changer et, plus largement, la capacité à se conduire par soi-même » (Ehrenberg, 2013, pp. 136-137). L'examen des trois cas est graduel et se fait comparativement au degré d'autonomie octroyé par les professionnelles aux « adolescents », avec en premier la présentation des consultations d'Assia, sorte d'incarnation parfaite du modèle du patient autonome et acteur de son destin décrit par Alain Ehrenberg (2014b) ; puis j'introduis les consultations de Mufida, dont l'apprentissage de l'autonomie est en cours, et pour qui le « cadre » de travail est un peu plus strict puisqu'elle doit suivre un tableau des activités, sorte de contrat informel passé entre elle-même, le médecin et Hajida, sa mère ; et enfin Faraj qui refuse, tout en étant assis dans le bureau face au médecin, d'être présent ou de s'engager dans un quelconque travail médical et dont l'autonomie n'est pas jugée suffisante.

5.3.1. Assia : chasser les mauvaises pensées

« Apprendre par soi », Assia sait le faire –au moment où je la rencontre, mais également en amont de ce moment. Elle est, je dirais, un exemple type de l'incorporation du contrôle de soi et l'autonomie, deux principes l'ayant conduit à surveiller ses chutes et ses rechutes

en termes de santé mentale. En ce sens, les propos d'Alain Ehrenberg sur l'importance de l'autocontrôle dans nos sociétés sont éclairants pour comprendre les processus sociaux agissant à Al-Balkhi : l'existence d'une culture médicale transnationale, portée par le DSM, constitue le support de ces comparaisons et usages croisés de théories initialement pensées dans le contexte français. Cependant, l'analyse comparative entre les enfants et les adolescents force à prendre de la distance avec une partie de ses conclusions : alors qu'il analyse le changement de valeurs et de normes dans nos sociétés en décrivant le passage d'un « homme coupable dont la conduite est régulée par des techniques disciplinaires, à l'homme capable dont la conduite est régulée par des techniques visant son autonomie » (Ehrenberg, 2013, p. 136), je montre que ces deux versants coexistent pour un même adolescent et qu'ils forment une sorte de continuum ; ils sont dépendants de l'autonomie accordée et, implicitement, de l'âge. Le fait que les enfants et adolescents considérés soient perçus comme inachevés permet d'appréhender le double usage de ces deux contraintes, mais Assia, ici présentée, se voit octroyer par le médecin un degré d'autonomie à l'extrémité du continuum – du côté de la jeune fille capable.

Assia est présente en thérapie car elle en a formulé la demande auprès de sa mère et de son père – bien que ce dernier ne soit pas en accord avec la démarche de sa fille et de sa femme : il privilégie une solution hors du cadre médical, pensant, pour paraphraser les propos d'Assia, qu'il suffit qu'elle se force à aller mieux pour aller mieux – une forme d'autonomie aussi, en quelque sorte, mais dans laquelle le recours à des spécialistes de la psychiatrie, source de « honte » selon sa fille, ne serait pas nécessaire. Assia, pour avoir tenté dans les premiers temps de réprimer seule les pensées qui la faisaient souffrir, sait que la solution proposée par son père ne lui convient pas. Face à la perte de maîtrise et à la souffrance, elle a voulu, selon ses propos, « l'aide » d'un professionnel. Cette particularité d'avoir elle-même formulé la demande (contrairement aux autres enfants et adolescents présentés dans ce travail) donne à voir une autre facette du déroulement d'une thérapie dans laquelle la contrainte est (relativement) absente, car elle semble correspondre à ce qu'Assia est prête à faire ou, comme je le montrerai lorsqu'elle décide de stopper les rencontres avec la psychologue, à ce qu'elle arrange, bricole, et négocie. Pour Assia (comme pour Mufida, comme je le détaillerai ultérieurement), le choix des possibles, en termes d'objets à négocier, est plus vaste : elle peut, en échange d'un ajustement aux attentes, c'est-à-dire en composant avec le cadre proposé, obtenir plus de marge de manœuvre pour partager ses opinions,

questions, affects que des enfants comme Amar, Rezik ou Adil – qui, eux, doivent déjouer un peu plus les cadres stricts qui leur sont imposés.

5.3.1.1. Le contrôle de soi pour chasser les pensées

Pour rappel, Assia a été diagnostiquée avec un trouble obsessionnel compulsif (TOC) ayant entraîné une phase dépressive. L'obsession d'Assia concerne surtout la religion et, comme je l'ai détaillé au chapitre précédent, ses questionnements sont constants et discontinus. Ils portent, entre autres, sur l'existence de Dieu, la jeune fille se demandant si elle devrait se définir comme athée, ou comment être une « bonne musulmane ». Le cadre thérapeutique offert à Assia est pensé pour accueillir ses questionnements restés sans réponse ou dont les réponses sont demeurées insatisfaisantes puisqu'elles n'ont pas apaisé ses souffrances. Je constate que ce cadre est ouvert et rassurant, non jugeant et qu'Assia peut y déposer ses questions et ses doutes sans rompre le dialogue pour autant, contrairement à ce qu'elle a pu vivre précédemment avec les personnes de son entourage. Grâce à ce changement de cadre, Assia peut donc expérimenter d'autres relations, d'autres manières d'être et d'agir (Velpry, 2008). La thérapie accompagne sur les sujets sources de tensions, alors qu'elle ne trouve aucun support, ni chez elle auprès de ses parents – sa mère est professeur en éducation islamique –, ni à l'école où ses questions aux autres professeurs d'éducation islamique ou de philosophie ont mis à mal son intégration. Assia connaissait et maîtrisait son métier d'élève – je le détaillerai plus tard –, mais le TOC a eu des répercussions sur sa capacité à exercer son métier, déstabilisant son appartenance et son inscription dans sa famille et dans le milieu scolaire. Elle a ainsi connu des formes de rejet et des insultes de la part de son frère ou d'amis et elle a été réduite au silence face à ces mêmes personnes – des événements qui ont démultiplié les doutes et l'anxiété liés à ses questionnements. Le cadre thérapeutique, brisant le silence imposé à l'extérieur, autorise et encourage Assia à parler d'elle, de ses affects, de ses peurs, de ses doutes mais aussi de ses rêves et de ses envies. Ces échanges font partie de la stratégie mise en place par la Dre Lasri pour qu'Assia apprenne à contrôler ses pensées afin d'enrailler les signes du TOC avec lequel elle a été diagnostiquée.

Le travail est en cours depuis plusieurs mois lors de ma participation à la consultation du 8 juillet 2014. C'est en février de la même année qu'elle a débuté le travail : la Dre Lasri nous indique (à Assia et moi-même) que « la situation était grave » et qu'Assia « manifestait de la souffrance ». Depuis sa première consultation, Assia a eu l'opportunité de faire plusieurs ajustements (contrôler par exemple ses activités – la prière – pour mieux gérer ses pensées) et l'évolution est considérée comme « bonne ». En ce qui concerne la prière, un des cinq piliers de l'Islam, Assia se heurte à de nombreuses difficultés : la difficulté ou l'impossibilité de prier 5 fois par jour la travaille, mais aussi le fait de prier à temps, de prier « comme il faut » en faisant les bons gestes (placer les mains au bon endroit, avoir le bon rythme), ou encore de prier en étant « suffisamment » concentrée... Le moment de la prière est également une source d'anxiété et de stress conséquent pour Assia. Lorsque le médecin la questionne sur la prière et les idées négatives qui y sont associées, l'échange suivant se tient :

Extrait de mon carnet de terrain

- « Assia : *Non, j'ai cessé.*
- Dre Lasri : *Très bien, c'est bien.*
- Assia : *Mais je ne sais pas, j'ai arrêté de prier, que Dieu me pardonne. Je stresse quand j'ai envie de prier.*
- Dre Lasri : *Tu ne peux pas trouver le juste équilibre ? Un juste milieu, beaucoup de personnes ne prient pas à temps, bon ça dépend de leur emploi du temps, peut-être ils sont occupés.*
- Assia : *Moi, je prie de temps en temps, mais pas régulièrement. Les idées noires surgissent de temps en temps. [...] Mais quand ces idées surgissent, je les laisse passer sans laisser de trace dans mon esprit.*

[...]

- Dre Lasri : *Mais quand tu penses à ça, je prends juste la prière comme exemple, il se peut qu'il y a d'autres exemples. Tu m'as dit Assia que des fois tu fais ta*

prière et des fois non, c'est bien ça ? Tu te dis, si je suis obligée de faire ma prière ou non.

- *Assia : Je me dis que je suis obligée de prier, je perds mon duel face au Satan.*
- *Dre Lasri : Je ne veux pas que tu perdes. Cela ne se fait pas. Je ne veux pas que tu sois perdante dans ce duel.*
- *Assia : Mais bon, je sens que je suis perdante. Mais quand je réfléchis profondément à ma situation, je vois que faire ou ne pas faire ma prière est un facteur qui me stresse de plus en plus.*
- *Dre Lasri : Cela veut dire que tu as créé tes propres mécanismes de défense. Tu t'éloignes de plus en plus de toute source stressante. »*

(8 juillet 2014)

L'intrication entre prière et idées noires demeure, par moment, une difficulté pour Assia. La souffrance vécue, et ici partagée avec le médecin, s'enracine principalement dans ces temps de prière. Le médecin, à travers ses questions, tente de comprendre le cheminement de la pensée d'Assia, mais dans cette séquence, nous voyons également comment Assia a déjà mis en œuvre certaines des recommandations émises par la Dre – que cette dernière formule d'ailleurs sur un ton plus ou moins directif – ainsi que la manière dont son comportement, qu'Assia juge problématique, est finalement valorisé comme une forme d'autocontrôle par le médecin : l'arrêt de la prière n'est pas perçu comme négatif mais devient le témoin de la capacité d'Assia à créer des « mécanismes de défense. » Assia adhère d'ailleurs finalement à cette lecture, empruntant la voie de l'autocontrôle déroulée pour elle par le médecin.

À l'occasion, le ton devenant un peu plus directif rappelle qu'en consultation, les « adolescents » aussi (en comparaison avec les enfants) apprennent à être autonomes à la suite d'une injonction – subtil mélange où les uns et les autres doivent faire : apprendre, dans ce contexte, veut dire *être enseigné* par le médecin, dans le cadre qu'il a défini et dont les extrémités doivent être réajustées. Le nouveau cadre posé par le médecin doit permettre à Assia de trouver une manière de faire autre, qui ne lui cause ni stress ni peur. La Dre Lasri

prend l'exemple de l'école pour montrer que la démarche à suivre, la stratégie et l'attitude à adopter sont les mêmes quel que soit le sujet :

Mais je ne dis pas qu'il n'est pas question de ne rien faire, je prends l'exemple de tes études, tu ne vas pas avoir une note de neuf sur dix et tu finis par dire que ce n'est pas grave, je laisse tomber, ce n'est pas un problème pour moi. Je ne veux pas que tu prennes les choses d'une indifférence totale. Je ne veux pas que tu sois indifférente envers les choses, c'est vrai il faut que tu prennes des décisions dans le temps mais sans que tu te culpabilises après. (8 juillet 2014)

La jeune fille acquiesce, elle est d'accord avec les propositions de la doctoresse. Elle explique au médecin que quand « ce genre d'idées survient, alors je les laisse passer sans laisser de trace dans mon esprit. » Chacune a sa part du travail à faire ; la relation se construit ainsi. L'autocontrôle, pour Assia, implique qu'elle lâche prise, contrairement aux enfants qui doivent prendre prise sur le corps, sur leur comportement. Comme l'évoque Alain Ehrenberg, l'hyperactivité ou le retrait sont les extrémités d'un même continuum, l'un induisant « un excès d'autocontrôle », l'autre « une insuffisance d'autocontrôle » – mais dans les deux cas, c'est bien de contrôle de soi, d'autocontrôle dont il est question (Ehrenberg, 2014b, p. 107). Pour aider Assia à *autocontrôler* ses pensées, la Dre Lasri lui conseille la posture suivante :

Tu mènes une vie normale [...] qu'il arrive quoi que ce soit. Tu fais de mieux en mieux, il vaut mieux que tu prennes les choses à la légère, ne vois pas les choses d'un côté négatif. Prends les choses à la légère, tu fais de ton mieux quand même, tu as compris Assia ? [...]

Assia souscrit de nouveau à cette proposition. Dans ce parcours de soins, la Dre Lasri se veut rassurante et use, à l'occasion, d'un ton décontracté pour amener de la « légèreté », pour « ne pas se prendre la tête », lui rappelant, comme pour que cela devienne réalité, « qu'il faut juste que tu sois convaincue de ce que tu as à faire » (8 juillet 2014).

Cette conviction, Assia sait en faire preuve : comme je l'écrivais en introduction de cette partie, Assia, face au médecin, fait part de ses moments d'égarements, de doutes, mais elle est aussi actrice de son parcours de soins. Ainsi, Assia n'a aimé ni la psychologue, Haniya, ni la psychiatre spécialisée en TCC, la doctoresse Naima Ayouch, vers qui la Dre Lasri l'a orientée.

Extrait de mon carnet de terrain

- *« Assia : Je n'ai pas aimé ni la psychiatre ni la psychologue [...] c'est madame Haniya. Quand je pars d'ici chez la psychologue, je raconte ce que je t'ai dit. Quand je pars chez la psychiatre, je raconte les mêmes choses.*
- *Dre Lasri : C'est bien.*
- *Assia : Je m'ennuie, je m'ennuie à chaque fois que je raconte toujours les mêmes choses.*
- *Dre Lasri : Combien de fois tu as vu Naima ?*
- *Dre Lasri : Une fois.*
- *Assia : Je l'ai vue une seule fois.*
- *Assia : Il me reste seulement cette psychothérapie [avec la Dre Lasri]. [...]. Je ne l'ai pas aimée [la Dre Naima Ayouch].*
- *Dre Lasri : Bon, c'est elle seule qui procède par TCC, pour les autres je ne pense pas.*
- *Assia : Je ne suis pas prête pour que je fasse cette thérapie. Elle n'est pas censée être de cette façon.*
- *Dre Lasri : Tu as déjà une idée sur cette thérapie ?*
- *Assia : Oui.*
- *Dre Lasri : Tu as cherché et tu as bouquiné un peu sur ça ?*
- *Assia : Je peux dire qu'elle n'est pas obligatoire.*
- *Dre Lasri : Pas de souci, moi je te l'ai recommandée pour qu'elle t'aide. Mais comme tu n'as constaté aucune évolution, donc ce n'est pas grave. Ce que je cherche pour toi, c'est juste une évolution de ton état, surtout que tu as le bac cette année. »*

(2 septembre 2014)

Dans cet extrait, nous comprenons qu'Assia a donc refusé de suivre la psychothérapie avec la psychiatre car, à la suite de recherches sur le type de thérapie proposée, elle n'est pas convaincue de son utilité. Elle la déclare optionnelle, préférant employer son temps à étudier plutôt qu'à consulter un médecin de qui elle ne reçoit rien et qui la renvoie à une forme d'ennui. La suite de cet échange apporte un autre éclairage sur la décision prise vis-à-vis de la thérapie avec la psychologue et la psychiatre. Assia rapporte en effet s'être renseignée sur l'efficacité des TCC pour les TOC auprès de ces deux professionnelles, les questionnant sur « les résultats apportés par la TCC » et elle n'a pas apprécié leur réponse :

Elles m'ont dit que le TOC ne guérit pas, elle mène à une évolution mais il arrive des chutes. Les chutes, ça arrive. C'est comme j'ai été désespérée, j'ai senti que mon cas est très très grave, c'est comme j'ai une schizophrénie, un truc comme ça. (2 septembre 2014)

Confrontée aux avis divergents de la Dre Lasri et des deux autres professionnelles, Assia choisit le discours qui entre le mieux dans son script : celui qui lui permet d'envisager un futur sans maladie. Le contrôle de soi passe aussi par le contrôle du médecin rencontré et du choix du pronostic entendu qui devra être intégré au récit qu'Assia tisse au fil des consultations. La jeune fille attache également une importance à l'efficacité des traitements, vérifiant auprès des professionnelles, mais aussi par des lectures annexes, la validité scientifique des protocoles proposés. Par ses choix, qui s'opposent en quelque sorte aux propositions de la Dre Lasri, Assia montre qu'elle peut emprunter la voie du choix individuel, y compris lorsqu'il est question de son parcours de soins et du choix des thérapeutes consultés – ce qui montre son autonomie vis-à-vis de la psychiatrie même (Velpry, 2008, p. 177). La Dre Lasri, en acceptant la position d'Assia (« pas de souci [...] ce n'est pas grave »), approuve l'autonomie revendiquée par Assia qui affirme sa légitimité à se faire son opinion sur les thérapies suivies, et donc à faire ses propres choix, renvoyant au régime d'action d'« apprendre par soi ». Rappelons que le choix est d'ailleurs présenté par Alain Ehrenberg comme l'une des valeurs de l'autonomie, aux côtés de la propriété de soi et de l'initiative individuelle – notions que l'on retrouve également dans les propos du médecin.

Toutefois, il est important de pointer que cette acceptation de la part du médecin découle du fait que les réactions d'Assia étaient conformes à ce qui était attendu d'elle : elle reconnaissait être malade, et apportait des preuves de sa transformation.

Extrait de mon carnet de terrain

« La première des choses à faire, c'est qu'il ne faut pas que tu te culpabilises, ne te dis pas que tu en es la cause. Ne te dis pas que tu es athée. Tu sais bien que tu es malade, et Dieu sait que tu es malade et il te pardonne. Les idées viennent quand tu es malade. Tu commences à trouver la bonne piste, tu valides ?

Assia acquiesce et ajoute « je peux remédier maintenant ».

(2 septembre 2014)

Assia reconnaît donc sa condition de malade et atteste en même temps qu'en ce mois de septembre 2014, soit sept mois après le début de la thérapie, elle a les moyens de changer ce quelque chose qui ne va pas. Au sujet du régime d'action de « faire faire », Livia Velpry affirme que le patient accepte de devenir « une personne responsable et donc autonome » (2008, p. 176). Dans le régime d'action « d'apprendre par soi », je note pour Assia la même visée : il s'agit d'accepter le statut de malade – prérequis au travail médical – pour ensuite s'engager dans un processus de transformation (*Ibid.*). Par ailleurs, Livia Velpry, toujours à propos de ce régime d'action, pointe que le patient peut négocier. Il en est de même pour Assia, qui choisit de ne pas suivre les recommandations faites par son médecin, sur fond de négociation en apportant des arguments pour expliquer son refus. Pour être jugé responsable et autonome, il s'agit de négocier les « bons » éléments : Assia l'a compris après avoir tenté d'autres alternatives. Assia raconte ainsi à la Dre Lasri avoir écrit à un sexologue qui « a une page internet », puis elle explique que ce médecin lui a dit qu'elle « était déprimée avec des idées suicidaires ».

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Lasri : *Mais le fait de faire un diagnostic, ça je ne sais pas, d'ailleurs il n'est pas psychiatre, je pense.*
- Assia : *Non, il n'est pas psychiatre.*

- Dre Lasri : *Oui c'est ça, il était médecin généraliste et maintenant il devient sexologue ou un truc comme ça, il n'est pas psychiatre, je pense qu'on ne va pas discuter à propos de ça car tu vas être perdue, tu vas te faire égarer entre tes recherches par ici et par là, tu vas être perdue, on est bien d'accord Assia ?*
- Assia : *Oui. »*

(8 juillet 2014)

Le médecin argue qu'elle n'aime pas juger un confrère mais qu'« il peut faire des fautes » en posant un diagnostic par téléphone ou par courrier. Elle finit par dire : « il est préférable qu'on ne parle pas de ça, personnellement je ne l'écoute pas ». La Dre opère ici une forme de recadrage, posant les conditions dans lesquelles la thérapie peut se poursuivre avec elle, entre autres en évitant à Assia de se perdre dans ses recherches. Si la prise d'initiative et la démarche proactive d'Assia sont souvent valorisées, le médecin veut aussi lui faire comprendre que sur le chemin vers la guérison ou l'aller mieux, des choix doivent être faits pour ne pas se perdre. Cela exige un double travail en accordage entre elles : le médecin doit redéfinir ce qui est possible ou non, et la patiente doit appliquer le travail de recadrage amené. Face au médecin (et à ma connaissance), Assia accepte ce recadrage sans contester, car les solutions proposées lui conviennent.

Ainsi au fil des semaines, les idées et les solutions envisageables et envisagées pour aller mieux changent. Parmi les tentatives d'autocontrôle investies par Assia figure l'organisation des activités : la jeune fille, de nouveau proactive dans la construction de son parcours de soins, devance le médecin au regard des potentielles solutions thérapeutiques disponibles qu'elle pourrait tenter, et lui formule la demande suivante :

Extrait de mon carnet de terrain

- « Assia : *J'aimerais bien apprendre à gérer mon temps. Comment ferais-je ?*
- Dre Lasri : *Gérer le temps c'est de faire un planning, et tu le suis.*
- Assia : *En fonction de quoi ça se fait ?*

- Dre Lasri : *En fonction de ce que tu as, tu as un temps réservé pour tes études, le temps libre c'est pour toi et c'est à exploiter pour faire des études aussi. Il y a aussi le temps pour regarder la télé. Établir un planning et le suivre pour ne pas se perdre.*

- Assia : *Comment ferai-je pour respecter mon planning.*

Dre Lasri : *Tu te mets dans la tête qu'il y a toujours de bons et de mauvais points. On aide les petits enfants ici à faire ça pour qu'ils voient leur progression au fil du temps. Tu mets ton planning devant tes yeux. Tu dois connaître ton planning et tu y mentionnes un point positif si tu arrives à respecter ce que tu as à faire, sinon tu marques un point négatif. Après, tu fais le compte de combien de fois tu as respecté ton planning et combien de fois que tu ne l'as pas respecté. On est d'accord ? Je ne sais pas ce que tu vas faire pour toi, tu te récompenses.*

- Assia : *Quand je ne respecte pas mon planning, j'attribue un point négatif ?*

- Docteur : *Au cas où tu ne respectes pas ton planning, tu mets un point négatif.*

- Assia : *Et si je manque de suivre sur un truc ?*

- Docteur : *Tu mets un point, ça sera négatif. Tu n'as pas respecté. Par exemple, tu as une heure d'études et une heure pour regarder la télé, je ne sais pas, alors je continue à regarder la télé aux dépens de mes études, tu dois normalement préserver le temps de tes études pour que tu puisses te reposer après.*

- Assia : *On devient comme des machines, on devient programmé.*

- Docteur : *Au début, tu programmes ton cerveau mais après ça devient spontané, d'accord ?*

- Assia : *Ah : oui.*

- Docteur : *Ça devient spontané, au début, tu regardes ton programme tout le temps, mais après ça vient tout seul. Tu suis ça pendant un seul mois par exemple mais après, tu n'as pas besoin de regarder ton planning car ça devient spontané. »*

(8 juillet 2014)

La discussion continue encore un instant sur cette thématique avant que le médecin réoriente la discussion sur le nombre de médicaments actuellement pris par Assia. Cet échange est doublement instructif : premièrement, il nous renseigne sur la manière dont l'autocontrôle tant plébiscité est mis en place. Il est intéressant de pointer que d'une part la Dre indique à Assia comment faire, répondant ainsi à sa demande d'améliorer sa gestion de soi, mais d'autre part, elle glisse que c'est un système qui « aide les petits enfants », induisant que chez les plus grands, ce type de contrôle n'est pas utilisé (je montrerai ci-dessous ce qui peut permettre aux adolescents de s'autocontrôler) mais qu'il permet toutefois de « voir leur progression ». J'ai effectivement constaté l'usage de ce planning avec des enfants et adolescents plus jeunes, avec Mufida notamment pour qui je détaillerai davantage l'élaboration du tableau ainsi que ses implications et répercussions. Deuxièmement, cet échange révèle la tension entre la déshumanisation pointée par Assia qui fait le parallèle entre la machine et l'homme, et l'argument du cerveau déployé par la Dre pour contrer ce qui pourrait être attaqué ou critiqué par la patiente. La Dre explique à Assia comment le cerveau fonctionne, de quelle manière une personne s'habitue à quelque chose. Dans cet échange comme dans d'autres rapportés après, on retrouve l'idée identifiée par Livia Velpry dans le régime d'action du « faire faire » (Velpry, 2008, p. 175), défendue par Nicolas Laurent (2007) et présentée au chapitre 3 : le médecin psychiatre sait. Pour les adolescents comme Assia, j'ai choisi la terminologie de l'apprentissage en évoquant le régime « d'apprendre par soi », mais je distingue dans ce régime d'action le même rapport au savoir : le médecin sait et transmet, la patiente accepte et reçoit.

Dans cette relation, le régime d'action d'« apprendre par soi » suppose d'être dans une disposition pour apprendre (accepter), et induit que le médecin soit dans cette posture de faire apprendre, d'avoir un savoir à transmettre. Je soulèverai par ailleurs un dernier point sur cette approche mécanique relevée par Assia : elle floute la distinction établie par Alain Ehrenberg au regard du style de contrainte sociale aujourd'hui à l'œuvre puisqu'elle montre qu'avec le type d'outils thérapeutiques utilisés, l'obéissance mécanique n'a pas complètement disparu, elle n'a pas été supplantée par l'automotivation, toujours présente ; elle est devenue un moyen, et non plus une finalité, car elle est ce qui permet de forger

l'automotivation – du moins dans le type de thérapie ici proposée et suivie par Assia (Ehrenberg, 2013, p. 136).

5.3.1.2. *L'excellence scolaire : un tremplin vers l'autonomie*

Avec le TOC, Assia avait un grand nombre de questions sur la religion, une thématique qui peut, si elle est abordée en marge de la norme, provoquer des conflits, des silences, des rejets : Assia les a expérimentés dans sa famille, à l'école avec les professeurs et avec certains de ses amis. Philippe Perrenoud dit à propos du « métier d'élève » que cette expression lui permet de « désigner une forme de conformisme et de productivisme » dans ce qui est attendu des élèves (1996). Or, si Assia excelle en termes de productivisme (à savoir l'accomplissement des exercices, et avec brio de surcroît), son conformisme, ou plutôt son non-conformisme, notamment par rapport à la religion, est questionné et jugé problématique par ses proches. Assia est en effet une élève qu'on peut qualifier de « brillante », avec une moyenne générale de 18 sur 20 en cette année clé du baccalauréat – ce qui lui vaudrait une mention très bien, la plus haute distinction. À cette époque, elle veut s'orienter en faculté de médecine, l'école est donc un thème souvent abordé durant les séances :

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Lasri : *Alors, quoi de neuf ?*
- Assia : *Mes études vont bien, Dieu merci.*
- Dre Lasri : *Très bien !*
- Assia : *Je prends mes médicaments.*
- Dre Lasri : *Tu as eu combien de moyenne générale ?*
- Assia : *18,23 [la note est sur vingt].*
- Dre Lasri : *Très bien, super.*
- Assia : *J'ai toujours envie de faire médecine.*

- Dre Lasri : *Incha'Allah, c'est bien.* »

(8 juillet 2014)

Le métier d'élève, pour ce qu'il offre dans le présent comme opportunités d'apprentissage et de socialisation et pour les perspectives qu'il ouvre, est central dans la thérapie. Je l'ai commenté précédemment : que faire d'un enfant qui ne serait pas en mesure d'aller à l'école, d'exercer son métier ? La question vaut pour les adolescents, car l'école est aussi un tremplin vers le futur, vers l'adulte en devenir. Assia se situe à l'étape charnière de l'obtention du baccalauréat, sésame vers l'université marquant un potentiel tournant majeur dans la vie de la jeune fille. À chaque consultation, le médecin lui répète qu'elle doit aller à l'école et travailler – définition pour elle d'« une vie normale » :

Mène une vie normale. Concentre-toi sur ton baccalauréat comme tu as dit, et n'oublie pas que tu as ta vie scolaire. [...] l'essentiel pour moi c'est que tu te focalises sur tes projets futurs [...]. Continue de vivre et mets tes études en premier plan. (2 septembre 2014)

L'école représente un tremplin utile pour l'autonomie qu'elle laisse présager : elle permettra d'obtenir un emploi et, si possible, un métier choisi, comme la Dre aime à le rappeler à son propos : elle savait ce qu'elle voulait faire et elle l'a fait, preuve que le choix et la décision sont des actions qui fonctionnent et conduisent à des résultats. Mais l'école est aussi la voie vers la santé, et s'en détourner serait une mauvaise idée. Assia, à propos de sa rencontre avec Haniya, la psychologue, lui raconte de quoi elles ont discuté.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Assia : *Elle [Haniya] m'a dit que ce n'est pas grave si je rate mes études cette année.*
- Dre Lasri : *Non !*
- Assia : *Elle m'a dit que ma santé vient en premier rang.*
- Dre Lasri : *Pas du tout. Pour moi non. Non, non et non. Pas du tout. Regarde, pour moi je te dis non.*

- Assia : *Mon état n'est pas si grave pour rater mes études.*
- Dre Lasri : *Non au contraire. Mais pourquoi on a passé cette année depuis février et tu as eu quand même de très bons résultats. Les résultats qu'on a l'habitude d'avoir 16, 17 de moyenne.*
- Assia : *17.*
- Dre Lasri : *Tu vois la psychologue pour une seule chose, ce n'est pas pour le TOC, tu ne discutes pas le TOC avec la psychologue. Donc pourquoi ? Pourquoi rater une année alors que tu as de très bons résultats ? Figure-toi que tu avais ces résultats en plein milieu de ta crise ! Tu redoubles cette année ?!!! Non, il n'en est pas question. Je n'accepte pas ça fermement.*
- Assia : *En fait, je ne l'aime pas. »*

L'emportement dont fait preuve la Dre révèle plusieurs points, à commencer par l'importance de l'école et de l'exercice du métier d'élève, pour l'excellence et les opportunités associées, notamment en termes d'aller mieux. À un autre niveau, cet extrait rappelle un point abordé au chapitre 3 sur les relations et le partage des responsabilités entre médecins et psychologues : si la Dre Lasri rappelle à Assia qu'elle l'a orientée vers la psychologue à cause de son emploi du temps chargé, cela lui permettait aussi de voir quelqu'un entre deux consultations psychiatriques, mais elle ajoute surtout que la psychologue a été intégrée aux soins afin de faire de la guidance : son rôle doit se concentrer sur cet aspect de la vie d'Assia, qu'elle reçoit avec ses parents pour régler « leur conflit ». La psychiatre est quant à elle responsable de la gestion du trouble psychiatrique (grâce à la psychothérapie et au traitement médicamenteux).

Enfin, l'école est un sujet récurrent, car elle est ce autour de quoi médecin et patiente construisent leur relation. Cela est tout particulièrement vrai pour Assia qui excelle dans les études et qui peut et souhaite devenir médecin à son tour.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Assia : *On reste en contact au cas où j'ai été admise à la faculté de médecine ?*
- Dre Lasri : *Bien sûr, je te laisse mon numéro de téléphone ?*
- Assia : *Merci.*

(2 septembre 2014 – le médecin attendant son affectation, il n'est pas certain qu'elle puisse continuer à travailler avec Assia. La Dre arrangerait un suivi avec l'une de ses futures nouvelles collègues si elle le peut, et veillerait à discuter avec la secrétaire pour lui donner un rendez-vous et éviter ainsi l'arrêt de la psychothérapie. J'ai revu Assia en 2015 durant mon dernier temps de terrain, elle n'a pas repris la psychothérapie une fois la Dre Lasri partie). »

La Dre encourage, rassure, raconte son propre parcours en tant qu'étudiante en médecine, son choix de carrière. Quand Assia l'interroge sur son futur, elle lui fait part de sa volonté d'exercer son métier et de vivre sa vie professionnelle et personnelle, sans penser au professorat pour le moment – occasion de pointer, une fois encore, le lien entre les décisions prises, la vie menée et la sérénité qui se dégage du médecin. La seconde écoute et semble prendre des notes mentalement, trouvant, peut-être, un modèle d'inspiration.

5.3.1.3. Son « métier d'adolescente » : être rationnelle

Pour aider Assia à accepter la maladie et la rassurer vis-à-vis de ce que les deux autres professionnelles rencontrées lui ont dit, la Dre Lasri lui répète que la « maladie mentale est une maladie comme les autres, ça se guérit. Quand on tombe malade, on prend un remède et on se rétablit » (2 septembre 2014). La prise de médicament a été un sujet débattu entre Assia et ses parents, qui étaient contre : la jeune fille mentionne qu'avec « l'aide » du médecin, elle a pu accéder à ce « remède » et faire évoluer son comportement. Nous retrouvons ici la capacité d'agir pour elle-même d'Assia qui, à chaque étape du processus de soins, a dû faire preuve de volonté individuelle pour lutter contre les obstacles – démontrant une fois encore

le rôle de patiente autonome qu'elle joue et sur lequel la Dre Lasri ajoute des compétences supplémentaires. Comme je le comprends, le médicament a été un précieux allié dans l'allermieux de la jeune fille et il lui a permis de retrouver, en quelque sorte, une capacité de penser, une possibilité de sortir des raisonnements en boucle dont elle souffrait. Si la maladie mentale est une maladie comme une autre dont on guérit, la Dre Lasri en dit aussi qu'elle est une épreuve comme les autres, grâce à laquelle est possible d'apprendre à la fois sur la maladie et sur soi.

Tu tires des enseignements de chaque situation et profites de tes leçons tirées de chaque événement. [...] Même cette période des obsessions que tu viens de surmonter reste une leçon pour toi, tu en as tiré des enseignements, c'est sûr, même le temps que tu as pris pour rechercher et pour bouquiner à ce propos était utile, tu t'es bien renseignée sur les troubles obsessionnels compulsifs, tu sais ce que ça signifie, si tu n'étais pas passée par cette période difficile, tu ne saurais même ce que cela veut dire.

Sortir plus forte de l'épisode de maladie, avec plus de connaissances sur soi ou sur la maladie, est présenté et doit être vu comme une opportunité. Si le doute face à une telle expérience subsiste, ce n'est, pour la Dre, que passer et lié à « l'adolescence ». Ainsi, l'exercice de son « métier d'adolescente » doit se poursuivre et s'enrichir grâce à « la période des obsessions » qui a fait grandir Assia en l'amenant dans la posture dans laquelle elle se tient désormais – un optimisme que l'on retrouve dans les théories pragmatistes qui font de l'expérience un « stimulus bénéfique » (Stavo-Debaugé, 2012, p. 191). Si le métier d'enfant correspond, selon Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot, au travail fait par les enfants pour s'approprier les représentations que les adultes se font d'eux en tant qu'enfants (1973), un « métier d'adolescent » pourrait être évoqué pour qualifier le travail qui est attendu de cette plus grande enfant – avec la démonstration de compétences qui, pour le médecin, sont le propre de « l'adolescence ». J'ai mentionné ce qui semble être les principales attentes envers les enfants (être obéissant, avec des déclinaisons spécifiques telles que contrôler ses émotions et savoir être avec les autres enfants de leur âge); pour les « adolescents », il s'agit aussi, d'une certaine manière, de contrôler les émotions, mais les déclinaisons se révèlent différentes, du fait notamment qu'ils se situent à un autre instant de leur vie, c'est-à-dire à un autre âge, avec tout ce que cette catégorie sous-entend (et qui a été présenté en introduction de ce chapitre). Le contrôle des émotions apparaît donc comme un dénominateur commun sans lequel aucune activité sociale ne peut être faite. La manière dont Assia doit gérer sa maladie illustre les attentes plus spécifiques vis-à-vis des adolescents : il

s'agit d'apprendre, de grandir (de se penser dans sa vie d'adulte) et de réfléchir. De façon plus forte que chez les enfants, pour qui le « métier d'enfant » est vu de manière relativement uniforme, chez les adolescents (comme je le montrerai avec les situations de Mufida et Faraj), plus de nuances sont apportées, variant en fonction de leur contexte de vie notamment. Je suggère que cette différence tient au fait que l'enfance (le temps de vie des enfants) est perçue comme moins formée, contrairement à « l'adolescence » (le temps de vie des adolescents) durant laquelle les fondamentaux sont (normalement, selon les professionnelles) déjà acquis et l'attention portée sur d'autres choses.

Être capable de percevoir la maladie et ses effets secondaires requiert une capacité de réflexion qui émane, semble-t-il, de la rationalité telle qu'elle est ici et là distillée dans les discussions entre Assia et la Dre Lasri.

Être rationnelle, au sens où le définit le médecin, implique de faire les choses de façon logique et ce raisonnement induit d'agir pour soi, de se gérer soi-même pour soi et par soi, sans se laisser influencer par les autres – ce contrôle de soi (pour tenir les problèmes éloignés) débouchant sur des savoir-être et des savoir-faire. La Dre Lasri prend l'exemple du voile pour expliciter ce qu'elle attend d'Assia :

Si tu le portes ou si tu cesses de le porter, tu le portes de ton propre choix et de même quand tu cesses de le porter mais il y avait plusieurs influences, je ne sais pas, un jour tu seras convaincue et tu le porteras de nouveau. Ce n'est pas un problème. Je fais ce qui me plaît juste pour moi et non pas pour les autres. (8 juillet 2014)

Un mois plus tard, Assia semble avoir incorporé cette manière de penser. Lors de la consultation suivante, elle dit « tu vois, tu fais souvent les choses pour les autres. Pour faire plaisir aux parents et aux amis de me voir en voile. C'est fini ça » (2 septembre 2014). Dans la même lignée, elle interroge et commente ses relations sur les réseaux sociaux, entendant les organiser selon cette nouvelle devise de faire des choix (c'est-à-dire prendre des décisions et agir en fonction d'elles) qui, de surcroît, soient bons pour elle : elle décide par exemple de se retirer des groupes d'athéisme de Facebook. « Je retire même mes amis virtuels que je ne connaissais même pas. Mon cercle d'amitié est si grand, je vais rationaliser ça. » Faire des choix adéquats nécessite d'être rationnelle et « consciente » et ce comportement a été visé et produit pendant les consultations. L'usage de la raison est primordial dans ce que je nomme le « métier d'adolescent » : en ne se laissant plus guider par les autres, Assia devrait

pouvoir (re)trouver sa place dans la famille, à l'école, parmi ses amis, dans les cercles sociaux d'inscription auxquels elle appartient. « Tu deviens plus forte et consciente de ce que tu voulais faire dans ta vie. » Prendre une décision pour soi a des implications pour soi : la Dre Lasri la veut comme l'écrit Alain Ehrenberg, « responsable de son destin » (Ehrenberg, 1997, p. 67).

En fait, selon la perspective empruntée, apprendre à être « adolescent » correspond à se préparer à être adulte (un adulte qui fasse des choix éclairés, rationnels), à savoir s'autocontrôler et identifier ce qui est bon pour soi. Je reprendrai la citation de Norbert Elias faite par Alain Ehrenberg, qui illustre et résume parfaitement le travail mis en place par la Dre Lasri avec Assia :

« S'affirmer comme adulte dans des sociétés structurées de la sorte [...] requiert un degré élevé d'anticipation et de maîtrise des impulsions passagères afin d'atteindre des objectifs à long terme et de réaliser ses envies. Le degré de contrainte requis correspond à la longueur des chaînes d'interdépendance que l'on forme, en tant qu'individu, avec d'autres personnes. Autrement dit, s'affirmer en tant qu'adulte dans nos sociétés demande un degré élevé de maîtrise autorégulée de ses pulsions et affects. » (La civilisation des parents 1980 in Ehrenberg, 2014b, pp. 106-107)

Ses envies, la Dre Lasri les lui rappelle à chaque séance : étudier, avoir son baccalauréat, apaiser les conflits avec ses parents... Si l'engouement envers ses/ces envies s'amenuisent, se fragilisent, la Dre est là pour les consolider, les raffermir, usant de son propre parcours, pourtant ponctué d'échecs, comme exemple de réussite : « il y a même des matières que je passe en deuxième session, et ça m'est arrivé pas mal de fois. J'ai été triste. Je ne te dis pas quand je me rappelle de cette période où j'ai passé beaucoup de temps à passer des examens. Mais, je ne regrette rien puisque c'est moi qui ai fait ce choix et c'est tout. » Ces choix, faits et assumés par elle et pour elle, ont finalement accordé à la Dre Lasri l'équilibre qu'elle chérit entre vie professionnelle et vie personnelle :

« donc pour moi, c'est bien, maintenant j'attends mon affectation, c'est fini la galère quoi ? Je suis avec ma petite fille, mais je n'ai aucun problème, je leur [aux personnes de son entourage dont elle a essuyé des critiques sur son choix de carrière] disais que j'avais le choix, je dois vivre avec ça, j'aime bien quand je me dis que je suis médecin, je ne sais pas. Je me disais, je vais être médecin, j'ai été appliquée trois ans au lycée pour être médecin, ça y est.

Jalil Bennani, dans son ouvrage *Un psy dans la cité*, pointe que les « psychologues et les hommes de religion peuvent recevoir des demandes convergentes [...]. Les individus

cherchant des réponses à leur souffrance et à leur détresse s'adressent à l'un, à l'autre ou aux deux » (Bennani & El-Amraoui, 2013). La Dre Lasri a effectivement dû traiter la problématique obsessionnelle liée à la religion, mais en choisissant d'aborder des points spécifiques (comme le voile) sans se prononcer sur des questions théologiques, elle cherche toujours à ouvrir la réflexion et les échanges vers d'autres sphères de la vie d'Assia, tentant de considérer le fait religieux comme un événement quelconque. Elle explique ainsi à Assia : « comme je te l'avais dit, pour moi ce n'est pas une question de prière ou pas. Ça concerne l'exercice que tu fais, je ne sais pas moi, comme un autre va au cinéma » (8 juillet 2014). Elle essaie donc d'orienter Assia avec des recommandations qui engloberont toutes les sphères de sa vie d'adulte en devenir.

Assia l'a dit : selon elle, son péché est de ne plus porter le voile (et d'avoir arrêté de prier). La jeune fille, au fil des mois, l'a mis puis enlevé, ce qui lui a valu des insultes (elle rapporte celles de son frère cadet de deux ans notamment). Quand elle a commencé à douter alors qu'elle se pensait auparavant « bonne musulmane », son questionnement sur sa foi (pourtant sans jugement de valeur) n'a été entendu – ni par sa mère, ni par son père, son frère, ses professeurs à l'école et certains camarades de classe. Le travail du médecin a donc consisté à lui apprendre à se détacher du jugement des autres et de son propre jugement, pour ne plus en souffrir.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Lasri : *Tu t'éloignes aussi de ceux qui te jugent, des musulmans, des chrétiens. Il se peut que tu sois ouverte, mais un autre non, on ne doit pas se comporter mal envers les autres, peu importe sa religion. C'est le bon comportement qui l'emporte, tu as saisi ?*
- Assia : *En tant que Marocain, t'as un regard envers la femme.*
- Dre Lasri : *Ça dépend des tiens, les gens sont enfermés.*

(Le téléphone qui sonne, le docteur répond au téléphone)

- Dre Lasri : *Tu as compris le message Assia. Tu ne dois pas prendre la tête à chaque fois qu'on parle d'un truc à faire, et même lors d'une émission télévisée,*

tu n'es pas concernée en personne. Ne dis pas que tu es concernée et que c'est toi qui es désignée dans cette situation. »

Assia partage avec le médecin la pression qu'elle ressent, « ce regard » des autres. Si le médecin tente d'aborder la religion comme n'importe quelle autre activité, Assia pointe quelque chose de la complexité à laquelle elle fait face en tant que femme au Maroc. Face à la condition politique soulevée à demi-mot, le médecin ramène la situation au soi d'Assia, attestant du basculement pointé par Alain Ehrenberg au regard d'une lecture psychologique aux dépens « d'un langage social ou politique de la revendication, de la lutte et de l'inégalité » (Ehrenberg, 1997, p. 67). Dans le contenu des deux consultations auxquelles j'ai assisté, Assia est toujours dans une position d'acquiescement : elle « valide » ce que le médecin lui dit et d'une séance à l'autre, elle reformule et dit à voix haute ce qui lui a été transmis par la Dre Lasri. Du métier d'enfant, Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot disent qu'il est le travail que les enfants accomplissent pour embrasser les représentations que les adultes ont d'eux. Je pense qu'Assia fait le même travail en accomplissant son travail d'adolescente – même s'il est intéressant de pointer les quelques tentatives menées pour ouvrir à d'autres solutions pour réduire sa souffrance, comme avec le sexologue ou la dimension politique de l'Islam – des solutions vite délaissées, conformément aux vœux de la Dre Lasri.

Au moment de l'écriture de ce manuscrit, Assia termine sa 7^e année de médecine, mais il est aussi intéressant de noter que la jeune femme s'est engagée dans de multiples initiatives et combats politiques, entre autres en direction des femmes. Air du temps, certes, mais elle a aussi su taire une partie de ses questions, de ses raisonnements, de ses envies pour les partager et les exposer avec d'autres, dans d'autres sphères, comme sur Facebook où je suis ses combats politiques pour les jeunes femmes marocaines depuis des années.

Dans la suite du texte, je présente certaines consultations de Mufida avec la Dre Majd. Mufida est plus jeune qu'Assia (11 ans contre 17 ans) et ses capacités à être autonome sont travaillées autrement. Les consultations sont l'occasion de faire l'apprentissage de ces capacités avec un cadre de travail un peu plus strict et guidé puisqu'elle doit suivre « un tableau des activités », sorte de contrat informel passé entre elle-même, le médecin et Hajida, sa mère. Effet de « personnalité » (Ehrenberg, 2013, p. 137) de la patiente, et peut-être de

celle du médecin par ailleurs, la situation de Mufida est néanmoins pertinente lorsqu'il s'agit, dans une perspective développementaliste et cognitive telle que suivie à Al-Balkhi, de comprendre comment l'âge et le genre (pris dans un contexte social spécifique) façonnent les traitements mis en place.

5.3.2. Mufida : penser à autre chose

Le régime d'action imposé à Mufida est le même que celui d'Assia, à savoir « apprendre par soi ». Cependant, s'il était beaucoup question du contrôle des pensées par la rationalité et la logique pour Assia, s'ajoute pour Mufida la maîtrise de son corps : la propriété de soi s'ajoute de manière encore plus pragmatique que pour Assia à la responsabilité. Dans un article traitant de l'anorexie mentale dans le contexte suisse francophone et de la trichotillomanie à Al-Balkhi au Maroc, Margaux Bressan, Sarah Bonnard et moi-même nous sommes intéressées au corps comme ressource pour développer le contrôle de soi (Julie Pluies et al., 2019). Nous nous sommes largement inspirées des travaux d'Emilie Gremillion (2002) et de Muriel Darmon (2003) qui ont étudié la carrière des femmes anorexiques et en ont conclu que le corps était perçu par les patientes comme une ressource à fabriquer. Muriel Darmon (Darmon, 2008, pp. 324-343) affirme que les patientes pensent que leurs corps sont « des entités malléables pouvant être modélisées... À travers la vigilance et le travail ». Emilie Gremillion (2002) a noté quant à elle qu'il existe un paradoxe dans le traitement de l'anorexie parce que la maîtrise de soi, que Muriel Darmon (*Ibid.*) appelle « travail », est à la fois la cause et la solution à l'anorexie. Dans la section suivante, reprenant ces réflexions, je montre comment le corps est façonné à travers un travail médical (A. Strauss, 1992) d'autocontrôle de sa destinée (Ehrenberg, 1997).

5.3.2.1. Zapper

La première étape de travail sur le corps de Mufida consiste à éliminer les signes en chassant « les idées » qui posent problème – celles qui causent sa tristesse et son énervement, ces deux émotions que Mufida nomme pour décrire la manière dont elle se sent face à

certains événements ou certaines pensées. Comme la Dre Lasri avec Assia, la Dre Majd encourage Mufida à (auto)contrôler ses pensées, avec l'aide des médicaments.

hum, si dieu le veut avec les médicaments elles (les pensées²²⁶) vont diminuer, elles diminueront, juste ne prête pas attention à ces idées parce que ce n'est pas vrai... Comme je t'ai dit, par exemple moi, ou Julie, ou n'importe qui, il nous arrive que des idées pas logiques nous viennent à l'esprit, quand tu es bien tu les zappes, tu les fais passer, comme pour la télé tu zappes les chaînes, c'est la même chose pour les autres personnes, tu ne prêtes pas attention à ces idées parce que tu es convaincue que ça n'a pas de sens, que c'est sans importance. Quand il y a un problème, un problème dans la réflexion, une déficience même minime, on se concentre sur cette idée, on ne peut pas la zapper, c'est ce qui t'arrive maintenant, et le médicament t'aide pour zapper [...]. (27 août 2014)

Je reviendrai à la fin de cette partie dédiée à Mufida sur « la volonté de Dieu » dans le parcours de soins de Mufida. J'aimerais pour le moment me concentrer sur l'idée de volonté (et de choix sous-jacente) présente dans les propos de la Dre Majd. L'autocontrôle demandé d'exercer consiste à « ne pas prêter attention » aux pensées troublantes. Pour le reste, le médicament l'aidera à les contrôler. Dans un contexte où il est dit, notamment par le Professeur Alaoui, que les parents sont réticents aux traitements médicamenteux, il est essentiel pour les médecins de s'assurer que le traitement soit pris, et cela passe par la compréhension de son fonctionnement. Avec des mots et des images empruntés au vocabulaire ordinaire, la Dre Majd explique donc à Mufida la manière dont fonctionne le traitement : la position du médecin sachant surgit de nouveau. Dans cet extrait, il est aussi rappelé à Mufida qu'elle est malade, ou du moins qu'elle a un problème qui l'empêche d'agir comme tout le monde, comme la Dre ou moi-même. À plusieurs reprises, Mufida a effectivement commenté qu'elle « ne comprend pas », qu'elle « ne sait pas pourquoi » elle est comme ça, avec ces pensées négatives et infondées²²⁷.

²²⁶ Les pensées, ou idées dans la suite de cet extrait, sont ces pensées négatives et infondées qui concernent entre autres des suspicions d'adultère de la part de sa mère, mais aussi le fait d'être moins jolie que ses sœurs ou que ses amies, ou de ne pas être intelligente.

²²⁷ Ces pensées concernent entre autres des suspicions d'adultère de la part de sa mère, mais aussi le fait d'être moins jolie que ses sœurs ou que ses amies, ou de ne pas être intelligente

5.3.2.2. *Le tableau des activités*

En complément des médicaments, la meilleure solution pour « zapper » les pensées négatives est de faire autre chose et la Dre Majd donne à Mufida des exemples d'activités à mettre en place pour y parvenir :

Tu dois faire un effort pour que quand l'idée te vient à l'esprit, je regarde la télé ou je fais quelque chose, je me maquille, je joue, je fais quelque chose qui éloigne cette idée de mon esprit [...]. (27 août 2014)

S'il est admis que le médicament aidera Mufida à « zapper », le médecin lui indique par ailleurs qu'elle doit aussi s'engager, volontairement, dans une posture active de désintéressement – la notion d'effort pointée par le médecin rappelant que le contrôle de soi est un choix individuel. Cette incitation renvoie à l'idée déjà mentionnée d'Alain Ehrenberg d'une « insuffisance d'autocontrôle » qu'il faut ajuster en tant qu'acteur de sa santé (Ehrenberg, 2014a, p. 107).

En plus du médicament, un autre outil thérapeutique est proposé à Mufida pour l'accompagner dans cette démarche : le tableau des activités – qui avait aussi été proposé à Assia par la Dre Lasri mais qui découlait alors de la demande de l'adolescente pour contrôler son planning. La démarche ayant conduit à l'usage du tableau avec Mufida est différente puisque dans son cas, il s'agit d'une initiative de la Dre Majd. Cette distinction nous renseigne sur le niveau d'autonomie supposée de l'une et de l'autre : rappelons-nous que la Dre Lasri avait mentionné que ce type de dispositif était pour « les petits », une hypothèse qui était donc formulée en fonction de l'âge et de la capacité imaginée à s'engager dans le travail médical.

Dans la situation de Mufida, l'instrument principal utilisé pour l'aider à ne plus penser aux idées négatives est donc un tableau d'activité, que son médecin a dessiné sur une feuille de papier blanc A4 et qu'elle doit le remplir à la maison. Ce « tableau des activités » (présenté dans le chapitre 3) est un instrument thérapeutique qui détaille et régule une forme de travail thérapeutique transféré dans le quotidien de la vie familiale. Il décrit les activités scolaires, domestiques et autres à exécuter par Mufida afin de surmonter les problèmes, c'est-à-dire les activités qui vont la maintenir occupée afin de mieux « zapper » les idées négatives. Il s'organise autour des envies de la patiente, mais aussi des contraintes définies par la mère et le médecin. Ce tableau a été analysé dans l'article sur l'anorexie mentale et la

trichotillomanie en tant que contrat de soin (Roussillon, 1995), à l'image des contrats de soin qui sont effectivement signés entre certains patients et leur médecin, puisqu'ils déterminent un accord tacite entre les trois parties prenantes : la patiente, le médecin et la mère. Si le tableau, dans le cas de Mufida, de la Dre Majd et de Hajida, n'est pas formellement signé, j'ai toutefois développé la comparaison entre le contrat de soin et le tableau car elle permet de mettre en avant le statut symbolique de ce document informel – mais central dans la thérapie – autour duquel se nouent et se dénouent les alliances, les ententes et les tensions entre parents, adolescents et médecins. Ainsi, une dimension de « contrainte contractuelle »²²⁸ (un terme issu de la recherche de Muriel Darmon sur la carrière d'anorexie mentale) est associée à ce tableau - et concerne l'un des versants du contrat de soin passé entre la patiente et le médecin. Nous avons analysé avec mes collègues que l'usage du contrat, avec la contrainte contractuelle qu'il instaure, « semble maintenir une forme d'équilibre entre la maîtrise de soi du patient et le contrôle exercé par les professionnelles de santé » ainsi que des parents (année, page ?).

Le tableau est donc une tentative pour permettre à Mufida de s'autocontrôler en régulant son comportement – c'est-à-dire en organisant les rythmes de sa vie quotidienne. Le but est de réorienter ses gestes et actes quotidiens pour lui fournir d'autres occupations à même de chasser les pensées négatives. À long terme, le tableau permet d'établir un lien entre les activités menées et la possibilité pour Mufida de contrôler ses pensées et ses affects. À court terme, le tableau représente une série d'activités qu'elle doit effectuer dès son réveil jusqu'à son endormissement le soir. Il énumère clairement les pratiques à mettre en œuvre et à incorporer chaque jour. La durée de chaque activité a été fixée heure par heure et vise à maintenir et à développer la capacité d'attention et de concentration de Mufida, sans toutefois générer une saturation qui pourrait induire un certain stress et alimenter des pensées négatives ou des réactions comportementales qu'il s'agit d'éviter (comme pleurer, ne pas s'alimenter, rester inactive sur le canapé, ou ignorer sa petite sœur – voire être agressive avec elle). Les activités doivent être en accord avec le cadre thérapeutique visant à apprendre le contrôle de soi et l'autonomie, c'est-à-dire en accord d'une part avec les attentes formulées par le médecin en fonction de ce qui lui semble être nécessaire pour une jeune fille de son âge (soigner les relations mère-enfant par exemple), mais aussi en accord avec les attentes

²²⁸ La notion de « contrainte contractuelle » vient en complément de celle de « contrainte physique » qui est utilisée lorsque les enfants sont hospitalisés. La contrainte physique, qui concerne principalement l'alimentation, est complétée par la contrainte contractuelle, qui est également le moteur de la trajectoire de soins.

énoncées par Mufida et sa mère (augmenter la participation de Mufida à l'économie domestique par exemple, ce qui implique de soigner les relations avec ses sœurs). Ainsi, les activités négociées – et non imposées comme avec les plus jeunes – incluent trois qualités de temps : un temps individuel, un temps en famille et un temps pour la famille.

Le temps pour soi inclut des activités comme regarder la télévision, aller sur internet, ou cuisiner ce que Mufida aime, notamment des gâteaux et non le pain que la famille mange. Ces distractions sont autant d'actions par lesquelles elle peut affirmer son autonomie, ici définie par les valeurs de choix (choisir ce qu'elle fait), de propriété de soi (faire des activités dont elle est la bénéficiaire et n'impliquant pas nécessairement d'avoir des retombées pour les membres de sa famille), et d'initiative individuelle (faire des activités qui ne sont pas le fruit d'une proposition externe mais émanant d'elle, comme le maquillage dont elle a pris l'initiative (Ehrenberg, 2013, p. 136)). Je détaillerai davantage ces activités pour soi et leurs répercussions sur la vie familiale dans le chapitre 7. Le temps en famille a été suggéré par le médecin et correspond à du temps de divertissement passé ensemble, par exemple aller à la plage ou aller se promener au marché – je découvrirai en passant du temps avec cette famille que ce fut un des points les plus compliqués à mettre en œuvre. Enfin, le temps pour la famille est principalement dédié aux activités ménagères : il s'agit par exemple d'aller au four à pain, de balayer, de surveiller sa petite sœur, d'aller à l'épicerie. En m'appuyant sur un texte de Hakima Mounir intitulé « Un exemple d'apprentissage de la vie quotidienne : des apprentissages domestiques au Maroc » (2009), je montre ci-dessous les contours du métier d'adolescente imaginé pour Mufida par le médecin. L'aspect domestique de ce métier est particulièrement important à comprendre pour deux raisons : premièrement, dans une perspective à court terme, il permet de mettre en lumière dans quelles mesures les attentes de la mère de Mufida, formulées dans le tableau, prennent racine dans leurs interactions quotidiennes et facilitent, du point de vue du médecin, la réinscription de Mufida dans le cadre familial ; dans une perspective à long terme, le fait que ces activités soient le fruit des représentations de l'adolescence qu'Hajida et le médecin ont intégré dévoile le « métier d'adolescente » vers lequel Mufida est orientée au cours de la thérapie.

Comparativement aux « corps dociles » des enfants et aux techniques disciplinaires mises en place pour les faire éclore (par exemple la clôture ou le quadrillage durant le travail médical réalisé en consultations de psychomotricité et d'orthophonie pour contrôler et cadrer leurs agitations et débordements), les contraintes sont (ou semblent être) moindres sur le

corps de Mufida, mais elles sont en fait d'une autre forme. On retrouve en effet dans le tableau, et ses implications, des mécanismes assez similaires à ceux évoqués pour Amar et Rezik – à la différence près qu'ils devront, pour se réaliser, émaner entièrement de la volonté de Mufida sans aucune contrainte extérieure physique, notamment en raison de leur réalisation dans le cadre domestique. Mais avec le tableau, il est pareillement question de rythme, d'exercice, de surveillance – même si cette dernière est opérée en différé avec des comptes-rendus d'une semaine à l'autre. Cette façon d'aborder l'autodiscipline met au premier plan, comme l'a élaboré la Dre Lasri avec Assia d'ailleurs, « la responsabilité de l'agent à l'égard de ses actions [...] » (Ehrenberg, 2014a, p. 104). Le contrat et la contrainte qu'il pose constituent le « cadre » symbolique pour déléguer à Mufida, par un apprentissage progressif, la responsabilité de sa thérapie.

Avec Mufida, la Dre Majd aborde aussi le sujet de l'école : la consultation se déroule pendant les vacances d'été, elle voit la rentrée scolaire comme une opportunité, c'est-à-dire une activité additionnelle qui permettra à la jeune fille de penser à autre chose.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Majd : [...] *à part ça, est-ce que tu as essayé de faire une activité ou autre ? C'est bientôt l'école n'est-ce pas ?*

- Mufida : *Oui.*

- Dre Majd : *L'école commencera bientôt, qu'est-ce que tu fais à l'école ? Est-ce que c'est possible de nous dire un peu plus ?*

- Mufida : *Ça m'affecte aussi à l'école, ça me poursuit.*

- Dre Majd : *Non, si Dieu le veut, ça n'aura aucun effet sur tes études, au contraire l'école pourra t'aider pour que tu oublies tout cela, si Dieu le veut, tu commenceras tes études, si c'est possible tu peux même faire une activité qui te plait, par exemple le dessin ou le théâtre, une activité comme ça, ou le sport, je vais voir avec ta maman s'il y a une possibilité, appelle ta maman. »*

(27 août 2014)

Dans le cas d'Assia, le métier d'élève était perçu comme une réponse parmi d'autres, surenchérissant la dimension sociale de ce métier. Mufida, au contraire, n'est pas une élève que l'on peut qualifier de brillante, même si elle a déjà acquis les fondamentaux puisqu'elle sait lire, écrire et compter. Dans son cas, le métier d'élève, sans l'excellence scolaire associée, n'est pas nécessairement pensé comme un tremplin vers son métier futur d'adulte : l'école n'est jamais mentionnée en ces termes et je montrerai plus loin comment son « métier d'adolescente » prend le dessus sur le métier d'élève lorsqu'il s'agit d'imaginer le futur de Mufida. En outre, la Dre Majd suggère d'autres éléments, plus proches de l'idéal d'activités extra-scolaires, afin de permettre à la jeune fille de se changer les idées, mais elles sont hors de portée, culturellement et financièrement, de la vie de la famille, donnant une teinte particulière à l'équilibre du tableau d'activités et aux trois temps qui y sont valorisés.

5.3.2.3. Son « métier d'adolescente » : se préparer à devenir femme au foyer

Comme pour ce qui a été documenté dans le cas d'Assia, nous retrouvons dans les propos de la Dre Majd cette idée qu'apprendre par soi requiert d'être rationnelle. Bien que plus jeune qu'Assia, la jeune fille est censée posséder, à son âge, la rationalité, la logique ainsi que la capacité de penser de manière articulée et éclairée. Dans la perspective favorisée par le médecin, que les choses existent ou n'existent pas (par exemple que sa mère trompe son père ou non), Mufida doit choisir : la complexité et l'incompréhension suscitées par les pensées considérées par Mufida comme mauvaises doivent être bottées en touche par la rationalité. Poursuivant son argumentaire sur les réactions à adopter en cas d'idées négatives, la Dre Majd donne du poids à son analyse en faisant intervenir la raison et de la rationalité – deux caractéristiques qu'elle tente d'aviver chez Mufida, parlant d'ailleurs à la première personne comme si elle faisait entendre à la jeune fille ce qu'elle doit se répéter mot pour mot.

Extrait de mon carnet de terrain

- Dre Majd : *Et que je sois sûre que c'est faux, que c'est juste euh Satan ou juste des choses qui me viennent à l'esprit qui n'ont aucun lien avec la réalité. Parce que, est-ce que tu vois, tu penses que ta maman trompe, va tromper ton papa ? Hein ? Réponds-moi Mufida, pour toi ta maman trompe effectivement ton papa ?*
- Mufida : *Je ne sais pas*
- Dre Majd : *Qu'est-ce que tu ne sais pas ? Qu'est-ce qui te fait penser qu'elle ne le trompe pas ?*
- Mufida : *Quand je la vois normale, je la vois différente à chaque fois, je la vois différente à chaque fois.*
- Dre Majd : *Tu la vois différente à chaque fois, quand est-ce que tu penses que peut être elle le trompe ?*
- - Mufida : *Quand euh (silence) quand elle (silence) comme quand elle s'habille ou comme ça.*
- - Dre Majd : *Hum... Mais est-ce que toute femme bien habillée trompe son mari ? Est-ce que tu aimes porter de jolis vêtements ? Donc, elle aussi est une femme et aime porter de jolis habits. Quand elle s'habille qu'est-ce que ça te fait ? »*

(27 août 2014)

La Dre Majd opère donc avec Mufida une recherche d'indices, passant en revue les éléments concrets, réels, qui pourraient lui indiquer que sa mère trompe « effectivement » son père. Puis quelques instants plus tard, dans la même lancée :

Comme je t'ai dit, ces idées, moi je ne te dis pas, je ne te fais pas de reproches, non. Mais je veux que tu laisses tomber ces idées, toi Mufida, est-ce que tu penses que ces idées sont logiques ? [...]

Face à ce raisonnement, Mufida argumente, mettant finalement à mal la logique déroulée par la docteur : « tellement elles me viennent à l'esprit très fréquemment, c'est devenu logique pour moi ». Faute de pouvoir être dans l'autocontrôle comme attendu, Mufida tente

de montrer la logique de son raisonnement, mais le médecin continue, se raccroche à sa propre ligne directrice, celle de la vérité, des faits et de leur tangibilité. Elle encourage Mufida à faire de même, pour « oublier » :

[...] oublie les idées qui te viennent à l'esprit, pour un instant, il n'y a aucune de ces idées, comment tu vois ta maman, est-ce que cette dame trompe ton papa ? Est-ce que... Est-ce que tu as des preuves que ta maman trompe ton papa ? » (27 août 2014)

La référence à la preuve pour « mettre à l'épreuve » les faits qui se trament dans ses pensées et pour « établir la vérité » afin de prendre de la distance avec ses idées est une attention révélatrice de la logique démonstrative et donc rigoureuse mise en œuvre par la Dre Majd (Livet & Volken, 2003). La dynamique entre la Dre Majd et Mufida est la même que celle que j'ai évoquée pour d'Assia, où apprendre par soi impliquait d'apprendre de l'autre : « Cette idée te vient à l'esprit et te rend malade et t'énerve mais je veux que tu l'analyses toute seule, est-ce que c'est juste ? Est-ce que pour toi cette idée est vraie ou fausse ? »

Le médecin emploie un ton directif mais calme contrastant avec l'emportement de la mère rapporté par Mufida et admis par Hajida elle-même. C'est autour de cette dynamique que la Dre Majd a construit sa relation avec Mufida : elle écoute, dit ne pas juger et présente des points qui se veulent logiques – même si Mufida ne la suit pas toujours. Quelques mois plus tard, alors que nous sommes chez eux, Mufida confie aimer ce médecin : elle la trouve gentille et l'incite à penser pour elle et par elle, l'enjoint à démêler le vrai du faux en la dotant, par ses injonctions, de capacités d'apprendre par soi et pour soi. Exercer son métier d'adolescente, pour Mufida comme pour Assia, consiste donc apprendre ces caractéristiques de rationalité. Agir ainsi, c'est se donner les moyens de se préparer à devenir adulte.

J'ai mentionné dans la partie sur le tableau d'activités que trois temps étaient imposés à Mufida : un temps *pour soi*, un temps *en famille*, et un temps *pour la famille*. J'aimerais désormais montrer en quoi ce temps pour la famille, pour une adolescente comme Mufida, correspond à une période de préparation à la vie d'adulte. M'appuyant sur le texte d'Hakima Mounir qui traite de l'apprentissage des savoirs domestiques au Maroc, je montre comment la « phase d'adolescence » dans laquelle le médecin situe Mufida correspond à l'apprentissage de cette série « de savoirs et de savoir-faire complexes » identifiés par l'auteure. Ces activités recouvrent le domaine artisanal (faire du pain, fabriquer des

vêtements) mais aussi des activités plus strictement ménagères comme l'entretien du linge, l'entretien du sol ou des ustensiles de cuisine (Mounir, 2009, p. 34). Il s'agit aussi de maîtriser la « délicate » tâche de préparer les repas (*Ibid.*) et j'ai pu constater que lorsque les moyens financiers sont réduits, comme dans le cas de la famille de Mufida, cette mission en est d'autant plus difficile. De l'espace domestique, Hakima Mounir nous dit qu'elle est un lieu de socialisation où le capital ménager (équivalent du capital scolaire chez Pierre Bourdieu) se construit, et se transmet des mères aux filles. Parmi les interviewées d'Hakima Mounir, je retrouve les détails perçus au domicile de la famille de Mufida : pour faire le ménage, il faut aussi avoir, en plus du matériel (balai, seau et serpillère), « des techniques, des gestes et des qualités d'organisation » (*Ibid.*, p.35). Là aussi, j'ai pu constater que cette activité – tenir un intérieur propre dans une maison en parpaings qui produisent de la poussière, avec un toit en taule et une porte aux jointures non hermétiques qui laisse passer la poussière des chemins en terre entourant la maison – est une activité intense, et presque sans fin. Hajida est fière d'avoir commencé à construire sa maison, mais encore honteuse de l'absence de certains éléments comme une douche et des toilettes reliées au tout-à-l'égout, l'électricité reliée, des fenêtres, des murs peints. Pour compenser ce qu'elle considère comme des manquements, elle s'évertue à garder sa maison la plus propre et la mieux rangée possible – du moins les trois pièces de vie (les deux salons et la cuisine), car la chambre familiale ne reçoit pas le même traitement : les matelas, les couvertures et les vêtements s'empilent un peu partout ou débordent d'une immense armoire en bois dont les portes bancales ne ferment plus et tiennent en étant posées à même le sol. Mufida est une précieuse alliée dans ce travail ménager, raison pour laquelle lorsque la dépression l'a empêchée d'aider sa mère, cette dernière a oscillé entre compréhension et empathie à l'égard de sa fille, et frustration de ne plus recevoir d'aide comme cela aurait dû être le cas.

Il en va de même pour l'apprentissage culinaire, nous dit Hakima Mounir. Graduelle, l'initiation commence avec une participation à la préparation des repas en épluchant les légumes – tout en veillant à ne pas gaspiller –, puis en mettant la table et en la débarrassant – tout en identifiant les restes qui pourront être utilisés pour d'autres repas : cette multitude de petites tâches était devenue pour Mufida impossible à réaliser. Avec l'âge, de plus en plus de responsabilités sont confiées aux jeunes filles et nombre d'entre elles se déroulent à l'extérieur : aller au marché, apprendre à choisir les légumes et les fruits, négocier les prix – cette partie des activités ménagères, Mufida les avait aussi délaissées puisqu'elle ne sortait plus de chez elle. Elle n'accompagnait plus sa mère au marché pour faire les courses et

apprendre, entre autres, « à faire des économies » (comme constatées par Hakima Mounir dans les interviews menés auprès de femmes marocaines). Lorsqu'Hajida se plaint au médecin « qu'une fille comme ça elle ne fait pas de mal mais elle n'amène rien », c'est à l'ensemble de ces tâches qu'elle songe. De plus, ce constat mérite une analyse en deux temps : le premier s'inscrit dans l'immédiateté du quotidien et alourdit la charge d'Hajida qui n'est plus aidée ; le second temps, relatif à leur apprentissage et à la maîtrise de ces savoirs, fait référence à ce dont Mufida aura besoin, dans un futur plus ou moins lointain, pour savoir tenir son intérieur, mais qu'elle ne peut pratiquer du fait de son enfermement actuel à la maison.

« [Cet apprentissage] comporte sa part cachée : d'une part, les mères mettent en scène devant leurs filles le fait qu'elles peuvent exercer un certain pouvoir sur les hommes-commerçants ; de l'autre, une partie des économies qu'elles réalisent ainsi sert à accumuler petit à petit un « trésor de guerre », de l'argent patiemment mis de côté, « en cas de coup dur » (désaccord grave avec le mari, répudiation, divorce) » (*Ibid.*, p.37).

Dans le cas d'Hajida, cet argent a servi pour construire sa maison, emmener sa fille à l'hôpital et acheter des médicaments – car même si le père est d'accord avec toutes ces démarches, la mère doit s'assurer une forme d'indépendance au jour le jour au cas où le père rentrerait tard ou sans argent après une soirée à jouer aux cartes par exemple. La suite de l'initiation, l'étape la plus importante dans cette initiation culinaire, est la confection des repas et la préparation du pain qu'il faut ensuite amener au four du quartier – une autre tâche que Mufida a mis du temps à réintégrer à son activité. Au sujet de l'apprentissage de la confection du pain, Hakima Mounir mentionne deux autres points importants dans le cas de Mufida : le premier est le fait qu'il facilite l'accès à la préparation de gâteaux ; le second est qu'il est « souvent long et jalonné d'incident [...] qui donnent lieu à des « corrections » plus ou moins sévères » (*Ibid.*, p.37-38). Ces deux éléments m'aideront à mieux comprendre le stress de Mufida lorsque, ayant réussi à négocier un peu d'argent, elle pouvait réaliser un gâteau.

En complément de ce commentaire sur le « capital ménager » mis au jour à la suite d'une lecture attentive du tableau d'activités élaboré pour Mufida, j'aimerais aborder brièvement un autre élément pareillement présent, mais de manière dissimulée, dans cet outil thérapeutique, à savoir le genre. Dans son article, Hakima Mounir met en avant la distinction en termes d'apprentissage entre jeunes filles et jeunes garçons (qui seront aidants dans des magasins type boulangerie, épicerie, garage, etc.), tout en soulignant que celui des jeunes

filles est d'autant plus précieux qu'aucune autre instance que la mère n'est en mesure de transmettre les savoirs acquis. L'argument qu'elle développe sur ce point permet de mettre en exergue l'importance du lien mère-fille pour recevoir le « capital ménager ». Cette question de genre, que mes collègues et moi avons également abordée dans l'article sur l'anorexie mentale et la trichotillomanie, nous permet de mettre en lumière le fait que le « métier d'enfant » ou le « métier d'adolescent » que je propose est forcément genré et que dans ce travail de distinction de genre, le corps « comme lieu de contrôle social » est central (Boltanski in Baboulène-Miellou & Teboul, 2015, p. 693). En effet, dans le tableau d'activités organisé pour Mufida apparaissent des activités associées au genre féminin. Les attentes qui y sont formulées en termes de comportements sont établies en fonction de la répartition genrée des activités dans la sphère domestique, à l'image des activités ménagères analysées par Hakima Mounir ou des activités de soins documentées dans le contexte du Moyen-Orient par Elizabeth Warnock Fernea (1995a). Dans le contexte français, Geneviève Cresson s'est pareillement appliquée à décrire le genre dans les soins (1991) ; Nicoletta Diasio (2012), Natacha Baboulène-Miellou et Jeanne Teboul (2015), ou encore Michaela Marzano (2007) ont quant à elles montré comment les enfants apprennent à être, « à grandir » comme des filles. La guérison de Mufida et de l'ensemble des enfants et des adolescents que j'ai eu l'occasion de rencontrer, se réalise par la performativité d'activités associées à leur genre – notons qu'il existe une convergence importante en termes d'attentes entre les différents lieux fréquentés par les enfants et les adolescents, qu'il s'agisse du cadre familial ou scolaire par exemple. La transformation de Mufida, sa guérison, doit se produire par des actions (qui sont donc performatives) identifiées comme faisant partie de la vie de l'adolescente qu'elle est selon le médecin – sans toutefois jamais questionner les implicites de genre qu'elles contiennent. Du point de vue psychiatrique, l'objectif est de lutter contre la désinscription familiale et plus largement sociale de la jeune fille, mais dans une perspective anthropologique, il est pertinent de pointer que pour faire partie du cadre familial, il est nécessaire d'endosser, par la performance d'actions diverses, une identité de genre féminin. Dans le cas de Mufida, la performance du genre féminin ne semble pas lui poser de problème (Butler, 1988; Tangy, 2008) : elle brosse ses longs cheveux plusieurs fois par jour et les soigne régulièrement avec des masques d'huile d'olive ; elle porte des jeans à paillettes, des tee-shirts et cache-cœurs ajustés et préfère les ballerines aux baskets ; elle aime se maquiller – autant d'attributs qui lui permettent d'incarner le genre féminin attendu d'elle selon les normes sociales et qui rappellent le caractère performatif du genre « au sens où il

produit l'identité qu'il est censé refléter » (Tangy, 2008, p. 8). Dans l'analyse de cas de trichotillomanie menée dans l'article sur les ressources corporelles mentionné à plusieurs reprises dans cette deuxième partie de chapitre, nous avons justement montré comment l'inscription d'une autre jeune fille diagnostiquée avec ce trouble dans le cercle familial est mis à mal car elle performe – notamment par ses choix vestimentaires (avec une casquette et des tenues sportives) – des normes de genre considérées masculines et donc contraires à ce qui est attendu d'elle. En ce sens, sa performativité²²⁹ rappelle une fois encore le caractère performatif du genre, mais de plus, elle reflète la puissance d'agir, l'exercice de pouvoir, et les formes de résistance qui lui sont inhérentes, montrant les capacités de négociation et la position active de l'adolescente en tant qu'actrice (ou « sujet », dirait Judith Butler) de son identité (non figée) (Tangy, 2008, p. 10). Toutefois, si le genre doit être performé par les enfants et les adolescents, l'âge entre en compte dans la définition des normes et des attributs auxquels ils et elles peuvent recourir pour endosser un genre – comme le maquillage mis par Mufida qui peut, de ce fait, effectivement devenir une forme de résistance comme je le montrerai au chapitre 7 (Elliot, 2016, p. 491). L'analyse des activités recommandées dans le tableau, cet outil thérapeutique de lutte contre la dépression, nous dévoile ainsi les attentes au regard du genre, mais aussi de l'âge, instituées par les adultes et performées (plus ou moins) par les enfants et les adolescents, avec des variations rappelant ce que Pascale Garnier affirme : « l'agency des enfants est à considérer non comme une donnée à mettre en valeur ou contester, mais en tant que performance », alors que les professionnelles la perçoivent comme une possession que les enfants pourraient acquérir en grandissant et au fil de la thérapie lorsqu'une « déficience » (Garnier, 2015b, pp. 168-169) d'acquisition a eu lieu.

5.3.2.4. *Si Dieu le veut*

« Inchallah », cette expression qui signifie littéralement « si Dieu le veut », m'est initialement apparue comme une sorte de « theological fatalism » (Elder in Elliot, 2016, p. 489) en contradiction avec les efforts déployés par Mufida ou ses parents, un signe de leur rôle d'acteurs dans la trajectoire de soin de la jeune fille. Ce mot (me) laisse supposer que

²²⁹ La théorie de la performativité ici référée, précise Tangy suppose que « l'identité est produite et contestée dans le cadre d'une configuration (sociale et psychique) qui l'a rendue possible et qui la conditionne. » (Tangy, 2008, p. 12)

tout serait joué, écrit et que finalement tout leur échapperait. Il semble important de s'arrêter sur ce point et de mieux comprendre cet apparent paradoxe qui, comme je le montre en m'appuyant sur le texte d'Alice Elliot, n'en est en fait pas un. Dans l'article intitulé « The make up of destiny : predestination and the labor of hope in a Moroccan emigrant town » (*Ibid.*), l'anthropologue américaine s'intéresse aux pratiques performées par des jeunes femmes marocaines pour trouver un mari. La lecture de cet article m'a aidée à comprendre comment ce que je concevais, à tort, comme une forme de fatalisme, n'était pour autant pas contraire à une forme d'agentivité. Comme l'écrit Alice Elliot, qui a vécu cette même complexité :

“The complex relationship between action and theological imagination emerging from this study is far removed from the kind of inevitable passivity and immobilizing fatalism that Western social theorists, from Weber all the way to Samuel Huntington (1993), have repeatedly identified in Islamic conceptions of predestination.” (*Ibid.*, p. 489)

Si le destin est écrit, il est aussi inconnu, précise l'auteure – ce qui, dans le contexte des jeunes femmes interviewées ou celui des professionnelles et des parents rencontrés à l'hôpital, laisse une marge d'action dont les traitements (psychothérapie et/ou médicaments) et les quêtes diagnostiques, quels que soient les enjeux sous-jacents (Béliard et al., 2015), sont de vives manifestations.

Dans la suite de l'article, Alice Elliot explique que pour ses interlocutrices, les pratiques mises en œuvre sont pensées comme une forme de réalisation d'une vie « déterminée par le divin », car tel que le répète l'auteure : « deux caractéristiques cruciales sont attribuées au destin : la fixité, « fixity », et l'inconnaissabilité, « unknowability » (i) (Elliot, 2016, p. 492). Sur la base de ces deux principes, les jeunes femmes décident de s'engager activement et consciemment (*Ibid.*), faisant de cette inconnaissabilité un facteur productif (Højer in Elliot, *Ibid.*). Enfin, le dernier point central à l'argument d'Alice Elliot est le concept de « travail d'espoir » déclenché et nourri par ce sentiment que :

« action opens the possibility that a hoped-for future may indeed be one's written path. [...]. While they do not know whether marriage, and marriage to a migrant man, has been written for them by God, they do know what actions are required in the human world to precipitate such a future, *were this future written for them*” (*Ibid.*, 493).

Ce travail d'espoir²³⁰, qu'il s'agisse de celui des parents, des professionnelles mais aussi des adolescents (ou des enfants), est à mon sens ce qui les encourage et les motive, pareillement aux jeunes femmes rencontrées par Alice Elliot, à poursuivre leurs actions. Dans cette perspective que l'on peut qualifier d'«everyday islam», inspirée de l'anthropologie du quotidien développée par Veena Das (2012), nous pouvons, en tant qu'anthropologue notamment, mieux comprendre le vécu d'êtres humains dont la religion est l'Islam.

Avec les cas de Mufida et Assia, j'ai présenté deux situations dans lesquelles ces adolescentes étaient soit en accord soit demandeuse de la thérapie. J'ai montré comment, de ce fait, les deux ont accepté et embrassé sans difficulté les recommandations faites par les médecins, répondant positivement à l'injonction d'autonomie. Chacune à leur manière, elles ont accordé une écoute, une attention aux médecins, en essayant, avec plus ou moins de succès, de répondre aux questions, de parler de leurs affects, d'expliquer comme elles le pouvaient les difficultés qu'elles traversaient. Dans ces cas, leurs attitudes, considérées comme responsables, leur ont valu d'être perçues comme des « adolescentes » en capacité d'autonomie, à savoir de faire les bons choix vis-à-vis de leur santé. Le troisième cas introduit ci-dessous, celui de Faraj, me sert à discuter une situation aux antipodes de celles de Mufida et d'Assia. Faraj conteste la thérapie, ce qui lui vaut d'être considéré par le médecin comme n'étant pas en mesure d'agir de manière adéquate. Le régime d'action d'« apprendre par soi » est donc remis en question faute d'une autonomie démontrée, donnant à la mère de cet adolescent, (davantage regardé comme un grand enfant), une place centrale.

²³⁰ Au sujet du travail médical sur les corps de malades en oncologie, et tout particulièrement sur la participation de ces patients aux essais cliniques et la relation d'expérimentation entre un médecin et son patient, Benjamin Derbez s'est aussi intéressé à ce sentiment d'espoir, qu'il associe à la « naissance de la représentation imaginaire d'un état du futur conforme à un désir malgré l'incertitude » (Derbez, 2017, p. 29) et à ce qu'il produit. Il propose de comprendre la participation des patients comme « l'investissement d'un capital corporel sur lequel la personne mise dans l'espoir d'en tirer un bénéfice ». Bien que son travail ne permette pas de penser cette relation et référence à Dieu ici évoquée, il offre néanmoins la possibilité de mettre en lumière cette tension entre temporalité courte et longue, à laquelle les familles, les enfants, mais aussi les professionnels sont soumis dans leur travail médical et de comprendre la place de l'incertitude comme moteur de l'action dans les parcours de soins des enfants et de leurs familles. Si je fais le choix, face au trouble qui était le mien, de comprendre cet apparent paradoxe entre action et (faux) fatalisme théologique, d'opter pour une lecture via le « travail d'espoir » tel que défendu par Alice Elliot, je reconnais qu'un approfondissement pourrait être mené pour examiner la place de l'espoir (au sens de Benjamin Derbez) pour les familles rencontrées à Al-Balkhi.

5.3.3. Faraj : des injonctions contestées

Avant « d'apprendre par soi », il faut accepter d'être présent à l'hôpital, il faut accepter d'avoir un problème à régler. Je l'ai montré avec Mufida et Assia, qui toutes deux reconnaissent avoir des problèmes, rencontrer des difficultés ; Assia admet d'ailleurs être malade et a souhaité, en demandant à être suivie par un psychiatre, être reconnue par sa famille notamment en tant que malade. Faraj, pour sa part, perçoit sa présence à l'hôpital comme une contrainte. Pour comprendre la contrainte abordée ici, je compléterai la distinction introduite plus haut entre contrainte physique et contractuelle, avec la définition de la contrainte de Livia Velpry : « on peut remarquer qu'à chaque fois, c'est une forme d'autonomie de la personne, la capacité à décider par soi-même, qui est considérée comme atteinte par le recours à la contrainte, soit en l'ignorant soit en l'influençant. » (2008, p. 153)

Si la contrainte contractuelle mise en œuvre avec Mufida et Assia se rapproche d'une persuasion plutôt que d'une contrainte, comme le note Livia Velpry, je remarque que pour Faraj, la contrainte appliquée est à la fois une « violence faite à la volonté exprimée » (coercition) et une intrusion dans sa capacité à décider pour lui-même (influence). Il est en effet important de souligner qu'Faraj n'est pas soumis à une contrainte physique lorsqu'il se rend à l'hôpital avec ses parents, mais par ses attitudes, il montre qu'il n'est pas volontaire, trainant des pieds et se faisant tirer par le bras pour monter les escaliers jusqu'au bureau de consultation de la Dre Kasmi qui le suit (chapitre 4). De plus, assis face à la Dre Kasmi – en présence uniquement de son père puisqu'il refuse de voir sa mère, Adiba, qui attend dans le couloir –, il partage ce sentiment d'intrusion ressenti à la suite de sa venue en consultation. Ces premiers mots sont les suivants :

Extrait de mon carnet de terrain

- Faraj : *C'est injuste, encore une fois, vous me ramenez ici.*
- Dre Kasmi : *Ça va Faraj ?*
- Faraj : *Vous ne m'avez pas laissé dormir, vous m'avez réveillé, qu'est-ce que vous voulez de moi ?*
- Dre Kasmi : *Tu étais endormi et ils t'ont réveillé ?*

- Faraj : *J'avais envie de dormir. Je ne me suis pas endormi toute la journée. À peine envie de dormir, et vous me ramenez dans un autre endroit, mais pourquoi ? Pensez à moi, vous me demandez d'abord. Vous me demandez si j'ai envie de vous accompagner ? Vous prenez seuls une décision sans me demander mon avis. Vous ne m'avez jamais demandé mon avis, mais toujours. Quand est-ce que vous m'avez demandé mon opinion ? Toujours, on l'emmène ici, on l'emmène là, on le renvoie pour qu'il se calme.*

(7 août 2014)

L'injustice clamée par Faraj marque, d'une part, l'absence de responsabilité et le fait que sa volonté ait été ignorée, que son avis n'ait pas été demandé, et d'autre part, il donne l'impression d'avoir été bafoué, comme s'il avait été victime d'une intrusion, comme si son corps avait été bougé sans son accord. Mais le fait que les parents et les enfants (Livia Velpy parle des soignants et des patients) soient pris dans des relations faites d'obligations et d'attentes complexifie la manière dont nous pouvons percevoir la contrainte. Pour Faraj, « apprendre par soi », c'est-à-dire reconnaître la maladie et mobiliser les dispositions nécessaires selon les professionnelles pour la combattre nécessitera un travail médical dans lequel il devra être accompagné.

5.3.3.1. Quand apprendre par soi n'est pas une option

En effet, face à son refus d'apprendre par soi, le relais va devoir être pris de manière plus forte par la mère, et éventuellement par le père²³¹. Les propos de la Dre Kasmi adressés à Adiba, la mère de Faraj, ont pour but de lui rappeler le rôle qu'elle doit jouer dans la thérapie de son fils.

Il fait des crises et vous répondez à ses caprices. Il a créé un problème avec sa sœur, il est parti chez sa tante. Vous avez renvoyé sa sœur. Ce n'est pas logique. Tout ça, ça n'a pas de sens, ce n'est pas logique. Un cadre, s'il n'y a pas un cadre, il n'ira jamais mieux. (7 août 2014)

²³¹ Comme je le montrerai dans le chapitre suivant, du fait de la maladie du père et de l'espace pris par la mère, celui-ci est relativement tenu à distance du parcours de soins de son fils.

Il faudra donc, dans une perspective médicale, forcer cet apprentissage, notamment en posant un cadre, comme avec les enfants qui n'ont pas encore appris à maîtriser leur métier d'enfant. Car son refus d'être présent, sa désobéissance et son incapacité à reconnaître l'utilité pour son bien-être de voir un psychiatre, montrent, selon la Dre Kasmi, qu'il n'est pas mature, qu'il ne contrôle pas les émotions travaillées avec les plus jeunes (ce que j'ai montré en début de chapitre avec Amar et Rezik). Dans le cas de Faraj – du fait des comportements interprétés par le médecin comme des « caprices » –, « l'autonomie » doit être « cadrée » et la mère doit se porter garante de ce cadre : le travail médical ne peut pas se faire avec Faraj comme partenaire et co-acteur. Le régime d'action favorisé pour les plus grands vacille, le jeune homme devra « apprendre avec et par » ce que ses parents font pour lui. La contrainte extérieure, puisque non incorporée, n'en sera que plus forte.

Quant à la rationalité et la responsabilité normalement octroyée aux « adolescents », Faraj en est privé. La logique du soin ne lui est pas expliquée directement, mais elle est détaillée à la mère :

En tous les cas, quand il fait une crise, tu patientes : qu'il reste à une place jusqu'à ce qu'il se calme, tu m'as compris ? Avec le temps, il comprendra que cette méthode ne marche pas, et c'est là où il va changer de comportement. Ce n'est pas un grand problème. Mais si on reste comme ça, son comportement deviendra encore pire. (7 août 2014)

Qu'il s'agisse d'enfants ou d'adolescents, les parents et les professionnelles sont ceux qui, dans des mesures variées, définissent le cadre. Selon le degré d'autonomie octroyé, des marges de manœuvre plus ou moins conséquentes peuvent être accordées. Chez la Dre Kasmi se retrouvent les mêmes idées que celles développées par ses collègues, à savoir le « cadre » et la rationalité, mais avec sa perception du refus d'activation de l'autocontrôle, elle doit aborder la situation différemment en mobilisant la mère comme garante du cadre une fois la famille rentrée au domicile. Avec Faraj, il n'y a ni tableau ni négociation : la professionnelle ne le considère pas prêt, pas apte à gérer de telles pratiques d'autocontrôle.

Néanmoins, alors qu'il répète que « c'est injuste », la Dre Kasmi lui demande ce qu'il veut, lui offrant l'occasion de formuler un choix et de comprendre cette injustice dont il se dit victime. À cette question, il répond :

Pourquoi ? Pourquoi ? J'ai été endormi. J'ai failli tout oublier, je ne me suis pas endormi toute la nuit. Je ne suis pas endormi pour ne pas faire pipi, je ne me suis pas endormi, je ne ferai pas pipi, c'est ça ? Mais je me soigne tout seul. Je ne me

suis pas endormi toute la nuit jusqu'à 8 h 30, je me suis endormi juste un petit moment, mais pourquoi vous m'avez réveillé ? Pourquoi ? (7 août 2014)

Je perçois dans cette réponse une certaine logique, ce qui n'est pas le cas du médecin, qui discrédite Faraj en répondant : « Il est entré dans des perturbations, ça y est monsieur. C'est bon Faraj tu peux accompagner ton père (*dans la salle d'attente*). Appelle-moi sa mère ». « Perturbation » est une forme de non-sens, alors qu'il y a une certaine logique dans les propos de Faraj qui parle de se soigner lui-même en faisant référence à quelques problèmes d'énurésie secondaire qu'il a eus. Sa démonstration se veut rationnelle (puisque'il urine lorsqu'il dort, alors il ne s'est pas endormi), mais elle ne convainc (évidemment) pas la Dre Kasmi.

Toujours au sujet de la contrainte, Livia Velpry poursuit son analyse en indiquant que pour les soignants, son usage est justifié par le fait que la personne est dominée par sa pathologie ce qui la rend incapable de prendre les « bonnes » décisions. Dans le cas présent, le même constat est partiellement dressé : le médecin regarde Faraj, au moment de cette réponse, comme quelqu'un d'incapable – les preuves de la contrainte qui s'exerce à son égard pour qu'il soit présent, le justifient.

5.3.3.2. *Un travail médical partagé*

Ne pas le brusquer. Telle est la position de la Dre Kasmi : « il n'y a pas de contact, on le laisse tranquille et on commence petit à petit ». Elle prévoit donc des rencontres de quelques minutes uniquement, une fois par semaine, mais la mère de Faraj, de son côté, doit agir et accomplir une grande part du travail médical. Le médecin lui dit ce qu'elle attend d'elle, répétant « tu m'as compris » pour être sûre qu'elles aillent toutes deux dans la même direction.

Vous devez être patients, car si vous continuez à réagir, il va sentir que vous avez peur et c'est là où il va exagérer et il ne va pas s'arrêter. Tu as bien saisi ? Tu vas mettre un cadre pour que tu puisses imposer tes règles, tu ne vas pas être injuste. Si vous voulez sortir de cette situation. Tu m'as comprise ? (7 août 2014)

La mère, et le père qui est de temps en temps également inclus dans le « vous » adressé à la mère, doivent s'affirmer face à Faraj. Contrairement à Mufida et à Assia, aucun conseil,

recommandation, ou exercice n'est donné à Faraj, car il ne les entendrait pas : « il n'est pas prêt », dira la Dre Kasmi après la consultation. Il n'est donc pas question d'autocontrôle, le contrôle est exercé par la mère : *elle* met le « cadre » en place, fixe les règles (pour dormir, manger, sortir, etc.), elle crée les conditions pour que celui-ci soit actif, opérant sur Faraj. J'aborderai dans le chapitre suivant comment les parents, en amenant leurs enfants et adolescents en thérapie à l'hôpital, vivent également un processus d'apprentissage et de transformation similaire à leurs enfants ou adolescents. Pour Adiba, l'absence d'autocontrôle de son fils lui enseigne de manière plus incisive à « être mère » au sens entendu et attendu par le médecin.

Pour Faraj, apprendre à être un adolescent compétent et exercer son « métier d'adolescent » impliquent d'apprendre à exercer le « métier d'enfant ». Le cadre et les règles doivent venir contrer un comportement qui n'est pas aligné, selon le médecin, avec les attributs de son âge. Le fait que le médecin opte pour des « caprices » appuie cette lecture – même si, d'un point de vue psychiatrique, la question peut se poser de l'influence de la schizophrénie pronostiquée. Si, chez les adolescents, il est entendu que parents et enfants peuvent avoir des divergences, dans le cas de Faraj, cela n'est pas perçu comme « juste ». Le recours à un régime d'action normalement favorisé pour les plus jeunes correspond toutefois à une stratégie visant à accroître l'autonomie – comme le soutient Livia Velpry à propos des pratiques coercitives et de leur visée sur l'autonomie du patient (2008, p. 155). Faraj, comme les enfants ou adolescentes, doit se conformer à la performativité des attributs d'âge et de genre qui le caractérisent.

5.4. Conclusion

Quelle que soit la nature du problème identifié chez les enfants et les adolescents, le corps et son (auto-)contrôle sont les outils principaux par lesquels ils peuvent et doivent, selon la perspective des professionnelles et plus ou moins guidés par ces dernières, opérer un changement. L'hypothèse médicale est la suivante : le contrôle du corps permet un changement d'habitude comportemental puis, au fil du temps, une éradication des « troubles » pour lesquels le travail thérapeutique a été mis en place. J'ai montré que le travail médical accompli par les professionnelles se déclinait en deux régimes d'action, entendus comme des ensembles d'actions accomplies par les professionnelles pour agir sur et interagir

avec les patients – et dont la valeur centrale, qui conditionne ces (inter)actions, est l'autonomie.

Un premier régime d'action, « apprendre par et avec les adultes » s'applique aux enfants qui, considérés par les professionnelles comme manquant de capacités à être autonomes, sont soumis à une discipline corporelle stricte pour les conduire vers cette autonomie. L'objectif thérapeutique est, qu'à terme, ils puissent « faire seul », c'est-à-dire se déplacer, s'habiller, manger, faire leur toilette de manière autonome, sans assistance parentale – une autonomie qualifiée de niveau inférieur par les professionnelles. Le deuxième régime d'action, « apprendre par soi », qualifie quant à lui les (inter)actions entre adolescents et professionnelles et atteste du fait que ces dernières prêtent aux adolescents des capacités à être autonomes. Dans ce cas de figure, c'est par un travail sur leurs émotions, par la rationalité qu'ils doivent appliquer à leur propre raisonnement, que les adolescents peuvent, selon la perspective des professionnelles toujours, modifier leur comportement et aller mieux, voire guérir. La différence entre les régimes d'action, en termes d'autonomie prêtée aux enfants ou aux adolescents, se reflète d'ailleurs dans le déroulement singulier de chaque thérapie : alors que les comportements des enfants sont corrigés en séance (par l'orthophonie ou la psychomotricité) par des interventions directement situées sur leur corps par les professionnelles pendant les exercices accomplis sous leurs yeux, pour les adolescents, les exercices donnés sont à faire à la maison (tableau ou carnet à remplir) et si la verbalisation peut être attendue (et comprise comme une forme d'exercice selon moi), elle ne peut pas être forcée – contrairement aux corps des enfants qui peuvent être manipulés.

La définition de l'autonomie, cette valeur centrale des régimes d'action repérés, repose pour les professionnelles sur des critères « biologiques » tels que l'âge, auquel se greffe le genre dont la construction sociale n'est toutefois pas sujette à des critiques ou réflexions de la part des professionnelles rencontrées, contrairement à ce qu'Isabelle Coutant a pu observer sur son terrain de recherche auprès des professionnels de soins psychiatriques en région parisienne. Là où l'auteur relève l'influence de courants de pensée tels que la psychanalyse et la thérapie institutionnelle sur les pratiques réflexives (2018), cette réflexivité n'est pas instaurée à Al-Balkhi, du moins pas de manière officielle (aucune réunion ou espace d'accueil des émotions n'est pensé en ce sens).

Le travail réalisé par et sur les corps par les professionnels d'Al-Balkhi a démultiplié mon attention au corps, à leur observation détaillée, rappelant ainsi que le terrain, *ce qui s'y passe*,

façon l'objet de recherche (Derbez, 2010). La place centrale accordée au corps (et aux émotions qui s'y affichent et qui y deviennent lisibles) m'a amenée, au-delà de ma sensibilité aux corps dans l'espace (chapitre 1), à porter mon attention sur ces deux éléments. Il ressort de mes observations que les enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi ont des capacités de communication non verbale et qu'il est possible et nécessaire (pour rendre compte de ce que font les enfants et adolescents en (psycho)thérapie et de ce que les (psycho)thérapies font aux enfants et aux adolescents) de décrire afin de voir ce qui se joue au-delà de la discipline et du cadre imposé aux enfants et aux adolescents. En observant ces gestes et expressions chez les plus jeunes, et en écoutant davantage les plus grands, j'ai pu constater qu'ils apprennent des (nouvelles) formes d'expressions au contact des professionnelles, par le travail médical auquel ils participent d'ailleurs de façon active. En outre, qu'il s'agisse des enfants ou des adolescents, le travail sur le corps correspond certes à la réalisation des attentes professionnelles et parentales, mais il génère aussi des interstices d'appropriation et d'expression inattendue, signe d'instant de désobéissance plus ou moins contrôlés. Cet auto-contrôle est à comprendre comme une forme de soumission à la discipline et aux injonctions faites dans la clinique, mais il doit aussi être appréhendé comme la (re)connaissance, par les enfants et les adolescents, des enjeux relatifs à leur engagement : leur non-implication dans le travail médical peut se solder par l'arrêt de la (psycho)thérapie. Leur participation est ainsi une (dé)monstration des enjeux qui entourent leurs parcours de soins – et dont ils ont conscience.

Un des autres points cruciaux également dévoilés dans ce chapitre est la superposition entre le cadre thérapeutique et le cadre scolaire (le cadre ayant été défini dans les termes d'Erving Goffman), avec des références faites à l'école, tant du côté des enfants que des professionnelles de la psychomotricité et de l'orthophonie. Si ces professionnelles refusent de « faire l'école », c'est-à-dire d'enseigner les fondamentaux (lire, écrire, compter), revendiquant la compétence paramédicale qui est la leur, il n'en demeure pas moins qu'elles effectuent ces tâches, conférant ainsi à leurs activités une « fonction de contrôle social » (Coutant, 2018). Il peut ainsi être avancé, dans une perspective foucauldienne, que les arrangements mis en place participent du gouvernement des populations (*Ibid.*), assignant aux professionnels le rôle d'apprendre aux enfants à être les « enfants » ou les « adolescents » qu'ils doivent être. J'ai identifié cet apprentissage comme le résultat de l'exercice du « métier d'enfant » repris de Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévôt (1973), mais je l'ai par ailleurs étendu à la catégorie d'« adolescent » employée par les professionnelles, considérant ainsi

qu'un métier d'adolescent est (implicitement) défini par les professionnelles et qu'il convient pour les adolescents de s'y conformer. Ne pas exercer le métier attendu (enfant ou adolescent) est jugé comme un échec thérapeutique et met en péril la suite de la prise en charge, que l'impossibilité de se conformer à ce métier soit volontaire ou qu'elle découle d'une incapacité. Pour autant, n'est considéré comme comportement autonome que ce qui est défini et perçu comme tel par les professionnelles, justifiant ainsi l'usage de l'idée de métier d'enfant, ou d'adolescent, qui consiste pour les enfants ou adolescents à agir et être selon les représentations que les adultes se font de l'enfance et de l'adolescence. Pourtant, certains enfants ou adolescents, à certains moments, sont autonomes (au sens acteur social capable d'agir) mais dans une dynamique de désobéissance, ce qui rend caduque l'idée même d'autonomie (telle que définie par les professionnelles) – pensons, à titre d'exemple, aux déplacements d'Amar ou aux sentiments d'injustice évoqués par Faraj. Étudier ce *quelque chose qui ne va pas* et les réponses qui y sont apportées permet de mettre en lumière les règles des cadres dans lesquels les enfants et les adolescents naviguent, ici modelées par le rôle central de l'école d'une part et, plus largement, par le respect des normes définies en fonction de l'âge et du genre assignés aux enfants et adolescents.

Comme je l'ai annoncé en introduction, la perspective foucaldienne doit être nuancée du fait de l'attention aux détails, au *care* sous toute ses formes – *care* de soi, *care* de ce qui se fait – observé chez les petits et grands enfants. Ainsi, au travers des arrangements et des outils, autrement dit au travers du travail médical, ce n'est pas seulement un dispositif de contrôle des corps des enfants et des adolescents qui est mis en œuvre, c'est aussi, et peut-être surtout, un espace au sein duquel les enfants et les adolescents apprennent à prendre soin d'eux²³². Leur souhait d'améliorer leurs « compétences », de contrôler leurs émotions ou de modifier les comportements jugés inadéquats par les professionnelles et leurs parents, montre le souci qu'est le leur de changer leurs manières d'agir et d'être. Leur engagement dans les séances (à travers les exercices) ou en consultation (en verbalisant leurs émotions) n'est certes pas systématique, mais il révèle la participation active que de tels changements requièrent. Cette participation – qui peut d'ailleurs parfois être un refus de participation – traduit leur statut d'acteurs de leurs parcours de soins, conclusion qui, du point de vue de la

²³² Je rejoins ainsi l'idée, développée par Isabelle Coutant à la suite de son travail auprès d'adolescents avec des troubles du comportement, que « le pouvoir psychiatrique » est à considérer « comme une co-construction, à la fois au sein des équipes et avec les patients et/ou leurs familles » (2018, p.5) et que son action a une action socialisante. En proposant de voir le *care*, je précise un des aspects bien particulier du processus de socialisation décrit par Isabelle Coutant, à savoir le travail de *care*.

recherche tant sociologique que médicale, est relativement novatrice car les enfants, petits et grands, avec des « troubles psy » ont été peu engagés dans la recherche. L'usage des techniques du corps et de soi par les enfants et les adolescents apparait comme un souci de soi, une attention à soi. Ce souci se traduit par une attention aux difficultés corporelles et émotionnelles qu'il leur faut identifier, repérer, contrôler, maîtriser. Je suggère que sans cette attention à soi, les enfants et les adolescents ne pourraient pas être capables d'accomplir les changements attendus. Corps dociles et utiles dit Foucault, nous voyons émerger en (psycho)thérapie des enfants et des adolescents l'utilité sociale : celle d'une socialisation au processus de prendre soin qui peut et est empruntée par les enfants et les adolescents pour réparer une inscription sociale (jugée) abimée et les ayant conduits à être patients à Al-Balkhi.

Chapitre 6.

Apprendre à être parent d'enfant ou d'adolescent aux besoins spécifiques

Qu'est-ce que la guidance parentale pour les professionnelles rencontrées ? Comment est-elle mise en œuvre à Al-Balkhi ? Quel est le rôle des parents dans les activités thérapeutiques ? Comment leur rôle est-il façonné par les professionnelles ? Dans quelle mesure le genre du parent entraîne-t-il des différences en termes d'engagement ?

Dans ce chapitre, je m'intéresse à la « guidance parentale » (terme utilisé sur le terrain) mise en place par les professionnelles d'Al-Balkhi afin d'apprendre aux parents à être « parent d'enfant suivi à Al-Balkhi ». Dans ce cadre, et selon la perspective médicale locale, la « guidance » est un outil déployé pour ajuster les compétences parentales aux besoins de leur enfant dans le but de le guider au mieux dans son développement en menant à bien le projet thérapeutique mis en œuvre par les professionnelles. Évaluées par ces dernières lors des interactions hebdomadaires, ces compétences servent de balises à la guidance qui, *in fine*, peut donc être comprise comme un travail sur la capacité à être les parents de ces enfants aux besoins spécifiques.

Dans une perspective psychologique, Bearss et al. (Bearss et al., 2015) ont identifié deux types de guidance parentale offerts aux parents d'enfants diagnostiqués avec un trouble envahissant du développement : l'une offre un soutien à la parentalité, aidant à être parent en lien avec leurs ressources et histoires personnelles, et l'autre est davantage orientée vers l'éducation parentale, apprenant aux mères quoi faire, à quel moment et comment²³³. Cette

²³³ Karen Bearss, Lindsey Burrell et Lindsay Stewart sont thérapeutes au Marcus Autism Center, Atlanta (USA) et Lawrence Scahill est chercheur (épidémiologiste) spécialisé dans les questions d'autisme dans le même centre. Dans cet article, ils font une revue de la littérature des différentes interventions mises en place pour accompagner les parents d'enfants diagnostiqués avec un trouble envahissant du développement. Leur propos est intéressant car il permet de situer, d'un point de vue médical, la guidance parentale proposée à Al-

distinction se retrouve par ailleurs chez des sociologues suisses, qui s'interrogent quant à eux sur la nature des interventions menées auprès de parents d'enfants suivis pour un trouble du développement²³⁴ : s'agit-il d'accompagner ou d'éduquer ? Cette différence relevée par ces divers auteurs fait parfaitement sens pour comprendre les dynamiques de la guidance parentale pratiquée à Al-Balkhi.

À l'image de Mahmoud Ould Taleb (2012) dont les pratiques professionnelles et recherches portent sur la prise en charge de l'autisme dans le contexte algérien, mes observations et entretiens m'incitent à envisager les parents comme des « cothérapeutes ». En effet, dans la clinique d'Al-Balkhi, ils ont un rôle à jouer dans le parcours de soins de leur enfant. Cependant, contrairement à la perspective médicale et dans la lignée d'Audrey Linder et ses coauteurs (Linder et al., 2019), je montre que ce rôle de « cothérapeute » est traversé par des enjeux sociaux complexes qui ne sont pas toujours pris en compte dans la mise en œuvre de la guidance.

Une lecture sociologique de la notion de parentalité permettra de cerner les enjeux inhérents à la guidance et de comprendre ce qui s'y joue dans le cadre du travail mis en place avec les parents des enfants suivis à Al-Balkhi, notamment l'influence des rapports de pouvoir et des préjugés sociaux sur le parcours de soins des enfants. D'un point de vue anthropologique – et je l'ai montré en décrivant le processus d'*identification* des problèmes réalisé par les parents qui accomplissent un travail de gardien biographique et de sentinelle (chapitre 4) –, les ressources et dispositions parentales sont déterminantes pour le parcours de soins. Dans ce chapitre, je poursuis cette analyse, mais j'aborde désormais le rôle des parents sous l'angle de la *résolution* des problèmes diagnostiqués chez leur enfant, et de la responsabilité qui leur incombe. L'analyse des diverses modalités de collaboration des professionnelles avec les parents (respectivement les mères puis les pères) met en avant le fait que les parents, selon leur genre, ne bénéficient pas des mêmes types de guidance ni du même accès à celle-ci.

Le regard porté par les professionnelles sur les compétences parentales et le contenu de la guidance qui en résulte témoignent de l'idée qu'il est nécessaire d'agir sur les parents pour

Balkhi et permet d'appuyer l'argument ici développé, à savoir qu'un véritable travail d'éducation au « devenir parent » de ces enfants est mis en place par les professionnelles rencontrées sur mon terrain.

²³⁴ Les questionnements et conclusions de ce chapitre rejoignent ceux de ces auteurs, à savoir que l'enrôlement des parents (interrogé en lien avec la réduction des dépenses publiques) dépend de leurs ressources et dispositions. Cependant, l'apport majeur de mon travail porte sur la mise en avant de la différence de genre en termes de dispositions parentales.

modifier les comportements de leurs enfants. Le terme de « guidance parentale », employé par les professionnelles d'Al-Balkhi, reflète ainsi un pan essentiel de la pédopsychiatrie comme économie morale avec, d'un côté, des valeurs et des normes (ce qui est attendu de la part de parents d'enfants diagnostiqués avec un problème psychiatrique et/ou psychologique et ce qui doit leur être transmis par les professionnelles) et, de l'autre, des pratiques ordinaires (ce que chacun et chacune peut en réalité faire en fonction de ses ressources et dispositions) révélatrices des dynamiques locales entre professionnelles, parents et enfants. La notion de parentalité – que j'utilise dans une perspective sociologique –, permet de penser l'injonction faite aux parents à s'engager dans le parcours de soins de leur enfant suivi à Al-Balkhi.

Dans un premier temps, je reviens donc sur les notions de guidance parentale et de parentalité telle qu'employées et définies à Al-Balkhi, tout en proposant un regard sociologique afin de rendre compte de l'évolution de la place des familles dans les parcours de soins des familles et de comprendre les attentes contemporaines qu'elle suscite. Ensuite, j'étudie les relations tissées entre parents et professionnelles et j'introduis quatre formes de collaboration : idéale ou impossible dans le cas des mères des enfants rencontrés à Al-Balkhi, et neutre ou impossible pour les pères. Cette distinction de genre souligne la responsabilité naturalisée qui incombe aux mères, tout en montrant l'exclusion, autonourrie, des pères dans les parcours de soins de leur enfant.

6.1. « La guidance parentale... pour donner des conseils aux parents »

Extrait de mon carnet de terrain

« Je suis en entretien avec le Professeur Alaoui, et on frappe à la porte. Le chef de service signifie à la personne qu'elle peut entrer, et la Dre Salihi rentre dans le bureau. Elle tient entre ses mains un livre dont j'aperçois partiellement le titre, quelque chose sur l'autonomie. Ils échangent quelques mots, mélange de français et de darija, ce qui me permet de comprendre qu'ils parlent du livre. Elle lui demande si c'est intéressant de le

lire. Le Prof. Alaoui répond que « pour la guidance parentale [...] pour donner des conseils aux parents, oui il faut le lire. » (Juillet 2014)

En filigrane de cet échange extrait de mon carnet de terrain se lit – au-delà du lien entre l'autonomie attribuée aux enfants commentée dans le chapitre 4, et le rôle que les parents jouent pour accompagner leur enfant vers son acquisition –, la relation que professionnelles et parents doivent entretenir pour le chef de service. La guidance parentale est de « donner des conseils » aux parents sur le rôle qu'ils doivent jouer dans le parcours de soin de leur enfant. Ces « conseils » sont constitutifs de la guidance parentale qui vise à un changement explicite et directif des compétences parentales afin que mères et pères participent aux modifications des comportements de leur enfant suivi à Al-Balkhi – des modifications visées par les professionnelles en séances et en consultations.

Ces conseils donnés par les professionnelles servent à apprendre à être les parents de ces enfants aux manières d'être et d'agir qui, selon eux, posent des problèmes. Dans le chapitre 5, j'ai montré comment les enfants, en séances et consultations avec les professionnelles, apprenaient à respecter « le cadre » défini et mis en œuvre par l'équipe d'Al-Balkhi, mais j'ai également indiqué que, pour les soignantes, les parents sont chargés de (sur)veiller le prolongement des activités thérapeutiques dans l'espace domestique – étant entendu, comme le soulignent les professionnelles, que les trente minutes de travail réalisées avec les enfants à l'hôpital ne suffisent pas à modifier leur comportement de manière substantielle. Ainsi, Hafida, l'une des orthophonistes d'Al-Balkhi, mentionne qu'« il faut travailler avec les parents » pour que ceux-ci soient en capacité, selon la perspective professionnelle locale, de prendre le relais du travail opéré dans la clinique et, idéalement, de l'accomplir avec la même rigueur et dans des conditions similaires (par exemple en instaurant un calme semblable à celui des séances). Quant à la guidance telle qu'elle est mise en place par les médecins, les parents doivent respecter les engagements pris lors des discussions tenues en consultations, en laissant par exemple du temps libre à leur enfant qui ne doit pas être obligé de toujours faire quelque chose en famille. Pour reprendre la nuance faite par Karen Bearss (Bearss et al., 2015) ou Audrey Linder (Linder et al., 2019) et leurs coauteurs respectifs au sujet des deux grands types de guidance parentale existants pour les enfants diagnostiqués avec autisme, je dirais que la guidance s'institue donc comme un temps durant lequel les parents

vont être éduqués. La composante éducative du travail de guidance opéré avec les parents se retrouve d'ailleurs dans les mots de la Dre Salihi :

« Donc la population, ce sont des gens qui n'ont pas beaucoup de moyens, le problème c'est qu'on est surtout face à des problèmes de famille, plus que des problèmes finalement psychiatriques, purement de psychiatrie, il y a surtout des problèmes d'éducation, [...] qui se répercutent sur les enfants [...] L'opposition c'est des enfants qui n'ont jamais entendu le mot non, et le jour où quelque chose leur est refusé, il n'a pas compris pourquoi, alors il fait une crise. (2015)

Cette explication apportée par la Dre Sahili au sujet des problèmes rencontrés dans la clinique fournit un élément central pour comprendre certaines des considérations tenues à l'égard des familles et clarifier les enjeux de la guidance parentale telle qu'elle est abordée et menée par les professionnelles. En dépit de la généralisation opérée par la Dre Sahili, je note que, d'une part, son propos rejoint la tendance globale constatée auprès des professionnelles, à savoir qu'un lien de type causal existerait entre le « peu de moyens » des familles et les « problèmes d'éducation » rencontrés et, d'autre part, elle avance le fondement de la guidance telle qu'elle est pratiquée à Al-Balkhi, à savoir que les parents doivent pouvoir, via leurs pratiques éducatives, modifier les comportements de leur enfant. J'avance (et le contenu dans la suite de ce chapitre convergera dans ce sens) que le processus de remédicalisation, la prédominance de la médecine par les preuves (Dodier & Rabeharisoa, 2006) et la fin de la hiérarchisation des pathologies (Ehrenberg, 2004) – trois phénomènes attestant de la volonté des professionnels de la psychiatrie d'en faire une spécialisation de la médecine comme tout autre (Ehrenberg & Lovell, 2001) – permet aux parents d'intervenir dans des programmes de soins destinés à leur enfant en atténuant la complexité et la singularité des problèmes diagnostiqués. Cette médecine, en traitant les comportements perturbateurs comme des troubles à contrôler, a ouvert la porte à de nouveaux professionnels comme les orthophonistes et psychomotriciens²³⁵. Je considère que, paradoxalement, ce mouvement de médicalisation de la psychiatrie²³⁶ a facilité l'intégration des parents comme cothérapeutes, en permettant aux profanes de devenir un nouveau type d'expert²³⁷. Les extraits de consultations présentés ci-dessous permettront de saisir comment la guidance

²³⁵ Je développe cet aspect dans le chapitre 3.

²³⁶ Le chapitre 3 donne plus d'information sur la médicalisation de la psychiatrie et ses conséquences sur le traitement des pathologies mentales.

²³⁷ Dans l'article d'Audrey Linder et de ses coauteurs, le terme de « professionnalisation des proches aidants » est avancé pour rendre compte de ce qui se joue dans l'intégration, par la formation (ou guidance dans mon cas) des parents dans le parcours de soins de leur enfant (Linder et al., 2019).

visé à faire des parents des cothérapeutes – donnant ainsi à voir l’ampleur des répercussions de cette manière de faire de la psychiatrie sur les relations entre professionnelles et parents et sur les attentes placées sur ces derniers par rapport aux soins qu’ils doivent administrer. Ainsi, à l’inverse des enfants dont le travail médical n’est pas reconnu par les professionnelles et que je rends visible dans cette thèse, celui des parents est sollicité et reconnu comme nécessaire par les professionnelles. D’ailleurs, dans l’article dédié aux « mamans cothérapeutes » dans le contexte de la clinique de l’autisme en Algérie (Taleb, 2012), Mahmoud Ould Taleb, en tant que thérapeute d’un service pédopsychiatrique, explique la nécessité, d’un point de vue de la clinique et dans un contexte défailant en termes de ressources, de former les mères « aux méthodes pédagogiques les plus efficaces pour leur enfant et les habiletés nécessaires à la gestion de ses problèmes de comportements. » Ses propos rejoignent ceux des professionnelles rencontrées à Al-Balkhi et ils font également écho aux discours relevés chez les professionnels d’un des services étudiés par Audrey Linder, Thomas Jammet et Krzysztof Skuza dans le contexte suisse (Linder et al., 2019).

En outre, Mahmoud Ould Taleb attire l’attention sur le fait que la participation des mères n’est pas sans poser quelques « interrogations » puisqu’il estime que « l’amalgame et la confusion entre leurs [*des mères*] sentiments de nature subjective et les attitudes éducatives neutres durant la thérapie peuvent être difficiles à contrôler ou à assumer » (2012, p. 454). Ce point de vue permet de mettre en exergue un des aspects qui m’a frappée sur le terrain, à savoir que la place des émotions des parents lors de la mise en œuvre des méthodes recommandées par la guidance n’a jamais été évoquée par les professionnelles pendant les séances ou consultations que j’ai pu observer. Or, que ce soit du point de vue de la clinique, à l’image de Mahmoud Ould Taleb, ou dans une perspective socio-anthropologique, plusieurs auteurs le rappellent : les parents ne sont pas des proches aidants comme les autres. À Al-Balkhi cependant, cette particularité ne semblait pas retenir l’attention des professionnelles, du moins pas celles des orthophonistes et des psychomotriciens, alors qu’il était attendu des mères qu’elles tiennent un rôle éducatif semblable à ces dernières. Sarra Mougel et Normand Carpentier, deux sociologues préoccupés par la place et le rôle des parents auprès de (jeunes) malades, le soulignent chacun à leur manière et selon leur perspective. À propos des parents au chevet de leur enfant malade, Sarra Mougel écrit que les parents « ne sont pas des garde-malades comme les autres » (2009, p. 12) puisque ces proches aidants singuliers portent un regard vigilant sur les pratiques professionnelles. L’auteure pointe comment cette position spécifique de parent contribue à façonner cette

forme de surveillance – recevant d’ailleurs un accueil mitigé chez les professionnels du service dans lequel elle a mené sa recherche. La vision de Normand Carpentier²³⁸ (Carpentier, 2001) est un peu différente, puisqu’il ne se concentre pas sur les parents d’enfants, mais sur les parents d’adultes diagnostiqués avec des problèmes psychiatriques graves (dont principalement la schizophrénie). Toutefois, la mise en perspective historique de la dynamique entre les familles et les professionnels au cours du XX^e siècle permet de comprendre que celles-ci ne sont pas (et n’ont jamais été) des proches aidants comme les autres :

« On observe ainsi, tout au long de ce siècle, un changement majeur de paradigme qui modifie en profondeur la relation entre les professionnels et la famille (Marsh, 1994). La famille passe d’un modèle pathologique, pathogénique et dysfonctionnel à un modèle de compétence (en fait, une compétence estimée potentielle) tandis que son rôle passe de « client » à collaborateur. » (*Ibid.*, p.81)

Ce texte date certes de plus de vingt ans, mais comme le note Normand Carpentier, l’objectif de son travail – justifiant l’usage qui en est d’ailleurs fait ici – est de faire ressortir qu’à des époques différentes, sous l’influence de plusieurs modèles théoriques, de la psychanalyse et la systémique aux thérapies comportementales, la famille s’est vue assignée diverses étiquettes. Je retiens de son analyse et de travaux plus récents que l’époque actuelle n’échappe pas à cette dynamique (Borelle, 2017; Chamak, 2009a; Linder et al., 2019). Les familles, individuellement ou organisées en associations, entretiennent des relations ambiguës, complexes et sans cesse redéfinies avec les professionnels de la psychiatrie.

Cependant, il importe de mettre en évidence qu’il existe des disparités multiples sous ce nom de « famille » ou de « proche aidant ». En effet, en écho à la remarque de la Dre Sahili, je souligne que si toutes les familles sont effectivement dans des situations économiques relativement instables, leurs conditions de vie sont différentes, de même que leur environnement et leurs compétences sociales (par exemple leur réseau de soutien familial ou amical, leur niveau de formation ou leur accès à Internet). Dans le chapitre 4, j’ai abordé le fait que les parents ont différentes compétences qui influent sur leur manière de présenter ce qui pose problème chez leur enfant dans leur vie quotidienne. Ils arrivent à l’hôpital

²³⁸ Normand Carpentier est sociologue au Centre de Recherche de l’Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal. En 2001, lors de l’écriture de l’article mentionné, il a principalement travaillé sur les patients diagnostiqués schizophrènes et leur famille. À partir de ce domaine de recherche, il propose une perspective critique des étapes historiques qui ont conduit la famille à être perçue tantôt comme « cause » des troubles psychiatriques diagnostiqués, tantôt comme « solution » dans un contexte de désinstitutionnalisation. Il s’arrête tout particulièrement sur la question de la « lourdeur » des soins que les familles doivent prodiguer et leurs émotions en lien à ce travail médical.

psychiatrique avec divers éléments en main (dossier médical) et en tête (mémoire) ainsi que des dispositions (mise en discours) plus ou moins conformes, selon leurs parcours biographiques, aux attentes dont ils font l'objet auprès des professionnelles. J'ai également analysé, à la suite de Sarra Mougel pour qui l'action des parents détermine *le cours de la consultation* pédiatrique (2007a, p. 153) que le travail de sentinelle accompli par les parents en amont de la consultation ou de la séance est déterminant : de la qualité de ce travail de sentinelle réalisé en amont des consultations dépend la complétude – définie selon les professionnelles – des éléments qu'elles pourront retirer pour compléter l'anamnèse, poser un diagnostic et éventuellement un pronostic ainsi que recommander un traitement. Ces éléments façonnent la première consultation et, dans un second temps, influencent la relation thérapeutique ainsi que le futur suivi médical. Les premières impressions et échanges entre parents et professionnelles (présentés dans le chapitre 4 sont essentiels pour comprendre le type de guidance parentale mis en place avec les parents. Ainsi, bien que l'objectif de la guidance, quels que soient les parents, reste invariable (il s'agit de leur transmettre des connaissances pour qu'ils apprennent à être les parents d'enfants aux comportements jugés problématiques), il n'en demeure pas moins que des dynamiques relationnelles différenciées se mettent en place en fonction des compétences prêtées aux parents par les professionnelles. Avec les exemples de guidance menée avec Jahida (mère de Mufida, 11 ans), Meryem (mère de Rezik, 10 ans), et Aïcha (mère d'Amar, 7 ans) ou avec les pères des enfants suivis à Al-Balkhi, je montrerai quelles sont ces différences et leurs conséquences sur les parcours de soins.

La guidance parentale est à mettre en lien avec le concept de « parentalité » dans la mesure où elle correspond à une pratique à même de conduire les parents vers un exercice adéquat de *l'être parent*.

6.2. ... Et la parentalité

Le rôle des parents (et plus largement des *caregivers*) et la nécessité de les former à la prise en charge du bien-être/des troubles de l'enfant et de l'adolescent sont le résultat d'un long processus historique qui a débuté au XIX^e siècle avec l'apparition du concept de « parenthood » dans des revues d'éthiques et de théologie, de philosophie, de psychologie, de sociologie et de sciences politiques. Le concept de parentalité a ensuite pris de

l'importance en Angleterre avec Caleb W. Saleeby et aux États-Unis avec Robert J. Wilkin au début du XX^e siècle (Ben Hounet, 2014). Dans un article consacré à la généalogie de ce concept, Yazid Ben Hounet (*Ibid.*), anthropologue français travaillant sur les questions de parenté et de parentalité, explique que le concept de parentalité est initialement né des préoccupations morales et politiques inhérentes au souci d'améliorer la protection et le développement des enfants. À l'époque, les débats étaient centrés sur le statut inné ou acquis des responsabilités parentales, et sur le besoin éventuel, pour le gouvernement, de former les parents si leurs pratiques étaient jugées inadéquates (*Ibid.*). Les controverses étaient principalement menées par des politiciens, des législateurs et quelques spécialistes de l'enfance travaillant dans le domaine de l'éducation, qui prônaient ouvertement des approches eugénistes. Yazid Ben Hounet retient deux points des propos de Caleb W. Saleeby (pour qui la parentalité apparaît comme « un moyen de promotion de la race et du progrès social », appartenant au courant eugéniste selon lequel la parentalité est une disposition innée) ou de Robert J. Wilkin (qui vise à assurer que des conditions minimales de subsistance soit apportées aux enfants) : le premier concerne la conception rationaliste et utilitariste orientée vers le progrès social, inhérente chez ces auteurs à cette notion de parentalité ; le deuxième point traite de l'idée qu'un tiers peut intervenir dans la relation parent-enfant pour la modifier – posant ainsi le socle de ce que le concept et les injonctions qu'il suppose renferment depuis lors.

Parmi les autres auteurs dont l'usage du concept de parentalité nous donne matière à penser aujourd'hui encore, nommons également Elsie Clews Parsons, que Yazid Ben Hounet qualifie d'anthropologue féministe (*Ibid.*). Au début du XX^e siècle, cette auteure s'empare à son tour de la notion de parentalité pour discuter, en parallèle de l'avènement des méthodes contraceptives, des enjeux de responsabilité parentale entre les hommes et les femmes. La parentalité, écrit Yazid Ben Hounet, lui sert de trame pour redéfinir « dans une perspective égalitariste et contractualiste » ce qu'elle anticipe comme une question de réciprocité entre les hommes et les femmes. Citée par Yazid Ben Hounet, elle écrit : « Pour les hommes comme pour les femmes, devenir parent sera [*grâce à la contraception*] un acte volontaire et, donc, un projet d'autant plus important » (*Ibid.*, p.134). Le double visage, tant masculin que féminin, de la parentalité qu'Elsie Clews Parsons donne à penser est une piste de réflexion qui aujourd'hui encore ne semble pas avoir été explorée pleinement – révélant les propositions avant-gardistes de l'auteure à l'époque (Hounet, 2017). Dans la suite de ce chapitre, je montre d'ailleurs quelles sont les implications de la non-reconnaissance du

versant masculin de la parentalité qui, en matière de guidance parentale, peine à inclure les pères (Neyrand, 2014).

Dans la suite de son article, Yazid Ben Hounet (2014) fait référence à Thomas C. Blaisdell pour évoquer l'essor du concept de parentalité dans de nouveaux milieux, notamment les sciences de l'éducation et la sociologie de la famille, avec des propositions d'applications nouvelles – comme donner des formations à la parentalité aux professionnels qui, eux-mêmes, formeraient les parents sur les thématiques de santé mentale, d'hygiène et de morale (*Ibid.*, p.134-135). Cet usage de la notion de parentalité, et ce à quoi elle correspond, est un tournant dans son histoire car, comme le fait remarquer Yazid Ben Hounet, c'est la première fois que la parentalité est pensée comme une compétence, une disposition qui peut être apprise. Cette position rompt avec les courants eugénistes qui l'ont jusqu'alors largement mobilisée et laisse finalement présager les usages plus contemporains que nous lui connaissons – tels que je les ai d'ailleurs observés à Al-Balkhi.

Plus tard, en 1959, la notion connaît un regain d'intérêt et une modification du sens qu'elle recouvre dans l'approche développée par la psychanalyste Therese Benedek (1959 in *Ibid.*), qui sera reprise et traduite en français en 1961 par Paul-Claude Racamier, lui-même psychiatre et psychanalyste. Pour Therese Benedek, la notion de parentalité fait référence « au processus de développement psycho-affectif commun aux géniteurs du fait de la conception de l'enfant » (Benedek in Ben Hounet, p.123) ; la problématique psychoaffective est également présente dans la définition française qu'en donne Paul-Claude Racamier. D'un point de vue sociologique, Gérard Neyrand est des auteurs qui a largement contribué à l'analyse de ce terme et de ses tenants et aboutissant tant individuel que politique et collectif. Dans l'un de ses nombreux travaux, il rappelle que la parentalité est une « nouvelle norme centrale de la gestion sociale des populations » (2015, p.152) et qu'elle s'appuie sur deux principes normatifs qui « sous-tendent l'idéologie des sociétés démocratiques et marchandes : l'intérêt supérieur de l'enfant, et son corollaire moins directement explicité, celui de l'intérêt supérieur de la société à disposer de parents qui assument le rôle de courroie de transmission d'un ordre où s'entrechoquent libéralisme et citoyenneté » (*Ibid.*) Cette normativité associée à la parentalité est d'ailleurs un regret (voire un reproche) couramment porté par les perspectives socio-anthropologiques qui s'intéressent à cette notion et réfutent tant son manque de clarté que l'implicite du « bon parent » qu'elle sous-tend (Eideliman, 2019; Martin, 2014; Mougél, 2009; Neyrand, 2007).

Par ailleurs, au-delà des usages divers et applications singulières, le concept de parentalité a amplement évolué depuis le début du XXe siècle, principalement sous l'influence de deux processus historiquement inextricables : d'une part, le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et d'autre part, la professionnalisation des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. Officiellement, la première clinique neuropsychiatrique pour enfants et adolescents a été créée par Georges Heuyer en 1925 à Paris (Bienne, 2004). Cinq ans plus tard, ce médecin visionnaire avait mis en place un centre médical pluridisciplinaire qui incluait des approches neurologiques mais aussi des « pratiques controversées » comme la psychothérapie ou la psychanalyse (*Ibid.*). L'éclosion des États-providences européens après la Seconde Guerre mondiale a favorisé la création et le renforcement de théories et d'options thérapeutiques multiples comme la psychanalyse, et plus tardivement, les sciences cognitives et les neurosciences mais aussi l'hypnose, les antidépresseurs et les psychotropes. Ce mouvement s'est traduit par l'élargissement de l'expertise professionnelle autour de l'enfance et des enfants dans les pays occidentaux. Depuis lors, psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens ou ergothérapeutes, travailleurs sociaux et bien d'autres font partie d'un immense éventail de professions qui, avec des fondements théoriques non unifiés, ont produit des connaissances étendues et hétérogènes sur les manières de prendre soin de la santé mentale des enfants (Martin, 2003, p. 5). L'une des conséquences majeures de cette accumulation de connaissances professionnelles – qui est corrélée à d'éternelles réflexions sur le rôle des parents dans la santé mentale de leur enfant – est le fait que presque tous les parents doivent acquérir des « compétences » spécifiques pour s'occuper de leur enfant, comme l'attend la société (Ben Hounet, 2014, p. 122). Il n'existe donc pas *une* définition de la parentalité, même si un dessein commun concernant les pratiques parentales se profile, et logiquement, la guidance parentale emprunte pareillement de multiples chemins. Ce chapitre est donc consacré aux pratiques parentales, telles que dictées par les professionnelles, et aux idéaux qu'elles supposent pour ces dernières – partant du principe, comme je l'ai montré au chapitre 3, que leur appartenance à une même génération crée une convergence de leurs pratiques de soin parmi lesquelles figure la guidance.

Avant de conclure sur l'introduction théorique de ce chapitre dédié à l'apprentissage de « l'être parent d'enfant et adolescents aux besoins spécifiques », j'aimerais pointer un dernier élément. Pour rappel, les parents présents à l'hôpital le sont de leur plein gré – même si, dans certains cas, la famille et/ou l'entourage proche (comme les instituteurs) ont pu, de manière

plus ou moins insistante, les encourager à consulter des spécialistes d'un service pédopsychiatrique. Ils sont présents de leur plein gré et cela atteste de la possibilité qu'ils ont eu, à un moment donné, d'initier un parcours de soins pour (se) venir en aide à leur enfant. Cet élément semble crucial car, au regard de certaines remarques et critiques faites par les professionnelles vis-à-vis de l'engagement des parents dans les soins apportés à leurs enfants, cette initiative parentale à l'origine de la demande – quelle qu'en soit la raison – me semble apporter un éclairage différent à la question de la guidance traitée par exemple par Audrey Linder et ses coauteurs, dans un système suisse au sein duquel l'accompagnement et le soutien, notamment financier et logistique, reçu par les parents sont tout autres²³⁹ (Linder et al., 2019).

6.3. Les mères en première ligne : une responsabilité naturalisée

La guidance parentale peut être, comme dans la situation introduite ci-dessous, un temps durant lequel la professionnelle explique à la mère – parent le plus souvent présent à l'hôpital pour accompagner les enfants – le travail qu'elle doit effectuer à son domicile avec son enfant. Selon leur interlocutrice, les professionnelles fournissent plus ou moins de détails pour que la mère de l'enfant soit en mesure d'ajuster au mieux ce qui est attendu d'elle et de sa famille. À propos du travail médical effectué les parents/les mères, Sarra Mougel écrit que « l'intérêt de faire appel au concept de travail est de dénaturiser ces activités qui sont faites au nom de la relation parent-enfant » (2009, p. 156). Comme Sarra Mougel, Anselm Strauss (A. Strauss, 1992) ou Geneviève Cresson (Cresson, 2006), et en m'appuyant sur les propos des professionnelles et des mères (y compris du vocabulaire employé), j'ai choisi d'utiliser la notion de travail pour mettre en avant les caractéristiques des activités menées par les mères et la valeur « travail » qui peut les qualifier. En intégrant ce concept à son analyse, Sarra Mougel a souhaité « dénaturiser » le travail des parents, rendant visible aux yeux des lecteurs ce qui ne l'est pas pour les travailleurs hospitaliers. Pour ma part, j'observe que le changement d'espace menant les parents à conduire ces activités au sein de l'espace du foyer rend pareillement invisible ce travail, tendant, là aussi, à le naturaliser. La séquence

²³⁹ Je pense par exemple au remboursement des séances d'orthophonie ou de psychomotricité ou l'organisation de transport scolaire (depuis le pas de porte du foyer familial jusqu'à l'école).

suivante de « guidance parentale » faite par Amra, la psychomotricienne, à la mère de Walid, âgé de huit ans et suivi pour un bégaiement, en montre les ressorts.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Amra : *Tu vas travailler avec lui à domicile, tu fais avec lui comme je t'ai montré.*
- Maman de Walid : *Et les nombres de temps en temps.*
- Amra : *Non, pas les nombres.*
- Maman de Walid : *Les lettres ?*
- Amra : *En ce qui concerne le relâchement, tu le mets en position allongée mais il ne faut pas qu'il y a trop de bruit, tu as saisi ? Qu'il se relaxe, mais loin des brouhahas des gens, il faut que tu sois toute seule avec lui, que vous soyez face à face. Tu as compris ? Même son frère il ne faut pas qu'il soit avec vous. Tu le laisses allongé comme ça, et tu lui dis de faire relâcher ses mains, vous travaillez les mains à ce qu'il les relâche, tu lui prends une main comme ça et tu la relâches comme s'il est endormi, tu as compris ?*
- Maman de Walid : *Oui, relâché.*
- Amra : *Il doit te suivre dans tes mouvements, comme s'il est mort, comme s'il s'endort, tu lui prends une main comme ça et il te suit, tu la fais retomber, tu as compris ? Ses mains et ses pieds.*
- Maman de Walid : *Oui, je vais voir, j'essayerai avec lui, c'est comme je jouerai avec lui.*

Amra : Tu joues avec lui, essaye étape par étape avec lui, et ce pour chaque jour, je ne dis pas tous les jours mais essaye le temps que tu peux, comme ça quand il sera présent chez moi je le trouve en avance. Ne le laisse pas stagner durant toute la semaine, une demi-heure que je travaillerai avec lui ne sera pas suffisante.

- Maman de Walid : *Tu as raison.*
- Amra : *Tu as compris ? Tu dois au moins travailler avec lui 20 % du travail à faire.*
- Maman de Walid : *D'accord. »*

La notion de travail n'est donc pas totalement évincée du discours de la professionnelle, mais l'alternance entre les termes de « travailler » et de « jouer » teinte d'ambivalence le regard que la professionnelle et la mère de Walid portent sur le travail à accomplir dans l'espace domestique. Comme le conclut Geneviève Cresson (1991), le travail accompli n'est pas ou peu reconnu, perspective que nous lisons d'ailleurs dans la manière dont la mère de Walid elle-même commente et accepte cette fonction en l'incluant, finalement, à ses activités quotidiennes. Le changement de lieu, passant du public au privé, adjoint une nouvelle connotation au « travail médical » accompli qui devient un travail domestique dont la fonction incombe, par défaut, à la mère de Walid. Son attitude tend spontanément à effacer ou négliger les éventuels efforts et compétences que ce travail requiert – alors qu'Amra insiste justement sur le fait qu'elle devra faire ce qu'elle lui a montré (ce qui correspond, comme je l'ai vu, à ce qu'elle a fait en séance avec le garçon). En inscrivant le travail de soin prescrit par la professionnelle comme partie prenante de son travail quotidien envers son enfant, la mère de Walid minimise ainsi le travail fait, alors que les compétences déployées sont les mêmes (seul le lieu change). L'association spontanée au registre du divertissement et du jeu comme moyen d'atténuer la dimension (para)médicale de ces activités marque que ces activités aux compétences spécifiques se fondent, telle une « fusion » (Graham, 1983, p.65), dans ce qu'elle estime être son travail ordinaire (mais tout aussi qualifié) de mère. Cette manière d'aborder le travail, reprise et encouragée par Amra, témoigne de la naturalisation du travail médical effectué par la mère de Walid. Il ressort que le mouvement de « retour » vers le foyer gomme la technicité des compétences acquises dans l'espace hospitalier – la reconnaissance du travail médical des mères acquis à l'hôpital s'évanouissant sur le palier du domicile. Le travail médical de la mère devient, aux yeux des professionnelles et de la mère de Walid elle-même, un « travail domestique de santé » (Cresson, 2006) dans lequel travail et sentiments s'enchevêtrent, où professionnelle et mère savent ce qui se trame au quotidien mais le nomment à demi-mot. Ainsi, si je reconnais qu'au

changement de lieu s'ajoute l'influence exercée par le changement d'acteur, je suggère toutefois que la migration vers l'espace domestique tend à accentuer davantage la naturalisation du rôle des mères, révélant toute la complexité inhérente à l'accomplissement du travail médical par la famille au domicile, et montrant un autre aspect des enjeux de la désinstitutionnalisation des soins.

Il est primordial de souligner que la mère de Walid est jugée compétente, car le temps passé à lui expliquer ce qu'il faut faire, comment il faut le faire et pourquoi il faut le faire n'est pas donné à toutes les mères des enfants suivis. Dans cet exemple, la professionnelle ne se contente pas de confier à la mère de Walid le travail à faire à la maison, elle l'en estime capable – et j'en veux pour preuve les détails des explications transmises. Mes observations d'interactions multiples entre professionnelles et mères, ainsi que les commentaires faits en aparté par les premiers sur les seconds, permettent de distinguer les relations au sein desquelles la confiance que le travail délégué sera fait prévaut. Selon les cas, de façon plus ou moins ouverte et avec une conviction parfois mitigée, les professionnelles attribuent aux mères la responsabilité de poursuivre les activités thérapeutiques à la maison ; nous verrons avec les autres situations que cette responsabilité et les attentes qu'elle recouvre varient en fonction des compétences qui leur sont attribuées ainsi qu'aux enfants. Pour autant, la question de la responsabilité est l'une des facettes communes à l'ensemble des familles, et en cela, elle révèle deux aspects centraux de l'évolution des relations entre professionnelles et parents dans les parcours de soins des enfants. Premièrement, comme l'ont analysé plusieurs auteurs, elle est le signe du passage du statut de coupable à celui de responsable de ce que vit leur enfant (Borelle, 2017; Linder et al., 2019; Méadel, 2006) que j'évoquais en introduction de ce chapitre – et que l'on retrouve d'ailleurs en pédiatrie, comme le documente Sarra Mougel dans le chapitre 1 de son ouvrage (2009). Deuxièmement, cette responsabilité atteste de la situation actuelle et du partage de la responsabilité entre professionnelles et parents en termes d'activités thérapeutiques. Au sein de dispositifs dans lesquels les parents se sont engagés pour diverses raisons (que ces derniers ont clarifié de manière plus ou moins circonstanciée), ce sens de la responsabilité est d'autant plus prégnant et flagrant que la réussite de leur travail est objectivable et objectivée par les professionnelles : comme elle le dit à la mère de Walid, Amra espère qu'elle « le trouve en avance ». L'application des méthodes thérapeutiques au domicile doit donner lieu à une issue positive constatée à travers les progrès accomplis par l'enfant.

Dans les deux parties suivantes, je présente deux styles de guidance pour lesquels les compétences prêtées aux mères, et de manière implicite aux enfants, en déterminant la dynamique et le contenu.

6.3.1. Une collaboration idéale

6.3.1.1. *Jahida, une mère prête à changer*

Nous retrouvons Mufida (11 ans), Jahida, sa mère, et la Dre Majd qui suit Mufida depuis le début de sa thérapie. La première partie de la consultation a porté principalement sur les médicaments, la Dre Majd a ensuite vu Mufida seule, puis la mère est revenue. Ensemble, elles ont repris les questions de prise de médicaments et parlé d'activités à mettre en place afin de « changer les idées » de Mufida. Le principe (tenants et aboutissants de la (psycho) thérapie, que j'ai expliqués au chapitre 5) est de pouvoir occuper Mufida, de la distraire afin de l'accompagner dans le « zapping » d'idées poursuivies. Une inscription en salle de sport est évoquée ; la maison des jeunes aurait été préférable car, comme le note la mère de Mufida, « là où on réside, les gens n'ont pas une mentalité ouverte. Une femme qui pratique le sport ! » Comme le conclut la littérature abordant la pratique sportive par des femmes musulmanes, sa remarque laisse entendre que la pratique du sport par Mufida pourrait nourrir des critiques négatives et attirer des regards réprobateurs chez les voisins qui associerait son comportement à une entrée dans un univers masculin dans lequel elle n'est pas à sa place en tant que fille (Bédhioufi & M'rabet, 2010; Parmantier, 2015; Tlili, 2002). Cette première remarque sert de support pour montrer le décalage parfois manifeste entre les recommandations et conseils donnés aux mères durant la guidance et les possibilités de les mettre en pratique.

La guidance est aussi le moment d'aborder à nouveau le diagnostic, ses effets en termes de comportements chez l'enfant et d'aider ainsi les mères à comprendre, selon la perspective médicale, le type de problème avec lequel leur enfant doit vivre au quotidien. Pour Mufida, la Dre Majd rappelle à Jahida qu'elle « souffre de paranoïa » et lui apporte donc divers éléments relatifs aux répercussions d'un tel état.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Majd : *Tu sais c'est quoi la paranoïa ? Comme je te l'avais déjà expliqué, tout le monde peut avoir des idées troublantes. Ces idées sont fausses et n'ont aucun fondement.*
- Jahida : *Ça veut dire qu'elle doit faire la prière.*
- Dre Majd : *Attends. Pour les gens normaux, ces idées n'ont aucun pouvoir sur eux, ils les dépassent facilement, par contre Mufida, elle n'arrive pas à laisser tomber ces fausses idées.*
- Jahida : *Oui.*
- Dre Majd : *Elle reste bloquée.*
- Jahida : *Oui, c'est vrai.*
- Dre Majd : *L'idée trouble son esprit, elle donne du pouvoir à l'idée. Les médicaments ont un effet bénéfique, elle commence à réfléchir normalement. Imagine-toi que la même idée qui te revient à l'esprit tout le temps, cela va te faire souffrir, tu vas t'énerver.*
- Jahida : *C'est ce qu'elle a au juste.*
- Dre Majd : *C'est ce qu'elle a et c'est ce que je lui ai expliqué, c'est pour cela qu'elle ne doit pas arrêter de prendre ses médicaments, un demi-comprimé avait son effet, mais il fallait augmenter la dose même si j'aurais aimé à ne pas lui augmenter la dose. »*

Entre son empressement à ponctuer – repris par le médecin qui tente de canaliser son énergie – et la validation systématique de ce que dit le médecin, Jahida se montre réactive aux commentaires et aux propositions. L'objectif du médecin est de lui faire comprendre que Mufida ne peut pas agir comme une « personne normale », guidant Jahida dans l'ajustement de ses attentes vis-à-vis de sa fille. Si « on ne naît pas parent, mais on le devient » (Eideliman, 2019), alors pour les parents d'enfants malades, comme Jahida, la guidance est le lieu de

leur *devenir parent* de leur enfant suivi en pédopsychiatrie. La guidance est donc dispensée pour amener les mères à voir les enfants comme ils sont – selon les médecins. Les normes que les mères connaissent et guettent, en sentinelles qu’elles sont, doivent être réévaluées. J’ajouterai que la guidance est aussi un moment d’ajustement entre professionnelles et mères – expliquant l’accent mis sur les affirmations de Jahida, car s’entendre sur la réalité et les attentes est aussi, sur le long terme, ce qui permet de s’accorder sur les objectifs. Or, dans un contexte de responsabilisation des mères, cet accord est primordial car de lui dépend l’évaluation positive ou négative formulée à l’égard des mères et de leurs actes.

Porter la responsabilité de faire changer les « comportements » de leur enfant implique des mères qu’elles soient elles-mêmes dans la transformation : qu’il s’agisse des mères ou des médecins, l’enfant n’est jamais pensé de manière isolée. C’est l’un des points centraux de la guidance : les comportements des mères conditionnent, façonnent ceux de leurs enfants ; elles ne sont pas coupables de ce que les enfants sont ou traversent, mais elles sont responsables de leur aller mieux et de leur devenir. Ainsi, pour Mufida, entre médicaments – dont la gestion constitue une partie du travail médical attendu– et comportements, les thématiques sujettes à des modifications des manières d’être et d’agir des mères, et donc des enfants, s’articulent. Dans l’extrait ci-dessous, nous voyons comment s’entrecroisent ces questions et comment la mère, durant cette guidance, tente d’obtenir des indications concrètes sur les manières dont elle devrait ou aurait dû agir.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Jahida : [...] je peux moi aussi te poser des questions.
- Dre Majd : *Tu te fais suivre ?*
- Jahida : *Oui, pour que je comprenne bien comment je devrais me comporter auprès d’elle. Le jour où elle s’est énervée et elle a pleuré, alors que j’avais du monde à la maison, même moi je me suis énervée.*
- Dre Majd : *Oui.*
- Jahida : *Quand son papa me demande ce qu’elle a, je lui ai dit que je ne peux rien faire pour elle et que je dirai à la doctoresse de lui augmenter la dose de*

ses médicaments. Je fais de mon mieux. Il m'a dit que ce n'est pas une bonne façon de se comporter comme ça avec elle.

- Dre Majd : *Elle est malade c'est ça le problème, mais on est là pour résoudre ça. Je ne voulais pas lui augmenter la dose, et que je lui laisse juste de prendre un demi-comprimé, car j'ai constaté quelques progrès. Maintenant, on augmente la dose. Et pour la façon de se comporter avec elle, fais comme tu te comportes auprès de ses sœurs.*
- Jahida : *C'est normal, même si je la critique et que je la gronde.*
- Dre Majd : *Si elle fait faux, mais avant il faut comprendre c'est quoi le problème, et il faut se comporter doucement et calmement, de même avec ses sœurs. [...] c'est la façon avec laquelle tu vas te comporter avec elle qui compte. »*

Pour Jahida, cette partie de la consultation correspond à une prise de parole plus conséquente. Elle donne des exemples concrets de ce qui suscite des réactions qu'elle estime inadéquates ou pour lesquelles elle émet des doutes, et elle veut obtenir des réponses. Elle souhaite comprendre comment bien faire, poursuivant ainsi la logique de soins instaurée par le médecin, à savoir qu'une action positive entraîne une autre, dans une causalité assurée ; le médecin intervient toutefois pour insister sur le fait qu'il doit avant tout comprendre la situation, redonnant de la profondeur contextuelle à la vision mécaniciste de Jahida. Ainsi, de façon presque paradoxale, car oscillant entre une normalité similaire aux sœurs de Mufida et une anormalité en raison de son statut de malade, le médecin tente toujours d'amener Jahida à peser ses manières d'être et d'agir face à sa fille. Cette manière qu'a Jahida d'investir les temps de guidance fait dire à la Dre Majd qu'elle est persévérante et dévouée.

D'ailleurs, il existe un élément central, que le médecin ne relève pas mais qui a son importance dans le parcours de soins de Mufida : sa mère a commencé une psychothérapie (dans le même hôpital). Pour changer son comportement, elle a ainsi pris le parti de travailler sur elle – elle l'a expliqué lors d'une de mes visites à son domicile. L'évocation de ce travail ou les répercussions de ce travail sont dites à demi-mot à d'autres moments de la guidance mais en définitive, son histoire ne reçoit que peu d'attention. La focale est ailleurs : sur l'enfant ainsi que sur la mère *et* l'enfant. En ce sens, la parentalité entendue comme Paul-

Claude Racamier avec sa dimension psychoaffective n'est pas abordée dans la guidance reçue en tant que mère (Ben Hounet, 2014). La difficulté de formuler un discours ou une réflexion sur les émotions est également visible pendant les consultations, en guidance parentale, dans ce temps où mère et fille travaillent ensemble – un temps de clarification pour l'une comme pour l'autre. La Dre Majd leur explique :

« [...] pour toi Mufida ou bien pour ta maman, quand il y a un malentendu, vous devez communiquer tout en douceur. Elle te dit ce que tu as à faire et pour toi tu peux lui demander des explications et elle te répondra. On ne reste pas bloqué sur le problème. [...] Tu as vu Mufida, nous devons résoudre nos problèmes nous-mêmes, tu es d'accord ? Quand il y a un malentendu, ta maman va t'expliquer ça et toi tu peux lui demander plus d'explications.

Face à une dépression infantile jugée sévère par la Dre Majd et à une mère qui montre son inquiétude et son attachement, il s'agit de rassurer Mufida et de lui montrer que sa mère tente de faire au mieux. La Dre Majd ajoute un peu plus tard : « c'est des fautes, des parents des fois disent des choses qui peuvent blesser et ils ne s'en rendent pas compte ». Le temps de la guidance, menée uniquement avec les mères mais aussi en présence des enfants, permet à ces derniers d'entendre que les mères doivent également changer et que des solutions existent. À cet instant précis, il s'agit d'énoncer à la mère de Mufida comment se comporter tout en expliquant à Mufida ce qui est attendu de sa mère. La responsabilité de la mère est ainsi renforcée devant sa fille, à la fois témoin et bénéficiaire. Par ailleurs, je constate que le médecin profite de cette occasion pour indiquer à Mufida qu'elle est elle-même responsable de l'issue du travail médical. Pour rappel, Mufida fait partie des enfants âgés de onze ans : traitée socialement et médicalement comme une adolescente, elle est jugée responsable de ses actes et doit donc, au même titre que sa mère, participer à un « apprentissage par soi » de ce qui est bon pour elle (chapitre 5). Jahida endosse d'ailleurs pleinement sa responsabilité en « reconnaissant » qu'elle peut faire « des fautes » et elle s'en excuse, demandant à sa fille de la « pardonner ».

Présenter des excuses, reconnaître la part de responsabilité de chacune : la guidance peut être l'occasion d'apaiser les relations, en orientant et en encourageant certaines réactions plutôt que d'autres. Si les comportements sont ciblés, un « travail sur les émotions » (1983b) est instauré et la guidance peut aussi être un temps d'apprentissage de reformulation. Si j'ai montré comment les enfants sont amenés à contrôler leurs émotions, ces extraits de guidance montrent qu'un jeu de miroir se met en place entre enfant et mère – à l'image de Jahida qui

est conduite à s'excuser, à rester calme, à se comporter avec douceur. Ces aspects font écho à la définition qu'Arlie Russel Hochschild donne du travail des émotions :

“This labor requires one to induce or suppress feeling in order to sustain the outward countenance that produces the proper state of mind in others—in this case, the sense of being cared for in a convivial and safe place. This kind of labor calls for a coordination of mind and feeling, and it sometimes draws on a source of self that we honor as deep and integral to our individuality.” (*Ibid.*, p.7)

En effet, le travail de contrôle des émotions recommandé à Jahida, qui passe par des formes de démonstration ou, au contraire, de suppression de certaines émotions comme l'amour ou la colère, rejoint l'idée que le versant maternel de sa personnalité domine dans le travail proposé. Dans les extraits ci-dessus, le médecin souligne constamment le statut de mère de Jahida (« ta maman », « tes parents ») et la relation mère/fille. Quand Jahida fait référence à son passé en tant qu'enfant, avec une mère « malade » et, par conséquent, « peu disponible », elle se repositionne dans son rôle de mère : « j'essaie de ne pas produire ça avec ma fille. [...] J'essaie de la prendre comme une amie [...] ». La Dre Majd l'encourage dans ce travail de dévoilement, ponctue le récit de Jahida et ajoute : « C'est bien, sois sûre qu'elle t'aime beaucoup, tu es sa maman ». Dans la guidance menée avec Jahida, la figure maternelle, sa qualité de personne en tant que mère, est constamment mobilisée pour renforcer la naturalisation du travail médical dont les fondations s'ancrent dans la fonction de mère.

Comme je l'ai précisé plus haut, la place accordée à l'histoire des mères est minimale. La (psycho)thérapie est dans le présent et le futur – le passé n'a que peu, voire pas de place, ou de manière ponctuelle notamment pendant l'anamnèse. Une fois le travail psychothérapeutique commencé, les temporalités changent, ce qui peut parfois être difficile ou déstabilisant pour les mères, notamment lorsqu'une quête diagnostique et la recherche d'une cause étiologique s'adjoignent au parcours de soins. Dans le cas de Jahida, cette configuration est particulièrement forte dans la mesure où elle et son mari se sentent coupables de ce qui arrive à Mufida (chapitre 4), mais ces aspects de la parentalité ne sont pas travaillés en séance, laissant Jahida avec ses questions – qu'elle a d'ailleurs pu m'adresser à d'autres moments : j'y reviendrai dans le chapitre suivant.

Les compétences à acquérir pour mener le travail médical consistent à savoir communiquer, c'est-à-dire communiquer de la manière jugée juste pour s'adresser à des enfants diagnostiqués avec des troubles psychologiques ou psychiatriques. Dans cette

consultation, il est principalement question d'un incident qui a eu lieu quelques jours plus tôt : l'oncle de la mère est décédé et la famille s'est rendue au foyer du défunt pour présenter ses condoléances à la tante de Jahida.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Majd : *Mufida tu aimes ta maman, et ta maman aussi t'aime beaucoup. On doit travailler sur ce qui arrive dans le futur, comme ça vous ne faites pas toutes les deux des crises d'énerverment. Dieu nous a donné une langue pour bien s'en servir à communiquer, d'accord? Par exemple, toi tu veux te maquiller, elle doit t'expliquer ça, ma fille on va chez la famille du défunt, les gens ne se maquillent pas car les autres sont tristes. Pense à ce que les autres vont penser de toi, mets-toi à leur place, comment tu vas te sentir? Tu as compris? Ta maman va t'expliquer comme ça, et toi tu vas comprendre et tu ne porteras pas du maquillage avec toi.*
- Jahida : *Imagine-toi que ton papa est mort et que les gens sont venus en portant du maquillage, tu ne vas pas aimer ça, tu vas te dire, on est triste alors que les autres sont bien maquillés. C'est ce que je voulais te montrer, ce n'est pas que je te déteste et que je ne voulais pas que tu te maquilles.*
- Dre Majd : *Tu dois bien lui expliquer dès le début, tu lui présentes des exemples de cette façon.*
- Jahida : *Il y a une chose, elle n'écoute pas ce que je lui dis, il faut que quelqu'un d'autre lui recommande de faire une chose pour qu'elle l'écoute.*
- Dre Majd : *Ça doit se travailler au fil du temps.*
- Jahida : *C'est vrai?*
- Dre Majd : *Essaye de lui expliquer en lui présentant les preuves. Ne dis pas non sans aucune explication. »*

Communiquer en expliquant, en reformulant : Jahida fait l'exercice en séance, comme le médecin l'y invite de manière tacite après s'être adressée à Mufida. Il faut être calme et

rationnaliser, présenter des preuves : nous retrouvons dans les recommandations faites à la mère l'importance de la logique, de la rationalisation – « essaye de lui expliquer en lui présentant les preuves. Ne dis pas non sans aucune explication » : ces raisonnements pourront, *in fine*, les aider à dépasser, ensemble, les difficultés. L'objectif d'une telle attitude est d'éviter les « crises d'énervements » qui font souffrir Mufida et Jahida. Durant la séance, la mère pleure – un fait rare face au médecin –, mais la séance en question est intense : le travail sur les émotions, bien qu'il soit rarement nommé ainsi et toujours rapporté à des comportements et à des manières d'être ou d'agir, se fait et met à l'épreuve la mère de Mufida.

Enfin, l'un des autres objectifs de la Dre Majd consiste à (re)créer des relations dans la famille, entre la mère et la fille, ainsi qu'avec le père de Mufida, également présent dans les mots du médecin et de la mère comme nous avons pu le lire antérieurement.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Majd : *Je pense que pour enrichir ta relation avec Mufida, tu l'inscris dans une salle de sport avec ses sœurs, et des fois, vous pouvez vous balader ensemble.*
- Jahida : *J'essayerai pour lui faire plaisir. Moi je ne sors pas définitivement.*
- Dre Majd : *Il faut que tu changes d'atmosphère.*
- Jahida : *Je ne sors pas, son papa ne me donne pas du temps.*
- Dre Majd : *Au moins, essaye, ça va être des moments agréables à vivre.*
- Jahida : *Je sortirai avec elle pour lui faire plaisir.*
- Dre Majd : *Des promenades.*
- Jahida : *S'il nous tient compagnie, ça serait mieux.*
- Dre Majd : *Vous sortez ensemble, ça serait très bénéfique, par exemple lors d'un week-end vous vous promenez, vous faites un pique-nique.*

- Jahida : *J'aurai aimé que tu me donnes un certificat pour convaincre son papa que c'est la doctoresse qui recommande des balades en famille. »*

La fin de cette guidance aborde un dernier aspect : la mobilisation de la famille. Si, pour le médecin, c'est bien l'ensemble de la maisonnée qui est mise à contribution, les sœurs incluses, Jahida profite de cet élargissement de la responsabilité à la famille, et plus seulement sur elle seule, pour inclure le père et répartir la charge qu'elle se voit confier sur le couple, obtenant ainsi plus de temps pour elle-même alors qu'elle a commencé une thérapie. Avec la réintroduction du père se profile en filigrane une parentalité construite autour du couple marital. Qu'il s'agisse du médecin ou de Jahida, l'idée de proche aidant « naturel » (J. Pluies et al., 2016) n'est pas totalement absente de la conception du travail que la famille, et surtout les mères selon la perspective de l'une ou de l'autre, doit accomplir.

Si je me réfère au texte de Karen Bearss et ses coauteurs (2015) et à l'analyse de Audrey Linder et de ses coauteurs (2019) sur les programmes de guidance parentale pour les parents d'enfants diagnostiqués avec un trouble du spectre de l'autisme, je suis tentée d'associer la guidance donnée à Jahida au versant éducatif identifié par ces auteurs. En effet, les directives y sont relativement explicites, avec des recommandations spécifiques touchant aux comportements que Jahida doit adopter. Cette dernière entend donc ce qu'elle doit faire, et la dimension de soutien est plutôt partielle, car les questions relatives à son vécu personnel ne bénéficient que peu d'attention, celui-ci n'étant ni commenté ni exploré.

Toutefois, nous pouvons également lire ces différents moments de guidance autrement, en observant les demandes de Jahida : elles sont claires et le médecin y apporte des réponses. La mère de Mufida ne reçoit pas passivement ce que le médecin conseille et recommande. Pendant ces temps de guidance, Jahida vient ainsi *chercher* des réponses à ses besoins, demandant ouvertement ce dont elle a besoin (par exemple le certificat pour les balades) ou posant les questions qu'elle souhaite. Il semble qu'avec Jahida, nous pouvons ainsi nuancer les conclusions des caractéristiques dressées par les auteurs précités en considérant que certes, les mères sont rendues responsables mais, d'une certaine manière, elles se sont constituées responsables, et donc actrices du parcours de soins de leur enfant, à partir du moment où elles ont eu à faire les démarches pour trouver une solution aux problèmes rencontrés dans leur quotidien. Enfin, pour conclure sur ce travail entre la Dre Majd et

Jahida, je noterai, en référence aux collaborations ratées observées par Sarra Mougel (2007a, p. 160), que le partenariat de travail élaboré durant la guidance est ici « réussi ». Le médecin et la mère de Mufida vont toutes deux dans la même direction : Jahida accepte et comprend le diagnostic, la Dre Majd estime son investissement adéquat ; ainsi, les actions de l'une et de l'autre s'articulent et se complètent pour appuyer la guérison de Mufida.

Dans la partie suivante, je présente un autre exemple de collaboration réussie mise en place autour de Rezik qui, étant plus jeune que Mufida, doit « apprendre avec et par » les adultes, tandis que la jeune fille doit « apprendre par soi ». Les échanges entre Amra, la psychomotricienne, et Meryem, la mère de Rezik montrent des implications significatives en termes de guidance. Le rôle des mères dans la définition et le maintien du cadre est ici différent.

6.3.1.2. *Meryem, une mère dévouée et engagée*

Le qualificatif de « parent expert » est le premier adjectif venant à l'esprit lorsque l'on songe à l'engagement de Meryem dans le parcours de soins de son fils Rezik (10 ans) (Trnka & McLaughlan, 2012) : l'attitude de cette mère, d'ailleurs valorisée et appréciée par les professionnelles, est jugée positive et soutenante. Son travail de sentinelle combiné à la mise en place, à la maison, des exercices appris par Rezik à l'hôpital, ainsi que les connaissances complémentaires qu'elle détient sur l'état de son fils, sont autant de caractéristiques qui contribuent à l'attribution de ce statut dans une perspective socio-anthropologique. Dans la situation précédente, la Dre était prudente avec Mufida, se voulant rassurante, la priant de ne pas s'inquiéter car des solutions aux problèmes qu'elle traversait existaient. Dans le cas introduit ici, la dynamique est autre : la psychomotricienne et la mère de Rezik s'accordent pour désapprouver les comportements du garçon, jugés contre-productifs comparativement à l'investissement maternel.

Meryem, la mère de Rezik, travaille avec son fils en fin de séance. Elle est, comme elle l'a rapporté lors de l'un de nos entretiens, pleinement investie dans ce travail à temps complet auquel elle s'adonne. Alors qu'elle vient de rentrer dans la salle de séance, elle formule des questions, similaires à celles d'Amra, afin de « faire dire » à Rezik ce qu'il a travaillé.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Amra : *Non, avant ça il a bien travaillé. Qu'est-ce qu'on a travaillé avant ? (Rezik désigne un objet dans le bureau) Non. Autre chose.*
- Rezik : *Je ne sais pas.*
- Meryem : *On appelle ça comment ? Tu dois te rappeler.*
- Amra : *On a fait ça par terre.*
- Meryem : *Comment appelle-t-on ça ?*
- Rezik : *Je ne sais pas.*
- Meryem : *Tu viens juste de me le dire. »*

Dans le cadre des guidances pour les enfants plus jeunes, comme pour Rezik, les professionnelles font toujours dire aux enfants ce qu'ils ont travaillé pendant la séance, la mémorisation et la capacité d'explication faisant partie du processus d'apprentissage mis en œuvre. Ne pas être en mesure de le faire (dans le cas de Rezik, ne pas pouvoir raconter le parcours qu'il a eu à faire) est perçu comme un échec, comme si une partie du travail accompli n'était pas incorporé. L'acte de dire se veut aussi une démonstration à l'attention de la mère de Rezik afin qu'elle comprenne ce sur quoi il est nécessaire de travailler.

L'impossibilité de dire de Rezik est également interprétée comme une forme de désintérêt de la part de l'enfant ; par exemple lorsqu'Amra commente le fait que Rezik « a pu bien faire les deux derniers [exercices]. Mais à un certain moment il commence à déconner encore une fois. Car dès qu'il sent qu'il a bien capté les choses, il fait semblant pour qu'il... » Meryem l'interrompt en complétant sa phrase : « pour qu'il sorte », sous-entendant qu'il veut terminer vite, pour arrêter la séance et sortir. Cet empressement du garçon n'est pas bien perçu. L'intention prêtée à Rezik est ici dommageable car elle pourrait être la cause de la fin de la thérapie sans prolongation possible, comme avec Amar, mais cette issue est corrigée par l'attitude de la mère de Rezik. Le fait que Meryem puisse poser ou pas des questions est pareillement jaugé selon ce même principe d'intéressement : s'investir passe par le fait de questionner, de répéter, de faire l'effort « de se rappeler » ce qui a été fait d'une séance à

l'autre et de le mentionner. Le pouvoir « de dire » dont use la mère de Rezik est primordial dans l'évaluation que les professionnelles font de ses compétences, jugées utiles au travail médical qu'elle devra poursuivre à la maison. De cet investissement complémentaire à celui des enfants dépend la suite du parcours de soins : l'engagement maternel (et celui de Rezik, comme je l'ai montré dans le chapitre précédent) permet au jeune garçon d'être suivi depuis plus de quinze séances, contrairement à ce qui devrait être le cas selon le protocole thérapeutique en vigueur à Al-Balkhi.

Dans ce contexte, les mots de la mère de Rezik sont valorisés lorsqu'ils font écho aux mots d'Amra. Je ne peux pas dire s'il en a toujours été ainsi, mais il est clair que désormais, à l'hôpital, Amra et Meryem ont la même attitude à l'égard de Rezik : il doit contrôler ses prises de paroles et respecter le cadre imposé – c'est d'ailleurs l'un des objectifs de la thérapie autour duquel les professionnelles et la mère sont en accord.

Extrait de mon carnet de terrain

- *« Amra : Je pose ça ici, c'est à lui de se rappeler et il part pour les faire. Tu as compris.*
 - *Meryem : Il fait bien les choses ?*
 - *Amra : Je l'assiste, tu as compris.*
 - *Rezik : Maman, tu me donnes un chewing-gum.*
 - *Amra : Laisse-moi terminer, je raconte à propos de toi.*
 - *Meryem : Laisse-nous terminer notre discussion.*
- [...]
- *Meryem : Je lui fais le truc de la monnaie...*
 - *Amra : Il est bien, ce n'est pas pareil à celui de la monnaie. C'est facile, pour lui, il travaille et tout. Mais là, c'est autre chose. Il doit se concentrer à ce qu'il soit pertinent.*
 - *Rezik : Maman, tu me donnes un chewing-gum.*

- Meryem : *D'accord.*
- Rezik : *Chewing-gum.*
- Meryem : *Je l'ai pas ici. Je te l'achète dès qu'on sort. Attends.*
- Rezik : *Non, tu me l'as acheté ce matin.*
- Meryem : *Laisse-moi écouter. »*

Dans cet extrait, révélateur de la conduite générale de la guidance, la mère reformule, avec ses mots, la consigne donnée par Amra. Meryem ignore Rezik (« d'accord ») pour se concentrer sur ce que la professionnelle lui explique avant de demander explicitement à Rezik de se taire car « elle écoute » Amra – qui donne les détails techniques de l'exécution de l'exercice avec les jetons présenté au chapitre 5. La mère profite de cet instant pour dire qu'elle fait la même chose à la maison – montrant le transfert de compétences et l'application des consignes transmises durant la guidance parentale. À l'inverse, la mère d'Amar par exemple ne reprend pas le garçon, le laissant faire ce qu'il veut ou se laissant interrompre par lui : Hafida comme Amra sont critiques à l'égard de ces instants, pointant lorsque je suis seule avec elles que la mère « ne sait pas cadrer son enfant », ne « pose pas le cadre ».

Ce défaut de cadre a une double incidence car il est le moyen autant que la finalité de la thérapie : en tant que moyen, le cadre est ce qui permet à l'enfant d'apprendre ; sans ce cadre, un enfant de l'âge de Rezik ou d'Amar n'est pas en mesure, selon la perspective des professionnelles, de travailler par lui-même. Une contrainte doit donc être exercée pour qu'il apprenne. De plus, le cadre est appréhendé comme l'atteinte de l'un des objectifs : une mère (sous-entendu une « bonne mère ») doit être capable de faire obéir son enfant. Le temps de la guidance parentale en fin de séance est donc le moment au cours duquel les mères doivent faire la démonstration de ce qui est attendu d'elles. Leurs interactions avec les enfants sont particulièrement scrutées, avec un présupposé des professionnelles : si les mères ne maintiennent pas le cadre en séance, alors pourquoi et comment pourraient-elles le faire à la maison ? Ces remarques m'ont été faites par Hafida mais aussi par Aida, la psychomotricienne, au sujet de la mère d'Amar. Telle est la logique des professionnelles qui s'inquiètent ainsi parfois des débordements dont sont capables les enfants alors qu'ils sont encore dans le cadre (social) de l'hôpital - mais en présence de leurs mères. Il est intéressant

de noter que ces aspects pointent le statut particulier de ces cothérapeutes pas comme les autres que sont les mères – ce que les enfants semblent d’ailleurs avoir compris puisque même au sein de l’hôpital, dans lequel ils connaissent et respectent le cadre, la dynamique change quand les mères sont présentes.

Les fins de séances, qui servent aux professionnelles de lieu de contrôle de l’application de leurs recommandations, sont aussi le moment de l’émergence de demandes enfantines de récompenses (un bonbon pour Rezik, un jouet ou un cahier pour Amar) quand ils ont bien travaillé, comme en témoigne l’échange entre Rezik, Meryem et Amra :

Extrait de mon carnet de terrain

- « Rezik : *Tu me donnes un chewing-gum.*
- Meryem : *D’accord.*
- Amra : *On va te donner deux chewing-gums.*
- Meryem : *Je t’achète puisque tu as bien travaillé avec Amra.*
- Amra : *Oui, c’est vrai.*
- Meryem : *Si tu continues à travailler avec Amra, je t’achèterai tout ce que tu veux. Mais, tu dois bien travailler.*
- Rezik : *Et tu me fais un anniversaire.*
- Meryem : *Je te fais un anniversaire. »*

Le point sur lequel j’attire l’attention est l’effet (potentiellement) produit par l’extension du cadre thérapeutique en dehors de l’espace hospitalier – et je discuterai plus particulièrement cette thématique dans le chapitre suivant. Dans ce dialogue, dont la suite est déroulée ci-dessous, se dessine l’idée que la tenue d’un « cadre » et l’application de ses règles prolongent « l’influence » des professionnelles dans la vie des familles. La suite de la conversation confirme cet éventuel entremêlement des espaces et le chevauchement entre le cadre médical et les pratiques parentales ordinaires.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Rezik : *Aujourd'hui ?*
- Meryem : *Ton anniversaire sera le 29/12. On est loin du mois 12.*
- Rezik : *On est au mois 12. (nous sommes en juillet)*
- Meryem : *Tu es né le 29/12/2007, on est d'accord ?*
- Amra : *Il voulait célébrer son anniversaire aujourd'hui, tu n'as qu'à faire à sa guise.*
- Meryem : *On lui a laissé quelques photos dans la tablette, et il a vu que son anniversaire était en 2011, et la tarte que je lui ai concoctée moi-même. Imagine qu'il ne voulait pas la partager ni la manger. Il voulait juste la préserver.*
- Amra : *Ah bon, tu lui prépares une tarte.*
- Meryem : *À chaque fois qu'il regardait ça, il se rappelle de son anniversaire et me demande de lui préparer une tarte pareille.*
- Amra : *Tu lui prépares une tarte.*
- Meryem : *Je dois chercher la recette.*
- Amra : *Tu lui concoctes une tarte.*
- Meryem : *Ça sera fait.*
- Amra : *C'est bon, ta maman te préparera une tarte puisque tu as bien travaillé. »*

Avec l'exemple de l'organisation de l'anniversaire de Rezik en juillet (alors qu'il est né en décembre), puis la négociation autour de la préparation d'une tarte, nous percevons fort bien comment les liens entre activités thérapeutiques et pratiques éducatives les plus ordinaires se superposent. À travers le travail de guidance, les professionnelles ont une possibilité d'intervenir sur un ensemble assez vaste de manières d'être et d'agir des mères, y compris avec des indications plus ou moins fortes qui peuvent être en contradiction avec

ce que les mères essayent de négocier avec leur enfant. Ici, la réaction d'Amra peut être comprise comme une autre forme de récompense déléguée à la mère de Rezik et assurée par elle à la suite du bon travail qu'il a accompli. Pour conclure cet épisode, Amra ajoute : « Mais la prochaine fois, tu ne fais pas ton show dans la salle d'attente. [...] Tu t'assois et tu attends ton tour comme les autres petits enfants » ; et Meryem de rajouter, en riant, « Mais pourquoi tu me fais ça ? Tu me fais honte ». Avec cette dernière phrase, Meryem donne, une fois encore, son approbation aux propos d'Amra : tout comme elle a cédé sur la tarte (elle tentait de montrer à Rezik que ce n'était pas son anniversaire lorsqu'Amra lui a dit « tu n'as qu'à faire à sa guise »), elle admet à demi-mot qu'il ne doit pas agir de la sorte dans la salle d'attente – bien qu'en riant, comme pour se démarquer du sérieux d'Amra.

Pourtant, en entretien individuel, seule avec moi et Lamya, la traductrice, Meryem nous explique qu'elle aime son fils comme il est – elle souhaiterait d'ailleurs que je mette son vrai nom dans la thèse car, dit-elle, elle est « fière de lui ». Elle ajoute, un peu plus tard dans la discussion, qu'elle a coupé les liens avec certains membres de sa famille qui critiquaient et ne comprenaient pas Rezik. Si elle est d'accord avec Amra, notamment vis-à-vis de l'école, sur l'importance de contrôler cette logorrhée, j'ai observé des moments d'encouragements, de fierté des capacités de Rezik. Ses « compétences » théâtrales sont, du reste, soutenues via l'inscription dans une maison des jeunes de quartier pour des cours de théâtre. À l'image des parents d'enfants diagnostiqués avec un TDA/H interviewés par Aude Béliard et ses co-chercheurs, la mère de Rezik met en avant les « facettes brillantes » associées au diagnostic : « ce n'est pas malgré le trouble mental, mais grâce à lui que l'individu présente des capacités particulières » (Béliard et al., 2018, §22).

Cette apparente ambiguïté rejoint aussi l'idée défendue par François Romijn (2016) concernant, ce qu'il appelle les « logiques d'engagements distinctes » : après des observations de consultations médicales et des entretiens avec les « usagers-patients », il constate qu'entre « la scène » du cabinet médical et celle de l'espace numérique, les patients mettent en œuvre « une série d'arts de faire pour évoquer les informations obtenues sur Internet ». Dans la situation ici présentée, la démarche de Meryem est légèrement différente, puisqu'elle n'essaie pas d'affirmer ou d'infirmer auprès d'Amra des données obtenues sur Internet. Néanmoins, les ajustements ainsi que l'usage de « registres discursifs empreints d'ironie » (lorsqu'elle dit en riant « tu me fais honte ») ou de contournements (lorsqu'elle raconte que Rezik a vu la tarte sur la tablette au lieu de répondre à la proposition d'Amra qui

lui dit de faire une tarte) – s'apparentent à l'argument de François Romijn. Ces points de rapprochements m'amènent à conclure que les mères de patients peuvent agir de manière autonome d'un espace à un autre, c'est-à-dire faisant des choix à leur convenance. Cette attitude révèle alors les modifications de discours d'un espace à l'autre (entre la guidance parentale et l'entretien avec moi), et dévoile leur compréhension de leur fonctionnement et des attentes. Autre signe de ce travail, la mère de Rezik raconte comment au fil des années du parcours de soins de son fils, elle a elle-même changé, appris ; comment elle est devenue une spécialiste, sans en avoir eu le choix – un sentiment qui rejoint l'idée de « spécialiste par obligation » formulée dans la thèse de Sébastien Eideliman (Eideliman, 2008).

6.3.1.3. *Adiba, une mère indispensable et responsable*

Avant de présenter un autre type de collaboration dans lequel les professionnelles et une mère ont rencontré des difficultés à travailler ensemble, j'aimerais introduire un dernier extrait de consultation entre la Dre Kasmi, qui suit Faraj (13 ans), et Adiba, sa mère. S'il est un peu long, il est toutefois intéressant de pouvoir lire la manière dont le médecin explique à la mère de Faraj l'usage du « tableau » de suivi du comportement de l'adolescent. Ce passage fait partie intégrante de la guidance, avec une emphase particulière sur la nécessité de respecter les règles transmises par le médecin. Je souligne par ailleurs que cet extrait fait écho à ce que j'ai formulé au chapitre 5 : Faraj, malgré le fait qu'il soit considéré par le médecin comme un adolescent, est traité comme un enfant – on lui propose un tableau avec des smileys. Sa réticence à être présent à l'hôpital et à s'investir dans le travail proposé est perçue comme un manque d'autonomie, une incapacité à « apprendre par soi » (et donc à prendre soin de soi) que vise la thérapie : Adiba se voit déléguer la responsabilité complète de le « cadrer » et de prendre soin de lui. La Dre Kasmi s'adresse ainsi à elle :

« Comme je t'avais dit, on va faire un tableau qui tracera le comportement de Faraj toute la semaine, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi et dimanche. Si Faraj se montre poli et écoute ce qu'on lui dit, on va dessiner un visage souriant, ok ? S'il se montre impoli, et n'écoute pas ce qu'on lui dit ou bien quand il ne voulait pas éteindre la télévision après des heures et des heures, on dessine un visage triste. Et cela se fera quotidiennement. À la fin de la journée, on compte le nombre de visages souriants et de visages tristes. Si le nombre des visages souriants l'emporte sur le nombre des visages tristes, on dessine alors un grand visage souriant. De même si le nombre des visages tristes l'emporte sur le nombre des

visages souriants, alors là, on dessine un grand visage triste. Tu as bien saisi ? On vient à la fin de la semaine pour compter combien Faraj a eu de visages, si c'est la plupart des visages souriants qu'il a eus ou bien des visages tristes. S'il obtient cinq ou plus de visages souriants, on va se mettre d'accord préalablement au début de la semaine pour lui offrir un cadeau qui soit à la portée de votre budget mais à condition qu'il respecte ce contrat. Vous allez lui en parler le lundi mais il doit respecter ça, quand le nombre de visages souriants est à cinq ou plus, dans ce cas-là, il mérite un cadeau qui soit à la portée comme par exemple une sortie, ou bien il aura accès à Internet ou peu importe tu as compris ? On est bien d'accord ? Donc, tu vas travailler avec ce tableau tous les jours, ok ? Et tu me l'apportes la semaine prochaine, ok ? Je te dis de travailler avec ce tableau car tu m'as dit que la semaine dernière s'est passée très bien.

Adiba veut introduire la thématique de l'école dans ce planning mais le médecin reprend aussitôt, ne laissant pas d'espace à la mère pour une quelconque initiative. Elle veut s'assurer que le suivi du tableau sera correctement mis en place.

« On va procéder dans un premier temps comme ça. Puisque tu m'as dit qu'il a passé une bonne semaine alors on va le récompenser, et pour faire, on se sert de ce tableau comme preuve, et là on va voir combien de belles et de mauvaises choses commises. C'est à la fin de la semaine qu'on saura ce qu'il a fait. Donc on va commencer à partir de la semaine prochaine. On commence à partir de ce mercredi et la semaine s'achève le mardi prochain, ok ? Donc, on procède comme ça, comme un calendrier. Dans les sept jours, il en faut cinq jours qui passeront super bien, cinq jours ou plus. Aujourd'hui, tu dois en parler de ça, vous verrez juste un simple truc que vous pouvez lui offrir. Tu m'as compris ? Au cas où il passera une bonne semaine, il méritera une récompense. Tu lui dis « si tu passeras une bonne semaine, on va te récompenser ». Cela concerne aussi sa façon de se comporter avec sa sœur. S'il se comporte bien avec elle, on dessinera un visage souriant, sinon on dessine un visage triste. Tout dépend de lui, s'il veut ou pas son cadeau. On est bien d'accord ?

Cet extrait est intéressant, car il met de nouveau en perspective la manière dont la mère de Faraj, en tant que cothérapeute, doit s'engager pour son fils : « le régime de transformation et d'autonomisation » (Velpry, 2008, p. 171) visé pour Faraj (et détaillé au chapitre 4) ne peut se faire sans Adiba. Dans ce régime, Livia Velpry identifie les manières dont les professionnelles sont amenées à « faire pour » le patient et « faire faire » au patient (*Ibid.*). Ici, on voit que la mère, en tant que cothérapeute, doit également « faire pour » et « faire faire » pour/à Faraj, la guidance lui donnant les compétences pour tenir ce rôle. La Dre Kasmi prend donc le soin de lui expliquer en détail comment faire le tableau, le remplir, à quelle condition Faraj peut ou non avoir un cadeau, en étant attentive à ce que divers aspects de la vie du garçon soient inclus. Avec ces éléments en main, Adiba doit donc être

en mesure d'amener son fils vers une situation de contrôle de soi dans laquelle il pourra ensuite « apprendre par soi » comme il est attendu de lui pour son âge. Quant à Adiba, elle doit, pour se plier aux attentes du médecin, faire également preuve de contrôle de soi afin de suivre le plan thérapeutique proposé.

6.3.2. Une collaboration impossible : la mère d'Amar et les incompréhensions

Comme je l'ai commenté au chapitre 4 au sujet d'Aicha, pour la mère d'Amar, le contraste est saisissant entre ses manières d'être, d'agir et de partager son vécu dans l'espace de la séance et à son domicile : c'est lors de mon arrivée à son domicile en 2015 que j'ai eu l'impression de la voir vivante pour la première fois. En consultation, Aicha ne parvient pas à dire son épuisement ou à partager le fait qu'elle se sent dépassée et qu'elle a besoin d'aide pour réaliser les activités à domicile. Lors de notre rencontre hors des murs de l'hôpital, elle nous confie, à Lamy et moi, ses difficultés pour passer d'une « scène » à l'autre, pour reprendre François Romijn. Aicha ajuste ses propos et/ou ne parvient pas à déployer des arts de faire afin d'amener ses ressentis ainsi que ses questions et demandes. L'espace de l'hôpital est quelque peu hostile (2018) pour cette migrante venue des montagnes et dont les conditions sociales de naissance et de vie actuelle contribuent à une forme de disqualification de sa capacité d'être une (« bonne ») mère. À l'approche de la fin du travail avec Aida, elle semble toutefois plus disposée que d'habitude à partager ses difficultés – peut-être une tentative pour éviter la fin du suivi : son exceptionnelle volubilité lors de cette séance m'incite à la formulation de cette analyse. Si cette mère n'a pas semblé avoir apprécié les consultations avec le médecin, elle admet que les séances ont produit un changement de comportement chez Amar. Voyons à présent la manière dont cette guidance est faite par Aida pour Aicha.

Extrait de mon carnet de terrain

« C'est la fin de la séance avec Amar, Aicha attend toujours dans le couloir.

- *Aida : Je t'avais dit d'écrire ton nom en bas de la page, ton nom doit être ici, Amar, tu écris ton nom ici.*

- Amar : *Oui.*
- Aida : *Tu n'as pas écrit ton nom, tu appelles ta maman.*
- Amar : *Oui.*
- Aida : *Vas appeler ta maman, tu n'as pas bien travaillé aujourd'hui.*
- Amar : *Tu me donnes (il réclame la feuille sur laquelle il a dessiné le bonhomme et où son nom devait figurer en bas).*
- Aida : *Tu appelles ta maman.*

Aicha rentre.

- Aicha : *Je ne t'ai pas donné le cahier.*
- Aida : *On n'a pas travaillé sur le cahier.*
- Amar : *Tu ne m'as pas donné.*
- Aida : *C'est à moi de te le donner. Tu t'assois, tu t'assois bien sur la chaise.*
- Amar : *Me voilà.*
- Aida : *Tu t'assois et ne bouge surtout pas. Ne profite pas de la présence de ta maman pour faire encore une fois le héros. »*

Deux éléments sont à relever et témoignent de la disqualification évoquée. Premièrement, avant même qu'Aicha ait l'opportunité de « poser le cadre », Aida cadre elle-même Amar, l'avertissant même de son attitude à venir, présageant que sa mère ne fera pas son travail – puisque, je le rappelle, l'enjeu en fin de séance est de laisser intervenir les mères afin que les professionnelles puissent observer les manières dont elles mettent en place le cadre. Deuxièmement, nous retrouvons un commentaire qui reviendra tout au long de la guidance et qui est déterminant pour la suite du parcours de soins d'Amar : il n'a pas bien travaillé.

La suite de la conversation semble lui donner raison. Alors qu'Aida demande à Aicha comment s'est passé ce trimestre, si les maitresses ont noté un changement de comportement,

quelle a été sa moyenne, Aida doit de nouveau intervenir car Amar ne se comporte pas comme il devrait le faire selon le cadre de la séance.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Aicha : *Elles me disent qu'il beaucoup changé.*
- Aida : *Tu restes assis Amar, tu t'assois, Amar, reviens à ta place.*
- Amar : *Quoi ?*
- Aida : *Reviens à ta place, tu t'assois, qu'est-ce que je t'avais dit ?*
- Amar : *Quoi ?*
- Aicha : *Garde ta place.*
- Aida : *Il a fait trop de bêtises aujourd'hui.*
- Aicha : *Trop de bêtises.*
- Aida : *Ça ne fait pas rire. Rigole comme tu veux, mais ça ne fait pas rire. »*

« Trop de bêtises » : la mère ne réprimande pas Amar mais constate, impuissante, les va-et-vient d'Amar. Aida me regarde et lève les yeux au ciel, l'agitation d'Amar ne la surprend pas, tout comme l'attitude d'Aicha qu'elle avait anticipée. « Elle ne dit rien, elle le laisse faire » est le commentaire que ses agissements suscitent chez Aida une fois Aicha et Amar sortis. J'ai choisi, dans le premier extrait introduit, d'inclure la remarque d'Aida sur le fait que Amar « n'avait pas bien travaillé » : cette référence à la qualité de ce qu'il produit est à mettre en lien avec les progrès – et plus précisément l'absence constatée de progrès.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Aida : *Même s'il arrive à terminer ses séances, je ne vois pas qu'il a fait un grand progrès.*
- Aicha : *Il n'est pas bien.*
- Aida : *Il a juste appris quelques notions.*

- Aïcha : *Il n'arrive pas à se concentrer, il est perdu par le jeu.*
- Aïda : *Il a juste appris quelques notions très simples, ce n'est pas du tout ce qu'on attend de lui en fin de compte. Tu m'as compris ? On ne peut pas dépasser les quinze séances programmées.*
- Aïcha : *Je comprends, il ne vient plus à l'hôpital ?*
- Aïda : *Non. »*

Les résultats stagnants d'Amar et l'impression que sa mère est un peu laxiste, pas assez investie sont deux raisons de ne pas prolonger le suivi – auxquelles s'ajouteront le fait que « le cadre » n'est pas mis en place et qu'une forme de « déni » est constatée chez Aïcha. Consciente que la mère n'a pas les moyens d'aider son fils, Aïda aimerait qu'elle trouve une solution, qu'elle convainque le père ou les frères d'Amar de l'aider. Ces derniers étant absents de l'hôpital, il revient à Aïcha de recevoir les conseils de la guidance et d'assurer la coordination avec les personnes de la maisonnée qui seraient en mesure d'aider Amar.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Aïda : *Tu l'emmènes à l'école, tu lui enseignes le calcul et tu lui apprennes les pièces de monnaie. Même ses frères doivent l'assister.*
- Aïcha : *Je ne compte pas sur son père ni sur ses frères.*
- Aïda : *C'est ça le problème.*
- Aïcha : *Car ils n'ont pas aucune envie de l'assister.*
- Aïda : *Il fait des bêtises, il les dérange.*
- Aïcha : *Je leur demande de l'assister mais ils refusent.*
- Aïda : *Amar, ne touche rien.*
- Aïcha : *La fille peut assister mais pas les garçons.*
- Aïda : *Que Dieu t'assiste.*
- Aïcha : *Je suis tout le temps malade.*

- Aida : *Ne t'énerve pas, mais il doit juste connaître ses limites à la maison, il ne doit pas faire à sa guise, il ne doit pas profiter de sa maladie pour faire ce qu'il veut, tu as compris ? Un peu de sérieux à la maison. »*

Les tentatives imaginées par Aicha pour trouver du soutien au sein de la famille apportent quelques informations complémentaires sur un point discuté en introduction : celui de la naturalisation de la figure féminine comme productrice de soins. En effet, Aicha précise que « la fille » (c'est-à-dire sa belle-fille, issue du premier mariage du père d'Amar, et donc plus âgée que ses autres fils, les frères d'Amar) peut l'aider. Son genre et son âge font d'elle une personne capable de prendre soin de son petit frère. Quant aux garçons, Aida laisse entendre que s'ils refusent d'aider Amar, c'est de *sa* faute car il les embête. Si le concept de « familialisation » (Segalen, 2012) est utilisé par Martine Segalen pour décrire les rapprochements entre grands-parents et parents autour de la garde des petits-enfants sur la thématique des nouvelles parentalités, je l'utilise pour ma part pour signifier l'organisation familiale, également en termes de rapprochement, autour de l'enfant malade. Dans le sens que je lui attribue, ici illustré avec Amar et Aicha et le reste de la famille, le statut de l'enfant peut aussi impliquer, ou expliquer selon la perspective d'Aida, une forme de « défamilialisation », un désengagement de la part de la famille – qui devrait « naturellement » être présente selon les professionnelles. Le retrait des autres membres de la famille est à la fois compris mais regretté comme si, finalement, ils délaissaient leurs obligations.

L'autre point important à souligner est la place des troubles dans la conversation. Un peu plus tôt, la mère a formulé que « c'est à cause de son hyperactivité qu'il n'arrive pas à se concentrer, il essaye de se concentrer mais il n'y arrive pas » Aida reprend cette formulation, en lui répondant : « il est hyperactif parce qu'il manque d'intelligence, son manque d'intelligence fait de lui un enfant hyperactif et il manque de concentration, c'est bon ? » La même thématique se rejoue, mais dans deux cadres aux logiques différentes et opposées : d'un côté, la logique contractuelle qui engage la mère à poser un cadre, et de l'autre la dimension thérapeutique qui convoque la maladie pour expliquer les comportements (Velpry, 2008, p. 194). L'une et l'autre alternent entre ces deux dimensions en fonction de l'argument que l'une et l'autre tentent de mettre en avant : pour Aida, le retard mental explique certains comportements mais le cadre doit être posé et la maladie ne peut être une

excuse ; pour Aïcha, la maladie explique aussi certains comportements, dont le retentissement sur la possibilité même de respecter le contrat, c'est-à-dire le cadre que la professionnelle lui demande pourtant de poser. Dans cet échange, le savoir professionnel du trouble l'emporte, la mère d'Amar se contentant d'acquiescer quand Aïda lui explique ce dont souffre son fils. Dans le cadre de la guidance menée à Al-Balkhi, les professionnelles détiennent des connaissances qu'elles doivent transmettre aux mères afin qu'elles puissent accompagner leur enfant vers la guérison ou les progrès.

Durant la guidance parentale faite avec Aïcha, Aïda tente de lui « faire comprendre » ce que Amar peut ou ne peut pas faire. La cessation des séances laissant présager de la fin de la stimulation du garçon, Aïda insiste pour qu'Aïcha change ses attentes, et elle lui répète la nécessité de le laisser à l'école.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Aïda : *Je termine ses séances, et en parallèle, il ne doit pas quitter son école, tu as bien saisi ça ?*

- Aïcha : *Non, il quitte l'école uniquement pendant les vacances scolaires.*

Aïda : *Non, je ne parle pas des vacances scolaires, je voulais te dire qu'il doit continuer ses études le plus longtemps possible, est-ce que tu as bien compris ?*

- Aïcha : *Non, je le laisse continuer ses études, que Dieu le protège. Je le laisse jusqu'à ce qu'il soit renvoyé par l'école.*

(...)

- Aïda : *Il me reste une ou deux séances avec lui, tu as compris ? Il doit continuer ses études à l'école.*

- Aïcha : *Oui, il doit continuer ses études, l'école m'assiste beaucoup.*

- Aïda : *D'ailleurs, il manque de facultés cérébrales.*

- Aïcha : *Oui, je sais.*

- Aida : *Tu as compris ? Il ne peut pas écrire et travailler comme un enfant normal.*
- Aicha : *Oui tout à fait.*
- Aida : *Il a un retard mental et il n'est pas intelligent.*
- Aicha : *Il arrive à copier mais...*
- Aida : *Non, non, n'insiste pas sur l'écriture et sur la lecture, ne te fais surtout pas de soucis pour lui car c'est au-delà de ses capacités, tu as compris ? C'est ce que je voulais te faire comprendre, on ne peut pas le comparer à un enfant normal qui arrive à écrire et à lire. »*

Les propos d'Aida semblent un peu contradictoires : d'un côté, Amar ne doit pas quitter l'école et doit absolument poursuivre l'enseignement obligatoire, mais elle explique dans le même temps qu'il n'a pas les capacités d'apprendre. Nous retrouvons ici un de points centraux abordés dans le chapitre 5 : un vide, au départ institutionnel (un nombre très restreint de structures d'accueil adaptées pour les enfants aux besoins éducatifs spéciaux), se mue et fusionne en une question plus large d'ordre social (que faire d'un enfant qui ne va pas à l'école ?). L'école est ici présentée comme l'inscription sociale des enfants. Lorsqu'une autre inscription sociale sera possible, il pourra alors arrêter d'aller à l'école.

« *Aida* : Oui, tu peux même l'inscrire éventuellement dans une association pour qu'il apprenne un métier, alors tu ne dois pas insister à ce qu'il arrive à écrire et à lire ou même à être parmi les premiers de sa classe, car ça le dépasse complètement.

Dans de telles conditions, le mieux à espérer pour Aida est l'apprentissage d'un métier. En même temps qu'elle appelle Aicha à être pragmatique dans les choix d'accompagnement d'Amar, elle continue néanmoins à prodiguer des conseils sur le travail à instaurer au domicile en donnant des exemples de ce que la mère peut faire en attendant que d'autres options plus adéquates se présentent. Rendant à Amar l'argent qu'elle lui avait confisqué en début de séance, la scène suivante se passe :

Extrait de mon carnet de terrain

- « Amar : *Mille francs.*
- Aida : *C'est juste un dirham et pas mille francs.*
- Amar : *Un dirham, deux dirhams.*
- Aicha : *Il disait qu'un dirham est plus grand que cinquante francs.*
- Aida : *Maintenant c'est ce que tu dois lui apprendre. »*

Reprendre, apprendre, corriger sont autant d'actions que la mère doit mettre en place avec Amar, mais Aida comme Aicha semblent avoir renoncé : de part et d'autre, les efforts sont minimaux pour rejoindre l'autre sur son terrain. Aida explique succinctement ce qu'il faut faire, donnant à Aicha des directives strictes ; Aicha, de son côté, acquiesce, mais ne montre pas, dans le cadre de la guidance de cette séance, qu'elle peut le faire. Si d'autres mères, à l'image de Meryem, voient le cadre adapté et ajusté en fonction de leurs contraintes, ce travail est plus compliqué pour Aicha. Cette position est ce qui, depuis le début du suivi d'Amar à Al-Balkhi, a entraîné la disqualification d'Aicha en tant que mère capable – capable de cadrer, capable d'accompagner, capable de s'adapter. Les échanges ici rapportés évoquent la fin de la thérapie, mais tout comme dans les séances précédentes, peu d'explications sont données sur ce qu'il faut faire. Le travail du jour n'est pas repris, pas détaillé pour être discuté, avec ce présupposé d'Aida qu'Aicha ne le fera pas, ne saura pas le faire, ne comprendra pas quoi faire. Nous notons une absence de transmission, impliquant que les aidants de la maisonnée – ceux n'ayant pas encore démissionné – devront comprendre par eux-mêmes.

Cette manière de faire est très distincte de ce qui se joue lorsque professionnelles et mères peuvent collaborer directement – révisions et explications partagées à l'appui, à l'image des exemples présentés plus haut. Pour Aida et Aicha, « le cadre » est le seul point commun sur lequel elles peuvent s'entendre, du moins pour Aida qui insiste donc auprès d'Aicha sur sa mise en œuvre. Mais, sur ce point, des divergences surgissent de nouveau, avec des enjeux autour de l'influence de la maladie. Le travail de reformulation opéré par une partie des mères en séances n'est pas accompli par Aicha. En ce sens, la guidance peut être considérée

comme un échec : pour Aida, Aicha est dans le déni, ce qui conduira à ne pas poursuivre les séances au-delà des quinze règlementaires. Pour contre-exemple, Meryem a su convaincre la professionnelle, sur la base des progrès accomplis par Rezik et forte de son engagement et de son aisance à s'ajuster aux attentes de la guidance, que le nombre de séances devait être augmenté : son fils a donc pu poursuivre un travail de plus longue haleine avec une partie de l'équipe.

6.4. Des pères (jugés) absents

Si ma présence à l'hôpital m'a permis de percevoir la domination maternelle dans les soins (puisque dans la majorité des cas, les mères étaient seules en consultation et en séances), c'est au sein des foyers que le (nouveau) rôle des pères m'est apparu. Ce constat fait valoir l'impérieuse nécessité de sortir de l'hôpital afin de comprendre les trajectoires de soins et le travail médical des pères, et parfois de la famille dans son ensemble. L'androcentrisme est l'une des critiques adressées, à juste titre, aux sciences sociales, mais les études sur les soins ont eu tendance à faire l'inverse – à l'exception de quelques travaux (Eideliman, 2019; Mougel, 2009; Segalen, 2012) : si les pères paraissent tant absents, peut-être est-ce parce que nous ne regardons pas au bon endroit. Cependant, les sciences sociales ne sont pas les seules à mettre de côté les pères : comme le note Gérard Neyrand, « accueillir les pères pour les professionnels de la petite enfance suppose, à travers un processus de conscientisation, d'élaborer une position plus ouverte [...] » (2014).

Dans la partie suivante, je m'intéresse donc à ces pères, plus ou moins présents ou absents – selon le point de vue adopté –, engagés à leurs manières dans un système au sein duquel leur participation n'est pas facilitée : ainsi, les pères d'Adil et de Faraj, pourtant systématiquement ou très régulièrement présents à l'hôpital, restent sur le pas de la porte des bureaux de consultation ou de séance ou n'y font qu'un passage furtif. À l'inverse, d'autres n'ont jamais mis les pieds à Al-Balkhi, comme les pères d'Amar ou de Rezik, même si l'un et l'autre participent, à leur façon, au parcours de soins de leur fils. Avant d'entrer plus en détail dans les implications singulières de chacun, il semble pertinent de mettre en avant plusieurs points communs à l'ensemble de ces pères. Premièrement, les pères se tiennent informés de ce que les enfants font à l'hôpital, de ce que les professionnelles disent – mes rencontres avec eux en témoignent. Leur absence, souvent comprise comme une forme ou

une marque de désintéressement, mérite d'être comprise à la lumière d'autres facteurs. Deuxièmement, la plupart participent financièrement à la venue des enfants à l'hôpital, même si ce n'est pas toujours le cas : j'ai rencontré quelques mères qui, pour venir à l'hôpital, avaient dû emprunter de l'argent à de la famille car le père avait refusé que l'enfant soit suivi. Soulignons que le système de sécurité sociale ne couvre pas forcément tous les frais et que les dépenses de transport sont aussi significatives dans le budget des familles : si les mères se constituent des réserves d'argent en cas de « coup dur » (Mounir, 2009, p. 37), les frais liés au traitement impliquent une augmentation conséquente des dépenses hebdomadaires qui peut difficilement passer inaperçue aux yeux des pères. Comme l'a montré Hélène Kane à propos des enfants mauritaniens souffrant de maladies chroniques (2015), l'aval du père facilite l'accès aux soins, même si dans le cas des mères rencontrées, des stratégies étaient mises en place si nécessaire. Troisièmement, corollaire du deuxième point, l'impossibilité des pères de se rendre à l'hôpital s'explique par le fait qu'ils sont au travail. Une grande partie des mères sont femmes au foyer ou exercent un petit boulot non déclaré depuis la maison et donc très flexible (comme la mère de Mufida qui fait de la couture pour les voisines), mais il est plus compliqué pour les pères de s'éclipser de leur lieu de travail, d'autant que l'obtention d'un certificat rédigé sur le papier à lettres du service pour justifier une absence de quelques heures en dévoile les raisons. Emmener un enfant à l'hôpital psychiatrique demeure stigmatisant et les pères font le choix de ne pas venir, certainement en accord avec les mères qui partagent ce point de vue mais qui, soumises au « devoir de présence », n'ont pas la possibilité de se soustraire à leur obligation (Mougel, 2009, p. 71). Toutefois, si les mères n'ont pas à justifier leur absence du foyer, elles doivent éventuellement faire garder les enfants plus jeunes par la famille ou une voisine, ce qui peut signifier qu'elles ont révélé la raison de leur besoin de garde. Or, les mères peuvent accepter de se dévoiler face aux professionnelles (peut-être plus que les pères qui sont au travail), mais le faire face à la famille ou à une voisine demeure stigmatisant – ce qui explique d'ailleurs que, souvent, les petits frères et/ou petites sœurs sont présents en séance ou consultation. De ces quelques explications apparaît l'idée que les pères sont des partenaires mésestimés qui travaillent pourtant avec leurs épouses mais dans un espace inaccessible pour les professionnelles, à l'ombre de celles-ci. Rencontrons désormais ces pères.

6.4.1. Une collaboration stérile

La naturalisation de la mère comme proche aidante de premier rang tend à évincer les pères qui, comme ceux d'Adil ou de Faraj, sont pourtant présents à l'hôpital pour accompagner leur fils.

6.4.1.1. *Le père d'Adil*²⁴⁰

Adil (8 ans) vient toujours accompagné de son père qui est, sur la base de mes observations, l'un des rares pères à venir seul (c'est-à-dire sans son épouse). Au départ, je me souviens avoir pensé que la mère était peut-être malade, ou vivait dans une autre ville, voire était décédée. Ce premier réflexe représente ce besoin « d'ouverture », y compris « dans l'intimité de nos psychismes » dont parle Gérard Neyrand quant à l'accueil des pères, mais il indique également à quel point l'image de ce monsieur, un peu âgé, seul, très « paternant » à l'égard de son fils, dénotait dans le paysage de la salle d'attente d'Al-Balkhi. À ce propos, Sarra Mougel écrit :

« Le « devoir de présence » se décline ainsi principalement au féminin et les arguments permettant de justifier une absence sont affectés d'une pondération différente pour la mère ou pour le père. Être enceinte constitue l'une des rares situations conduisant une absence maternelle complète au profit du père. Cette prégnance de l'assignation aux mères du rôle de garde-malade se lit dans la nécessité de justifier une absence maternelle qui n'a pas sa réciproque pour les pères. » (2009, p. 71)

Au fur et à mesure de nos rencontres et échanges informels dans la salle d'attente, le père d'Adil m'a donné les « justifications » de l'absence maternelle au profit de sa présence paternelle, m'énonçant les aspects pratiques de cet arrangement : la famille vit dans un endroit reculé, où le bus passe une seule fois par heure ; la mère d'Adil ne conduisant pas, elle serait dans l'obligation de prendre le bus ou d'attendre, sur cette grande route peu empruntée, un taxi collectif qui la conduirait à un autre point stratégique afin de prendre un autre taxi ou un bus. S'ajoute à ce tableau la présence de la petite sœur d'Adil qu'il faudrait emmener ou faire garder. Aucune de ces deux options ne convenant aux parents, ils ont décidé que le père d'Adil, coiffeur, s'arrangerait avec son employeur pour amener son fils à

²⁴⁰ Je n'ai pas donné de prénom à certains pères car il ne m'a pas forcément été dit. Cette absence reflète ainsi les relations tissées qui ont été beaucoup moins intimes qu'avec les mères des enfants et adolescents rencontrés que j'appelais par leur prénom.

Al-Balkhi – ce qui, d’après lui, n’a pas été compliqué. Je ne connais pas exactement les liens qu’il entretient avec son patron, mais je sais que partant du principe qu’Adil ne pourrait pas faire d’études à cause de son hyperactivité et de son trouble du développement, il l’avait déjà emmené au salon et qu’il envisageait de le faire de manière régulière pour lui apprendre un métier. L’option pragmatique de l’apprentissage d’un métier est intéressante, car elle reflète l’état de ses connaissances finalement assez sommaires sur la situation thérapeutique de son fils, qui ne connaît aucune difficulté scolaire et présente même des facilités. Effectivement, bien que présent pour chaque session avec la psychomotricienne ou l’orthophoniste, le père ne rentre jamais dans le bureau pour « recevoir » la guidance parentale. Je ne l’ai jamais vu assis, comme le font les mères, en face à face avec l’une des professionnelles : les discussions ont lieu sur le pas de la porte du bureau ou dans les couloirs, quand la professionnelle ayant reçu Adil le raccompagne jusqu’à son père. Ici, au milieu des mères, la professionnelle fait un très court retour sur ce qui a été travaillé, pointant que les exercices à réaliser sont dans le cahier.

La configuration de ces scènes fournit une double information. Premièrement, elle atteste du jugement positif vis-à-vis des compétences de ce père, car la manière dont la professionnelle lui confie les exercices à faire, sans plus de consignes, montre la confiance dont il bénéficie aux yeux de l’équipe. Du moment qu’Adil progresse, la routine conduisant le père à rester en dehors du bureau se poursuit. Deuxièmement, la configuration observée indique que, peut-être, la guidance pour les pères ne se pense pas de la même manière que pour les mères ; eux-mêmes ne se sentent pas légitimes, comme j’y reviendrai ultérieurement en décrivant ma rencontre avec le père d’Amar lors de ma visite à domicile, ou comme en atteste le refus poli du père d’Adil de faire un entretien formel avec moi. Je lui ai en effet fait la proposition une ou deux fois de prendre du temps pour discuter de la situation d’Adil, en nous mettant au calme dans un bureau pendant que ce dernier était en séance, mais il n’a jamais voulu, préférant rester dans la salle d’attente et organisant, *in fine*, la venue de la mère à l’hôpital pour que nous puissions faire l’entretien ensemble.

Derrière ce questionnement relatif à la légitimité paternelle dans le domaine des soins aux enfants surgit une autre problématique – et je regrette de ne pas avoir demandé explicitement aux professionnelles et au père les raisons pour lesquelles elles sortaient ou lui ne rentrait pas. Avec le recul, je réalise que je n’ai jamais été seule en entretien avec aucun des pères, à l’exception de celui de Faraj (mais nous avons laissé la porte entrouverte, fait qui, au

demeurant, m'avait surprise car allant à l'encontre de ce que j'estimais être des pratiques de confidentialité). En réalité, deux logiques se sont juxtaposées avec le père de Faraj : celle inhérente à ma perspective de chercheuse européenne et celle d'un père marocain confronté à ma présence. Les travaux de plusieurs chercheuses (d'ailleurs citées au chapitre 1 dans lequel j'interroge l'implication de mon genre sur la recherche) montrent les répercussions de leur genre sur l'accès au terrain et les possibilités de conduire des entretiens. Je fais donc le même constat en remarquant que je n'ai jamais eu d'entretien avec les pères, et ce constat soulève un autre point essentiel, touchant une autre dimension, puisqu'il témoigne de l'impact de la relation de genre homme-femme sur le suivi des enfants en pédopsychiatrie. Ainsi, les constations faites par les chercheuses semblent se prolonger au sein de l'hôpital, reproduisant entre professionnelles de la santé et pères d'enfants suivis par ces professionnelles une configuration sociale les incitant à ne pas être dans des espaces clos. « La réserve, la retenue, la décence » imposées aux femmes « crée (aussi) un monde de femmes, un monde *dont les hommes-pères-maris sont délibérément exclus*, en ce sens que c'est un monde dans lequel il a un « eux » et un « nous » [...] » (Mounir, 2009, p. 39). Cette remarque d'Hakima Mounir nous éclaire autrement sur la manière dont les mères demeurent des expertes, des spécialistes : il s'agit certes d'une obligation, mais cette contrainte leur confère, parallèlement, un pouvoir sur les hommes envers qui le fait d'échapper à la soumission à leur égard reste une bataille (*Ibid.*). Si Hakima Mounir parle de ce « monde de femmes » comme la « face cachée » de la soumission, alors le versant caché, du point de vue des parcours des enfants, est la perte de potentiels partenaires, comme le père d'Adil, qui se retrouvent exclus d'un domaine dans lequel la mère n'est que partiellement investie. Sans grande surprise, mais sous le prisme de la question du genre, les parcours de soins des enfants se trouvent pris dans des tensions plus vastes que le strict domaine médical avec, comme dans les cas relatés, l'enjeu de la transmission d'informations des activités thérapeutiques réalisées par les enfants.

Dans le cas du père d'Adil, je constate donc que la différence de genre et ses compétences l'excluent du processus de guidance parentale dont les autres parents/mères bénéficient. Je vais désormais exposer comment la relation entre la Dre Kasmi et le père de Faraj se construit. Concernant la thématique du genre, le même constat peut être fait puisque la Dre n'a jamais reçu le père de Faraj seul : il était soit avec son fils, soit avec son épouse Adiba et Faraj. Mais au-delà de ce constat, les interactions entre la professionnelle et le père de

Faraj nous renseignent sur le partage de compétences entre père et mère, en lien avec la question de la naturalisation du statut de proche aidant de la mère.

6.4.1.2. *Le père de Faraj*

Lors de la consultation de Faraj (13 ans), le 7 août 2014, le père est totalement silencieux. Il est présent mais ne dit rien – contrairement à sa femme qui parle beaucoup, vite, en abordant des thèmes différents, passant de son travail aux tensions avec la belle-famille et bien sûr, à ce qui la préoccupe le plus : la situation de Faraj. Dans ce flot de mots, parfois, on se perd ; elle-même, peut-être, est par moment confuse ; au moment où le médecin demande si Faraj a eu des opérations ou s’il a déjà été soigné pour quelque chose, elle parle de son père et du fait qu’il « se fait suivre ». Plus tard, lorsque le médecin demande durant l’anamnèse comment s’est passé l’accouchement, la discussion suivante se tient :

Extrait de mon carnet de terrain

- « Dre Kasmi : *Quand tu étais enceinte, tu te sentais que tout va bien pour toi, t’avais aucun problème ?*
- Adiba : *C’est normal ; c’était normal, je m’énerve et c’est normal. 14 ans que je suis avec son père qui est malade.*
- Dre Kasmi : *Ça ne vient pas de ta famille ?*
- Adiba : *Non pas de ma famille, il se fait suivre et il s’énerve.*
- Dre Kasmi : *Tu as accouché normalement ?*
- Adiba : *Non, césarienne.*
- Dre Kasmi : *Pourquoi césarienne ?*
- Adiba : *J’avais des rétrécissements et j’avais aussi des nerfs fragiles. Je vis avec un père malade. Des fois il prend ses médicaments mais des fois non. Des fois, il devient furieux, il devient comme...*

(Le téléphone sonne, la Dre Kasmî reprend ensuite la conversation sur l'accouchement). »

Dans cet extrait (et je l'ai constaté à plusieurs reprises avec Adiba ainsi qu'avec d'autres mères d'enfants), le père de Faraj *est parlé* par la mère. Pour le dire autrement, à défaut d'être présents, les pères sont souvent décrits par les mères, leurs propos (plus ou moins originaux) sont rapportés par ces dernières, des manières d'être et d'agir leur sont attribuées – avec des visions qui sont forcément prises dans les nœuds relationnels (dés)unissant les parents, comme on le voit avec les commentaires d'Adiba. Cependant, ce n'est pas nécessairement développé ou commenté par le médecin, à l'instar de la Dre Kasmî qui ne réagit pas aux propos sur le père de Faraj, malgré le fait qu'Adiba aborde le sujet de la situation médicale du père à deux reprises. Dans cet extrait, le pouvoir détenu par les femmes (tenu de la légitimité de pouvoir parler pour et de l'absent) est mis en relation avec la figure centrale de la mère, liée de façon organique à son enfant avec une question sur l'accouchement. Si cette question est systématique dans l'anamnèse en raison des liens biologiques mère-enfant et de leurs éventuelles implications sur l'état de santé des enfants, cette thématique rappelle la place de prédilection de la mère en termes de connaissance sur l'enfant et sa vie.

La difficulté à parler *du* père comme de parler *au* père est récurrente dans les consultations. Même lorsqu'il est présent en consultation, la Dre Kasmî n'engage pas la conversation avec le père de Faraj – se concentrant sur le garçon. Le jour de cette consultation, la seule adresse au père, en dehors des formules de politesse à son entrée dans le bureau, a été la phrase suivante une fois la discussion avec Faraj terminée : « Il est entré dans des perturbations ; ça y est monsieur. C'est bon Faraj tu peux aller chercher ta mère ? Appelle-moi sa mère. » La sortie du père nous donne une indication sur la guidance parentale : elle est avant tout réservée aux mères des enfants.

Trois semaines plus tard, lors d'une autre consultation, les deux parents et Faraj se retrouvent face au médecin. Le père, de nouveau présent, prend la parole à quelques reprises – réussissant à prendre un peu d'espace et d'attention que la mère occupe et attire largement avec aisance. Pourtant, à nouveau, une fois la discussion terminée avec Faraj – qui veut rentrer chez lui pour dormir –, le médecin dit : « Faraj, tu peux attendre un peu avec ton papa,

vas-y, tu iras dormir maintenant. (*Elle se tourne vers la mère*) Il ne prend pas ses médicaments ? » La possibilité n'est pas donnée au père de rester. D'emblée, par défaut ou par une sorte d'ordre naturel des choses définissant la mère comme première interlocutrice, le père est celui qui sort dans le couloir avec son fils pendant que la Dre Kasmi et Adiba s'entretiennent sur le traitement. Le médecin partage ensuite ses doutes avec la mère de Faraj :

« Je ne peux pas connaître si c'est de ses caprices ou bien une maladie qui va éventuellement apparaître, pour que je sois claire avec toi, donc maintenant je lui prescris juste des médicaments et on essaye de travailler sur son comportement. On lui prescrit des médicaments qui le calment un peu et on attend, mais dès que l'on constate qu'un comportement étrange apparaît, ou un truc bizarre ou quelque chose d'illogique, par exemple s'il parle tout seul ou s'il rit tout seul, ou s'il pense du mal de sa sœur, à ce moment-là tu me le dis, tu as compris ? Ça dépend de l'évolution de son état si son comportement va de mieux en mieux.

Cette longue tirade de la Dre Kasmi confie entièrement le travail de sentinelle à Adiba. Il pourrait être envisagé, étant donné que le père vit aussi avec Faraj, qu'il mène ce même travail de surveillance ; ce n'est pourtant qu'en présence d'Adiba que la Dre Kasmi a souhaité aborder cette thématique. La circonstance de facteurs, comme le fait de ne pas vouloir discuter de ce point devant Faraj, ou le fait de ne pas vouloir, peut-être, que Faraj reste seul dehors, sonne comme des « justifications » de l'absence du père, mais au vu des situations analysées et des connaissances glanées, il ressort que l'avantage donné aux compétences maternelles produit cette situation menant à l'exclusion du père de Faraj des consultations concernant son fils.

Pourtant, alors que le médecin insiste auprès de la mère sur le fait qu'elle « doit prendre les choses en main », « ne pas laisser la situation s'aggraver », lui indiquant de « bien suivre le tableau », et cela « de manière objective », Adiba aborde de nouveau la situation du père.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Adiba : *Déjà son papa se fait suivre, il doit prendre ses médicaments.*
- Dre Kasmi : *Son père est normal, il est stable.*

- Adiba : *Il était avec XXX, une militaire, elle lui a donné des rendez-vous espacés, maintenant il est avec YYY, il lui a ordonné de cesser les médicaments. Il lui a laissé juste les comprimés, ça lui fait moins de 300 dirhams. Il va de mieux en mieux.*
 - Dre Kasmi : *Donc, il va mieux.*
 - Adiba : *Ça fait une année qu'il souffrait, il avait aussi des insomnies.*
 - Dre Kasmi : *Je sais, je sais. Mais là, il peut t'aider à régler pas mal de trucs. Il se peut qu'il t'apporte de l'aide à remplir le tableau.*
 - Adiba : *Il m'aide, lui aussi il avait une formation, il est lieutenant et il passera capitaine et il a eu un souci au Sahara¹.*
- Dre Kasmi : *Pour lui, incha'Allah, s'il continue à prendre ses médicaments, il n'aura aucun problème. Il faut qu'il ne cesse pas d'en prendre. Mais à présent, il va mieux. Il surveille son enfant, il sait ce qui se passe Dieu merci.*
- Adiba : *Maintenant, il est conscient de l'état de son fils, il passait des heures à dormir, mais maintenant il m'assiste, il se charge de faire les commissions.*
 - - Dre Kasmi : *C'est bien. On va travailler sur ce tableau, tu as compris ? Tu dois être ferme. S'il fait une bonne chose, la semaine sera meilleure, et comme je t'avais dit, la récompense doit être à la portée. »*

En avant-propos de l'analyse de cet extrait, il semble important de souligner qu'il n'est pas improbable que la maladie avec laquelle le père de Faraj est diagnostiqué mette ses compétences en doute aux yeux de la Dre Kasmi. En effet, étant donné que la littérature sur l'exercice de la parentalité dans un contexte de maladie psychiatrique, bien que récente et appelant à davantage de productions, témoigne de la « vulnérabilité » qui est associée au statut de parents malades par les professionnelles du médical et du social (David et al., 2019; Marc Boily et al.; Vogel, 2011), il se peut que le médecin ait eu des incertitudes vis-à-vis des possibilités pour le père de Faraj de disposer de compétences parentales adéquates. Cependant, dans la mesure où la Dre Kasmi reconnaît, à ce moment précis, que le père paraît stable, se (re)découvre l'influence de la reproduction (impensée) d'une guidance privilégiant

les mères plutôt que les pères ou le couple dans son ensemble. Toutefois, Adiba est épuisée, se sent seule et dépassée. Elle (me) demande beaucoup d'attention, elle a besoin de parler ; elle et moi – avec sa fille, parfois avec Faraj, quelquefois chez eux avec son époux – passons un certain temps ensemble, notamment le week-end. Elle m'appelle à plusieurs reprises le soir, quand, chez elle, tout le monde est couché, ou chacun dans une pièce. Alors que le médecin, initialement, confie à Adiba seule le travail médical, celle-ci tente à plusieurs reprises d'élargir la focale pour inclure le père dans ce travail de suivi de son fils. Comme je le comprends au regard de nos échanges, il s'agit d'une stratégie pour se soulager du poids dont elle se sent investie et qui l'épuise. Son souhait de voir ce père « être un modèle, (il faut) être humain, faire des efforts pour ses enfants » (chapitre 4) est d'ailleurs un sujet récurrent dès notre premier entretien.

Comme je l'ai mentionné précédemment, le père de Faraj est le seul à être venu me parler sans son épouse. Lors de cette rencontre, je comprends comment il est engagé dans le parcours de soins de son fils, notamment dans le suivi des traitements.

Extrait de mon carnet de terrain

- « Moi : *Et là, il avait des médicaments jusqu'à maintenant ?*
- Le père de Faraj : *Oui il me reste une semaine de traitement. De dix gouttes pendant une semaine on passe à cinq gouttes. Il ne voit pas la différence. Et lui il dit : " pourquoi papa tu me donnes ça, ça ne me fait rien du tout. » Je lui dis : « T'énerve pas, te mets pas en colère ». Il refuse – mais quand il était fâché avec moi, il ne veut plus le prendre, c'est sa mère qui lui a donné.*
- Moi : *Si, en plus, il sent que ça ne fait pas un effet...*
- Le père de Faraj : *Pas d'effet mais il le voit quand même mais il dit ça a un goût de réglisse, un goût de bonbon.*
- Moi : *S'il aime bien les bonbons, c'est bien.*
- Le père de Faraj : *C'est le goût qu'a le médicament. C'est comme le pastis, c'est la même chose – de l'anis alors.*

- Moi : *Oui ils font des médicaments avec le goût que les enfants aiment bien.*
- Le père de Faraj : *Oui, exprès pour les enfants. »*

Dans cet extrait, on comprend que le père de Faraj a en fait été, pour un temps, celui qui gérait le traitement de Faraj. Il explique comment il argumentait avec lui pour qu'il prenne ses médicaments, ce qui a d'ailleurs concouru à une dispute entre lui et son fils. Il porte une attention également particulière au goût des médicaments, au fait qu'ils soient adaptés aux enfants – signe d'une préoccupation réelle pour la santé de son fils. De plus, à partir de cet exemple, on perçoit finalement comment père et mère peuvent se passer le relais afin que Faraj continue à prendre son traitement.

Quand je le questionne ensuite sur les « crises » de Faraj – perte de connaissance (c'est ainsi que les parents les nomment) –, il explique ses difficultés à interagir avec son fils, avec comme toile de fond, certes la maladie, mais aussi « l'adolescence ».

Extrait de mon carnet de terrain

- « Le père de Faraj : *Là, il a moins de crises, les crises sont de plus en plus courtes. Si je lui parle avec autorité, il ne répond pas, il reste...*
- Moi : *Il fait quoi alors dans ces cas-là ?*
- Le père de Faraj : *Il ne fait rien, il ne m'écoute pas, il ne me regarde plus, il ne me parle pas. Il reste assis.*
- Moi : *Donc, vous (il m'interrompt).*
- Le père de Faraj : *Je laisse passer le temps. Il peut ne pas me parler pendant vingt-quatre heures des fois. Il a fait la même chose à sa mère parce qu'elle lui a parlé avec autorité. On ne peut pas lui parler. »*

Face à ces difficultés d'obéissance, les professionnelles peuvent expliquer aux mères comment faire – la Dre Kasmi l'a d'ailleurs fait avec Adiba qui, d'une semaine à l'autre, lui a rapporté avoir mis en place les techniques recommandées. Mais le père, à qui l'accès à un

espace de guidance n'est pas donné, ne reçoit pas de conseils similaires : c'est ainsi que le manque de compétences paternelles, avérées ou supposées, ou l'absence de légitimité des pères au regard de la santé de leur enfant, conduit à exclure les pères, ce qui en retour renforce leurs difficultés à être pères puisqu'il leur est impossible de profiter de la guidance parentale. Une sorte de cercle vicieux se met en place au cœur duquel les pères, à l'image du père de Faraj, peuvent se sentir plus ou moins dépassés. Ces résultants font d'ailleurs écho aux conclusions de Sarra Mougel qui a observé que les pères moins présents à l'hôpital sont moins en mesure d'y apprendre le rôle de sentinelle attendu d'eux, avec pour conséquence que ce rôle est plus spontanément confié aux mères lorsque les deux membres du couple sont présents.

Être parent, être père, c'est aussi se soucier de son fils. Si j'ai dit que le désengagement des pères est souvent abordé sous l'angle du désintéressement, j'ai aussi montré que cette absence a de multiples raisons et qu'elle résulte d'une construction sociale complexe, à laquelle chacun participe, y compris les professionnelles se plaignant de ne pas voir les pères. L'engagement émotionnel des pères, comme celui de Faraj ou de Mufida dont je parlerai après, est pourtant réel, mais ils ne sont jamais entendus, jamais rassurés. Face à moi, durant les quelques rares moments où nous avons pu nous retrouver ensemble, ils se dévoilent, s'exposent. Lorsque je demande comment ont réagi la grand-mère et la tante maternelles de son fils qui étaient présentes lors de la première crise, il répond :

« Elles ont mal réagi. Elles l'ont pris vraiment comme des insultes, elles auraient mieux aimé que je le réprimande, que je lui crie après, que je leur fasse justice car elles ont été outrées quand il les a insultées mais lui il ne s'en rappelle pas ; et non, moi je ne peux pas le faire. Elles voulaient que je le tape – Non ! Elles n'ont pas compris qu'il était en crise et qu'il peut dire n'importe quoi. Délirer et faire tout ce qui lui passe par la tête, il le jette comme ça. Elles n'ont pas compris.

Le père se montre particulièrement sensible à la réaction de la grand-mère et de la tante de son fils. En répondant à ma question, il s'expose, livre une partie de ses sentiments, une forme de colère à l'égard de la famille et de la manière dont elle souhaiterait voir Faraj corrigé pour ses comportements. À propos de sa relation aux hommes sur son terrain de recherche dans les montagnes de l'Atlas, Béatrice Lecestre-Rollier raconte comment elle a tenu un rôle de « confidente auprès des hommes », notamment en raison, analyse-t-elle, de « sa position d'observatrice, extérieure à la société locale » (Lecestre-Rollier, 2011, p. 147). Je ne sais pas si j'ai joué ce type de rôle, du moins pas avec la teneur rapportée par Béatrice

Lecestre-Rollier, mais j'ai pu accueillir, à différents moments, des pensées, des émotions que les hommes sont rarement amenés à dévoiler en public ou même en privé – comme les femmes d'ailleurs. Cette pudeur est le signe « d'un contrôle des émotions », la capacité – obligation sociale – de « faire face » (*Ibid.*, p.148). En se dévoilant ainsi, le père de Faraj a pu, à l'image de son épouse, partager avec moi le souci qu'il se faisait pour son leur fils et ses propres tentatives pour faire au mieux.

Si, pour les professionnelles, il est impossible de collaborer avec certains pères, il est certain que ma position d'anthropologue m'a offert une place privilégiée pour accéder à eux.

6.4.2. Une collaboration impossible

6.4.2.1. *Le père d'Amar*

Le père d'Amar (7 ans) est venu nous chercher, Lamia et moi, au point de rencontre où Aicha nous avait donné rendez-vous. Il conduit vite et arrive rapidement, klaxonne à plusieurs reprises. Dans la voiture, nous parlons d'abord de mon arrivée au Maroc, de mon niveau d'arabe, de ce que j'aime et n'aime pas. Nous n'abordons pas du tout le sujet de l'hôpital ou d'Amar. Comme je le comprends, il rentre du travail – il est maraîcher. Lorsque Lamia et moi nous asseyons dans le salon, reçues par Aicha et Amar, le père est absent. Il va et vient entre la salle d'eau et la chambre à côté du salon. Au bout d'un certain temps, il se joint à nous au salon. Ayant déjà un peu conversé avec sa femme, naturellement, au bout d'un moment, je lui pose une question. D'emblée, il dit qu'il vaut mieux demander à sa femme, parce que lui ne « sait pas », « ce n'est pas son domaine ». Quand j'insiste en disant que je souhaite également entendre ce qu'il a à dire car, même s'il ne peut pas se rendre à l'hôpital, il voit Amar à la maison et qu'il peut dire si des choses ont changé depuis que son garçon est suivi à Al-Balkhi, il se met à parler : à partir de ce moment, il reste avec nous jusqu'à la fin de l'entretien, et une forme de complémentarité entre ses explications et celles d'Aicha se perçoit. Quand la mère raconte qu'elle attachait Amar à la table (et avant lui ses frères), il précise que c'était pour qu'ils ne cassent pas toute la vaisselle ; au sujet de ses fuites chez les voisins, il raconte par exemple que Amar vole les sandales ; puis il rend compte des rivalités entre frères, les bagarres. Au sujet des troubles d'Amar, il dit « nous acceptons la situation » et il regrette plus tard de ne recevoir « que peu d'assistance à

l'hôpital ». Il dit ne pas constater de grand progrès avec le suivi engagé à l'hôpital, et alors qu'il demande à l'un des frères présents avec nous au salon d'aller chercher les livres qu'ils ont achetés pour Amar, il commence une sorte de démonstration de ce que Amar sait ou ne sait pas faire. Cet instant nous donne l'occasion de voir qu'il connaît les capacités de son fils, mais aussi qu'il développe des stratégies, comme il nous l'explique, pour faire travailler Amar. Au retour, il nous raccompagne, Lamia et moi. C'est à ce moment qu'il nous parle de son autre fils, également suivi à Al-Balkhi. Il ne rentre pas dans les détails, mais il nous explique qu'il a commencé à avoir des pensées étranges, qu'il pensait beaucoup « trop » à Dieu : les médecins lui ont fait des piqûres et il va mieux désormais. À l'instar du père de Faraj, cette rencontre montre que lorsqu'il est considéré comme un interlocuteur de choix, possédant un savoir à partager, le père nous livre son point de vue sur ce qu'il vit avec son fils. Des liens se tissent, les langues se délient.

6.4.2.2. *Amir, le père de Rezik*

Amir, le père de Rezik (10 ans), comme celui d'Amar, n'est jamais venu à l'hôpital. Dans le discours de leurs épouses, face aux professionnelles, ils sont relativement absents. Du reste, cela constitue leur seul point commun car leurs situations sont très différentes. Dans un article consacré à l'expérience des parents, et notamment des pères d'enfant avec des « developmental disabilities », Hastings et Taunt exposent que pour certains d'entre eux, s'occuper de leur enfant a été un « enrichissement personnel » (*personal growth*) (Hastings & Taunt, 2002). Cette expression semble décrire assez bien la manière dont Amir raconte son histoire, et celle de son fils, depuis sa naissance. Comme je l'ai évoqué précédemment, cet homme détient une licence de biologie mais, faute d'opportunité professionnelle, il est désormais chauffeur de tramway – un travail qui, commente-t-il, est bien car il a un salaire décent et il connaît ses horaires de travail à l'avance : il me montre son emploi du temps, qu'il obtient d'un mois à l'autre, et il me précise que cette visibilité lui permet, au niveau familial, de s'organiser avec précision. Cette gestion du temps est pour lui cruciale car il s'agit de passer le plus temps de possible à la maison pour être avec Rezik ou pour travailler pour lui. Il explique que depuis que son deuxième enfant est né, il n'a cessé de faire des recherches.

Des recherches... pour connaître ce dont Rezik souffre... pour trouver les médecins compétents, c'est-à-dire savoir à qui s'adresser : un pédiatre, un neuropédiatre, un psychiatre... pour identifier les bons médicaments et les éventuels compléments alimentaires ou vitamines qui peuvent aider... pour déterminer quelle thérapie mener, comme l'orthophonie, la psychomotricité ou d'autres spécialités... Je comprends alors que le long parcours de soins emprunté par Rezik est le reflet du travail médical accompli par ce père : pour Amir, chaque problème a une solution, ou du moins, comme il le confirme, il continuera sans cesse ses recherches pour savoir si le meilleur est mis en place pour son fils.

Lors de notre échange, je comprends que l'assurance de Meryem en séance et en consultation s'est aussi construite aux côtés de cet homme, père dévoué qui passe, comme il me le raconte, la plupart de son temps libre à lire des recherches sur Internet pour comprendre, pour trouver, pour s'assurer que le traitement et le suivi mis en place pour son fils sont adéquats. Si le père est absent de l'hôpital, je comprends alors que la mère y est son émissaire (elle a fini l'école obligatoire (de 7 à 13 ans) et n'a pas poursuivi au-delà de ce cursus).

6.4.2.3. *Mourad, le père de Mufida*

Je n'ai réalisé aucun enregistrement avec Mourad, le père de Mufida (11 ans), alors que j'ai passé beaucoup de temps chez lui avec son épouse et ses enfants. Il n'est pas souvent présent car il est chauffeur de taxi et il semble travailler beaucoup – et notamment le soir où, d'après ce qu'il dit, les courses payent mieux. Nous ne nous sommes jamais retrouvés seuls chez lui et il n'est jamais venu à l'hôpital. Mais le fait qu'il parle français et que ni Mufida, sa fille, ni Jahida, son épouse, ne maîtrisent cette langue, l'a conduit, à quelques moments, à me confier ses questions sur le traitement suivi, tant médicamenteux que psychothérapeutique ; le pronostic éventuel et s'il était possible d'espérer qu'elle aille un jour mieux ; ses doutes sur sa responsabilité et les causes de ce que Mufida vivait. L'intimité partagée au domicile de la famille, des jours et des nuits passées chez eux, des mois durant, d'une année à l'autre (soit environ un mois consécutif), a certainement encouragé Mourad à *me* parler. Peut-être ai-je été une confidente.

De ce père, je retiens son sentiment de culpabilité vis-à-vis de ce que Mufida traverse. Sûrement est-ce à cause de ce qu'elle a vécu quand elle était petite, de l'atmosphère à la maison ? Il raconte qu'il était violent avec sa femme et avec sa fille : elle voyait tout, elle entendait tout, les disputes, les pleurs de la mère ; tous les objets de la maison, cassés. À l'époque, il buvait, il était souvent saoul et il ne contrôlait pas ce qu'il faisait. Et puis le manque d'argent : il ne donnait pas d'argent à Jahida et il dépensait tout dans les paris, les jeux de cartes. Son épouse et sa fille n'avaient pas grand-chose pour vivre.

À cet instant (début 2015), je porte le secret dont il n'a pas connaissance – les attouchements sur Mufida lorsqu'elle avait quatre ans. Son discours serait-il différent s'il en était informé ? Dans le courant de la même année, Jahida lui apprendra la vérité. Elle me dit qu'il a voulu aller voir l'homme en question mais que Mufida ne s'en rappelant pas, il vaut mieux s'en abstenir pour son bien.

Désormais, sans qu'il ne m'ait commenté les raisons de ce changement, tout ce qu'il fait est pour Mufida et pour la petite dernière, Zineb (Nour n'est pas concernée, ou du moins pas directement car elle ne vit pas sous le même toit²⁴¹). Mourad tente de mettre en place des actions concrètes : rentrer pour les repas ; ne pas boire ou fumer quand il est à la maison ; rester calme, ne plus s'énerver ou être en colère ; jouer avec ses filles – du moins avec Zineb, âgée de cinq ans, avec qui il veut bien faire. Il dit essayer de parler avec Mufida : il lui a dit qu'elle peut tout lui dire et qu'il l'aime. Il insiste : c'est pour Mufida qu'il a promis d'arrêter de boire et de dépenser l'argent de la famille. Il ne m'en dit pas plus sur les raisons qui l'ont poussé à décider de changer.

Cette culpabilité, également présente dans le discours de Jahida, a amené les parents à se diriger vers d'autres solutions thérapeutiques pour que la famille puisse, ensemble, participer et trouver des solutions. Songeant à leurs éventuelles responsabilités vis-à-vis des problèmes rencontrés par Mufida, ils déploient d'autres activités pour agir sur les causes qu'ils ont identifiées. Si, comme ils le conçoivent, le problème est familial, alors le médecin ne pourra pas améliorer seule la situation. La thérapie ne peut être individuelle, à l'image de la consultation hospitalière : « Nous aussi on fait quelque chose », glisse la mère.

²⁴¹ Pour rappel, Nour vit chez ses grands-parents maternels depuis que Jahida a décidé de ne plus mettre ses enfants à garder chez une nourrice en raison des attouchements subis par Mufida dans ce contexte.

Cette manière d'aborder les problèmes de Mufida donne donc lieu à des soins complémentaires. Si les activités thérapeutiques hospitalières ne sont pas directement suivies, en présentiel, par le père, Mourad, Jahida et Mufida ont néanmoins mis en œuvre d'autres thérapies dans lesquelles la place du père est centrale, et cela à un double niveau : d'une part par sa participation active aux pratiques de soins, et d'autre part par ses démarches pour que des thérapies alternatives aient lieu. Ainsi, la culpabilité a été génératrice d'autres formes d'engagement, notamment paternel.

Lors du premier entretien à domicile, Jahida et Mufida ont commenté les activités pratiquées à la maison, ensemble, pour aider cette dernière à aller mieux. Les lectures coraniques en font partie et visent à « *donner de l'espoir et chasser les mauvaises pensées* » de l'enfant. Quelques mois plus tard, lors d'un séjour chez eux, Jahida, Mufida et Mourad racontent qu'ils voient un *fquih*²⁴² afin d'être accompagnés dans les lectures coraniques, avec l'objectif que « ce soit plus efficace ». Père, mère et fille ont participé à plusieurs séances (« tout le monde ensemble, en famille » précise Jahida), en présence du *fquih*, pour des lectures du Coran et autres rituels. Je n'ai pas assisté à ces moments, mais ils les ont décrits : « J'ai beaucoup pleuré » (mère et fille), « j'ai pu dire ce que j'avais sur le cœur » (père et fille), « cela aide beaucoup » (père, mère, fille), « ça fait du bien » (mère) – des événements « très forts » et apparemment positifs selon leurs dires²⁴³. En présence de Mufida et Jahida, Mourad est plus en retrait ; il laisse la parole à son épouse et à sa fille et se contente de quelques signes de tête ou de mots, soit pour confirmer soit pour traduire en français un mot que je ne comprends pas. Je retrouve les automatismes d'effacement et d'auto-exclusion similaires à ceux du père d'Amar lorsqu'il s'agit de parler de soins, même lorsque ceux-ci sont familiaux et ont été pensés dans une perspective inclusive, et même avec Mourad qui peut pourtant être loquace avec moi au regard de la situation de sa fille.

Ce retrait transparait également lorsque je leur demande comment ils ont trouvé le *fquih*. Jahida m'explique que Mourad le connaît, qu'il est son patron, et plus exactement le propriétaire de la voiture taxi qu'il conduit. Jahida ajoute : c'est « un homme très gentil et

²⁴² Guérisseur dont les pratiques considérées thérapeutiques s'appuient sur des séances de lecture du Coran.

²⁴³ Comme beaucoup d'autres moments vécus en famille, cet instant n'a pas été enregistré. Sa restitution repose donc sur les quelques notes, par mots clés, prises dans les heures ou dans les jours qui ont suivi. Si j'ai retenu les phrases que j'ai estimées importantes, les finesses ethnographiques font défaut. De même, l'attitude d'Amir, plus en retrait, ne se perçoit pas dans ce compte-rendu, car j'ai finalement choisi de mettre en avant les sentiments partagés par les familles, qui à cet instant, semblaient essentiels. Mais j'ai conscience que l'auto-exclusion dont il est question n'est pas nécessairement perceptible pour le lecteur.

fiable », Mourad acquiesce. Ce détail vis-à-vis du recrutement du *fquih* est fondamental car il met à jour une autre forme d'engagement du père de Mufida : il suppose qu'avant que le *fquih* ne vienne au domicile familial pour pratiquer la thérapie, Mourad a sollicité l'aide de son patron et lui a expliqué la situation vécue par sa fille. Les réseaux de sociabilité de Mourad et sa capacité, à un moment de son parcours, à s'exposer, ont donc permis de mettre en œuvre des activités thérapeutiques complémentaires pour permettre à la famille de trouver, ensemble, des solutions.

Cette diversité signale l'existence d'interactions entre les différents secteurs du système de santé (Kleinman, 1978). Le concept de pluralisme thérapeutique dans les trajectoires des patients (Benoist, 1996b) met en lumière la multitude des actions des patients et de leurs proches pour faire face à un problème. L'histoire de Mufida et de ses parents éclaire cette réflexion, certes succincte dans mon travail de thèse car marginale, ou disons invisible sur mon terrain, à l'exception de cette expérience ici partagée. Cependant, ce pluralisme m'est apparu primordial afin d'illustrer le propos énoncé en début de chapitre : l'absence des pères est manifeste dans le contexte hospitalier, mais en dehors de celui-ci, leur engagement devient évident et prend d'autres formes que ce qui est attendu ou imaginé des professionnelles – notons que la Dre Majd était informée de ces pratiques et les valorisait pour la mobilisation familiale qu'elles impliquaient.

6.5. Conclusion

J'ai montré la manière dont, au cours des dernières décennies, la place et le rôle des parents vis-à-vis de leurs enfants avaient changé, notamment au regard des fluctuations des connaissances psychiatriques. Comme l'ont mentionné plusieurs auteurs cités, ils sont passés du statut de coupables à celui de responsables. De ces changements identifiés, la notion de parentalité a émergé et évolué pour refléter, selon les époques, les attentes pesant sur les parents autour de leurs manières de prendre soin de leur enfant. Aujourd'hui, la parentalité est étudiée selon deux orientations : soit comme un programme de soutien et/ou éducatif à destination des parents, selon la perspective médicale, soit comme une injonction contemporaine à la soumission des parents aux savoirs et regards experts de la petite enfance.

Dans un tel contexte, la guidance parentale, faite de programmes et de formations à destination des parents, est venue s'inscrire comme une pièce maîtresse des thérapies en

pédopsychiatrie – reflet du travail sur soi que les parents doivent accomplir s'ils veulent accompagner leur enfant vers un changement. À Al-Balkhi, les temps de guidance sont des instants durant lesquels les professionnelles expliquent aux mères ce qu'elles doivent faire et comment le faire. Reprenant la différence établie par certains auteurs s'étant intéressés exclusivement à la guidance dans le cadre de l'autisme, je constate que la guidance pour les parents rencontrés à Al-Balkhi est plutôt de type éducatif, comparativement à des approches dites de soutien – du moins ce n'est pas l'objectif premier des professionnelles. Selon les mères, les tentatives pour aborder des aspects plus subjectifs de leur expérience sont souvent bottées en touche par les professionnelles, qui ont pour objectif de se recentrer sur la mère et l'enfant. Sans son enfant, la mère n'est pas mère, et le travail est avant tout mis en place pour ce dernier. Cependant, j'ai aussi nuancé ce propos en évoquant justement que selon les mères et leurs possibilités d'expression face aux professionnelles, ces temps de guidance pouvaient être des moments semblables à des moments de soutien. Comme je l'ai déjà évoqué dans les conclusions d'autres chapitres, je constate que ce qui est souvent associé, dans la littérature scientifique, à un trouble (par exemple l'autisme et la guidance parentale), peut en fait se vérifier dans la gestion d'autres troubles – par exemple ceux discutés dans mon travail (l'hyperactivité, les troubles oppositionnels, mais aussi la dépression ou la suspicion de schizophrénie infantile). Les valeurs, normes et affects gravitant autour de la figure et du statut des enfants et adolescents semblent être explicatifs de cette posture, l'ensemble des approches thérapeutiques conduisant les professionnelles et les parents à cadrer, de manière relativement stricte, les thérapeutiques jugées bénéfiques pour les enfants. La guidance joue donc un rôle crucial car elle assure que les parents seront des cothérapeutes à même de faire grandir leurs enfants, êtres en devenir sous la tutelle des adultes.

Enfin, la description des séances de guidance a mis en évidence la place particulière des pères dans la clinique pédopsychiatrique pratiquée à Al-Balkhi. Domaine de prédilection des femmes, la santé des enfants n'est pas un sujet sur lequel les pères sont attendus, ce qui conduit à des formes d'exclusion mais aussi, parfois, d'auto-exclusion. Les quelques rares pères présents à la clinique ne sont pas reçus pour la guidance, ce qui leur ferme l'accès à des connaissances qui pourraient faire d'eux, au même titre que leurs épouses, des parents experts : l'égalité homme-femme, y compris dans le domaine de la santé des enfants, n'est pas de mise. L'apport du choix ethnographique montre donc ici toute sa pertinence, car les moments partagés avec les familles, loin de l'hôpital, m'ont permis de rencontrer les pères qui, *in fine*, s'avèrent être, chacun à leurs manières, engagés pour l'aller mieux de leur enfant.

À ce titre, mes conclusions révèlent que l'adjectif « paternant » a toute sa place pour décrire ces nouvelles formes de parentalité, dans lesquelles maternité *et* paternité se reconfigurent autour de la maladie d'un enfant.

Partie IV

Du souci de soi au souci des autres

Quand les bénéficiaires de *care* deviennent pourvoyeurs de *care*

Chapitre 7.

Faire famille, maintenir la vie ?

Dans quelles mesures les activités entreprises à l'hôpital contribuent-elles à changer ce « quelque chose qui ne va pas » à la maison ? Si une continuité du processus thérapeutique clinique a lieu, comment se poursuit-elle au quotidien ? Quels sont les effets des apprentissages – apprendre à être un enfant ou un adolescent compétent et apprendre à être parent de ces enfants aux besoins spéciaux – sur et dans la famille ?

Ce chapitre est l'occasion, au travers du quotidien des familles, de comprendre comment les valeurs, normes et affects de la pédopsychiatrie transmis par les acteurs de l'hôpital circulent au domicile. Faisant usage, comme dans une large partie de ce travail, de l'éthique du *care* et de la conception pratique de la morale qu'elle défend, je montre la matérialité de cette circulation et je réaffirme, avec un autre angle de vue, dans quelle mesure les enfants et les adolescents sont en partie responsables de la thérapie à laquelle ils participent. Je m'attache à décrire les transferts d'outils thérapeutiques de l'hôpital au domicile des familles, leurs usages complémentaires, invisibilisés, contradictoires, ou parfois même leur non-usage, entre les enfants ou les adolescents et/ou leurs parents, dévoilant ainsi cet autre versant de la responsabilité des enfants et des adolescents (*taking care of, caring for*) en tant que travailleurs du *care*. De ces pratiques de transfert naît l'idée que les enfants et les adolescents sont des passeurs (statut anticipé au sujet des adolescents) ou des contrebandiers (en ce qui concerne les enfants), acteurs nécessaires mais invisibles du travail thérapeutique dans son ensemble.

J'analyse ensuite les effets du transfert des pratiques de soi dans le quotidien, montrant que si des changements ont lieu, ils sont donc le résultat de différentes combinaisons d'actions et d'usages des outils thérapeutiques devenus ordinaires dans le quotidien. Les compétences éthiques des enfants et des adolescents révélées dans le chapitre 5 se déploient

et s'actualisent au fil des allers-retours entre les espaces. M'appuyant sur Michel Foucault toujours, je montre que les « savoirs locaux » générés et accumulés par l'usage des outils thérapeutiques donnent aux enfants et aux adolescents une puissance d'agir plus ou moins en accord avec leurs parents. Ainsi, malgré leur statut de catégorie soumise et dépendante de leurs parents, les enfants et les adolescents apparaissent comme des acteurs de changement.

De plus, le passage au domicile dévoile un autre aspect essentiel du *care* resté jusqu'à présent dans l'ombre : le travail de *care* des enfants et des adolescents (*care giving*) qu'il confère aux membres de leur famille, principalement aux mères et aux sœurs. De fait, si les enfants et les adolescents continuent d'être l'objet de soins (*care receiving*), se profile également l'idée qu'ils répondent aux besoins de leurs familles en leur prodiguant des soins. Cette autre manière d'aborder les situations nous oblige, ainsi que nous y invitent les éthiques du *care*, à voir ce qui est visible à nos yeux au-delà des *a priori*, et à envisager d'autres dyades pourvoyeur/bénéficiaire en ne portant pas notre attention systématiquement sur le plus puissant (J. Tronto, 2009, p. 48) (p.48). Je conclus que si cette dynamique de changement a certes été initiée et portée par le monde médical (des changements ont lieu sous l'impulsion des outils thérapeutiques), elle entraîne par ailleurs un phénomène d'appropriation par les familles, qui contribuent ainsi à la création d'un bricolage singulier. Dans la clinique, il était d'ores et déjà évident qu'enfants, adolescents et parents n'étaient pas des bénéficiaires passifs de la guidance et des conduites à tenir, mais le changement d'environnement décuple leur capacité à faire attention à, à se soucier de, et à improviser. À l'extérieur d'Al-Balkhi, je suggère que par leur créativité, ils travaillent au « maintien de la vie » que définit la théorie du *care*.

Avant de montrer que les « enfants », en tant que catégorie socialement uniforme dans les théories du *care*, font partie de la pluralité des « voix différentes » et dispensent du *care* (troisième phase), je résumerai de manières succinctes les éléments apportés dans les chapitres précédents concernant leur participation aux trois autres phases du *care* : se soucier de (phase 1), se charger de (phase 2) et être objets de soin (phase 4). Là où les théoriciennes du *care* tendent, semble-t-il, à essentialiser « les enfants », il paraît important d'insuffler davantage de nuances autour des descriptions des pratiques de *care* du quotidien. Comme dans les autres chapitres, je souhaite donner à voir ces voix silencieuses. Néanmoins, je rappelle que montrer que les enfants, selon leur singularité propre, sont des travailleurs du

care (des dispensateurs) ne correspond pas à nier ou à réfuter le fait qu'ils soient *aussi* des récepteurs de *care*.

7.1. De l'hôpital...

7.1.1. *Prendre soin des enfants, la pédopsychiatrie comme économie morale contemporaine (chapitres 3 et 4)*

Dans les chapitres précédents, j'ai examiné les inquiétudes des parents envers leurs enfants et leur choix de les emmener en consultation, et j'ai montré la façon dont les perspectives parentales (complexifiées selon le genre du parent) et professionnelles convergeaient parfois ou, au contraire, s'opposaient dans le *prendre soin* des enfants. Des valeurs, normes et affects dominant la conception du *care giving* aux enfants et aux adolescents (Lézé, 2013, p. 117) (naissent une multitude de préoccupations et de pratiques singulières qui s'articuleront autour des enfants et des adolescents pour travailler à leur guérison et/ou aller mieux : parfois, des collaborations impossibles mèneront vers des voies sans issue, laissant le soin aux familles de trouver d'autres alternatives pour apporter mouvements et soulagements à leur vie ; parfois, les attentes convergeront et nourriront les ententes entre parents et professionnelles, favorisant la prolongation des suivis (hors du délai de quinze séances d'orthophonie ou de psychomotricité normalement recommandées par le chef de service).

7.1.2. *Apprendre à être un enfant ou un adolescent compétent ; apprendre à être les parents d'un enfant ou d'un adolescent aux besoins spéciaux (chapitres 5 et 6)*

Pour la suite du raisonnement, je me suis tournée vers Michel Foucault et les théoriciennes du *care* – l'ensemble de ces auteurs s'intéressant au travail sur soi et à la morale comme langage ou comme pratique dans le quotidien –, afin de comprendre et d'analyser le « souci de soi » dont les enfants et les adolescents font preuve à l'hôpital (chapitre 5). Les « pratiques de soi » sont apparues comme la manifestation du souci de soi, de la thérapie et de ses effets – *caring about someone and/or something* –, soit la phase 1 du *care* que Joan Tronto définit

comme « la reconnaissance de la nécessité d'une existence d'un besoin et la possibilité d'y apporter une réponse » (référence, page ?). J'en ai conclu l'existence d'une qualité morale de l'attention (à soi, à l'autre et aux objets) chez les enfants et chez les adolescents. Comme le propose l'éthique du *care*, j'ai perçu leur possibilité d'apporter une réponse, comme la capacité à agir des enfants en thérapie, soit la phase 2 du *care* (« *care for* » ou « *taking care of something* »). En effet, leur engagement dans le travail médical a dévoilé leur capacité à « assumer une responsabilité » qui m'a amenée à les qualifier de travailleurs du *care*. Ce statut reflète la (part de) responsabilité qui leur est attribuée dans la thérapie, responsabilité entendue par Joan Tronto comme le « corollaire moral » de la possibilité de reconnaître un besoin (phase 1) et d'agir conséquemment (chapitre 5).

Dans le chapitre 6, je me suis attardée sur la guidance parentale, comme autre type de « pratique de soi » cette fois destinée aux mères et accomplie principalement par elles, sommées qu'elles sont par les professionnelles d'Al-Balkhi de mettre en œuvre cette dernière si elles veulent faire de la thérapie pour leur enfant un succès. Dans le modèle de guidance parentale étudié, les parents (et tout particulièrement les mères) sont responsables du maintien d'un cadre « adéquat et stable », avec une (em)prise plus ou moins directive selon l'âge des enfants ou des adolescents. Comme leur enfant ou leur adolescent, les mères ont été encouragées à modifier leurs manières d'être et d'agir et à travailler leurs compétences parentales afin qu'elles correspondent à des activités de *care* en adéquation – selon les connaissances des professionnelles – aux besoins impliqués par le diagnostic formulé. De fait, selon la logique médicale, si les enfants ou les adolescents ont appris à manipuler des outils à l'hôpital, les mères, et dans une moindre mesure les pères, sont également supposés façonner plus ou moins « le cadre » qui doit permettre le déploiement des apprentissages hospitaliers enfantins ou adolescents à la maison. Dans ce modèle, la dépendance entre parents et enfants est considérée comme hiérarchique, les parents étant les figures d'autorité et les enfants devant (s')intégrer (dans) le cadre parental.

7.2. Au domicile...de *care receivers* à *care givers*

Je suggère que le travail thérapeutique s'effectue à travers la participation des enfants et des adolescents à leurs propres trajectoires médicales, notamment à travers leur appropriation d'outils thérapeutiques pour la gestion quotidienne du trouble pour lequel ils

ont été diagnostiqués. En effet, une fois à la maison, les enfants démontrent des compétences renforcées dans la gestion de leur projet thérapeutique, parfois même au-delà des attentes ou des capacités professionnelles et parentales (Christensen & Prout, 2005; Hejoaka, 2012). Cet élargissement des compétences est rendu possible par l'acquisition et la mise en œuvre d'outils thérapeutiques et l'émergence corrélative de « savoirs locaux » (Foucault, 2012).

En me référant au concept d'outils ordinaires développé par Peter Becker et William Clark (Becker & Clark, 2001), j'ai défini au chapitre 5 les outils thérapeutiques comme les « rapports, protocoles, dossiers, questionnaires et tableaux [...] techniques de collecte et de stockage des connaissances » qui sont utilisés pour « planifier, étudier, examiner et juger » un objet (*Ibid.*, p.1). Au niveau clinique, ces outils ordinaires sont utilisés pour planifier le travail thérapeutique, suivre les « comportements », examiner leur apparition et pronostiquer une récupération potentielle : ce sont les tableaux, les calendriers, les cahiers de notes que professionnelles, parents et enfants ou adolescents ont mis au point durant les consultations et séances (chapitre 5). Du point de vue des professionnelles, l'utilisation de ces outils thérapeutiques représente la possibilité de guérison, de contrôle de l'évolution de la maladie ou d'évitement du risque d'aggravation de la situation. D'un point de vue anthropologique, je suggère que ces outils ordinaires ont un impact plus large que « collecter et stocker des connaissances (médicales) » (*Ibid.*, p.1). Ils sont, d'une part, les techniques qui appuient le « déchiffrement de soi sur soi » (Foucault & Fassin, 2013, p. 71) (Foucault, 1983, in Fassin, 2013, p.71), constituent le support des « pratiques de soi » et participent donc, par la production de savoirs nécessaires, à la subjectivation du sujet – éléments d'ores et déjà abordés dans les chapitres précédents. D'autre part, me référant à la conception du pouvoir et du savoir de Michel Foucault et aux idées qu'il a développées sur les savoirs assujettis ou disqualifiés – « un savoir particulier, un savoir local, régional, un savoir différentiel, incapable d'unanimité » (Foucault, 2012) –, je considère que ces outils, utilisés dans un autre « cadre » (au sens de Goffman), résultent en la définition de nouvelles configurations familiales. Partant du sens que Michel Foucault attribue aux savoirs locaux, à savoir qu'il s'agit de « tout un ensemble de savoirs disqualifiés comme insuffisants [...] situés en bas de la hiérarchie sous le niveau requis de cognition ou de scientificité » (*Ibid.*), je conceptualise l'utilisation à domicile d'outils thérapeutiques comme la production de « savoirs locaux » et je perçois leurs effets sur les pratiques éducatives des parents et les possibles remises en question ou modifications de celles-ci par les enfants ou adolescents. Je réfléchis ainsi aux

conséquences sociales de ce type particulier de savoirs développés par les enfants ou les adolescents et leurs parents pour/dans la gestion des troubles.

La référence aux concepts foucauldien de « savoir local » et de « résistance » en parallèle du *care* répond à une double contrainte que je souhaite contourner. Premièrement, comme je l'ai expliqué, mon travail est largement inspiré par la recherche, les conclusions et les débats survenus dans le domaine des études sur l'enfance. Conformément au paradigme constitutif de ce domaine, il serait facile de lire ma thèse comme une autre tentative de démontrer que les enfants ont le pouvoir d'agir sur leurs trajectoires de prise en charge, éludant ainsi des questions sur la définition du pouvoir d'agir ou sur l'implication de parler d'*agency*. Dans une analyse des réflexions actuelles sur l'*agency*-structure, « un couple incontournable » (Garnier, 2015a, p. 164), Pascale Garnier rappelle que la recherche sur l'*agency* est encadrée par « un travail d'administration de preuves empiriques et un jugement de valeur sur différentes conceptions de l'enfance » (*Ibid.*, p.166). Considéré comme un « *a priori* social et politique » (*Ibid.*), l'acte d'étudier l'agentivité des enfants correspond, selon cette auteure, à un essentialisme envers les enfants pour lesquels l'agentivité est définie comme une caractéristique intrinsèque, une disposition qu'ils ont (*Ibid.*). Mon recours à Michel Foucault et à l'éthique du *care* est une tentative de contourner le « couple incontournable » en analysant et en théorisant les activités des enfants ou des adolescents et de leurs parents, dans une perspective de la morale ordinaire. Les descriptions de leurs pratiques et les enjeux inhérents se perçoivent sous un nouvel angle, celui du maintien de la vie. Deuxièmement, comme le soulignent Pascale Garnier et d'autres chercheurs (Lancy, 2012; Lee, 2001; Vandebroek & Bie, 2006), un autre biais est lié au contexte de production du concept lui-même : en effet, l'approche de l'agentivité de l'enfant est largement développée en référence à ce que signifie être un enfant dans les contextes européen et nord-américain. Réfléchissant notamment à la « négociation » et à des concepts tels que « les enfants en tant qu'acteurs sociaux et participation des enfants », Michel Vandebroek et Maria Bouverne-De Bie dénoncent la domination des « normes blanches, occidentales et bourgeoises » dans les publications sur les enfants et l'enfance (Vandebroek & Bie, 2006, p. 137). Gardant en tête la domination de ces perspectives que David F. Lancy qualifie d'impérialistes culturelles (Lancy, 2012), j'ai eu l'intention de produire quelque chose de différent et de nouveau : l'outil ordinaire, prise et support de la puissance d'agir des enfants, en tant qu'objet concret, donne à voir comment ces manières d'être et d'agir se déploient

dans le contexte de vie familiale (non-occidental). Le choix de cette perspective produit alors une approche nécessairement située et circonscrite de ce qui est appelé « *agency* », ramenant cette dernière à une pratique quotidienne au niveau du « raboteux de l'ordinaire » (Wittgenstein in Laugier, 2009b, p. 81). En observant comment les enfants et les adolescents ont modifié les pratiques éducatives des parents dans un contexte non occidental, j'ai ainsi pu documenter comment *d'autres formes d'être et d'agir* des enfants et des adolescents sont produites et exercées au lieu de la considérer comme une capacité donnée – la pensée de Michel Foucault fournissant les concepts pour décrire la « capacité à changer » ou la puissance d'agir des sujets (enfants, adolescents et adultes).

Tout au long de ce travail, j'observe l'entrelacement des relations entre les enfants, les adolescents et les adultes en prenant soin de les penser comme je les observe, à savoir comme le tissage d'un même monde partagé, en évitant la dichotomie « monde des enfants/des adolescents » et « monde des adultes » ; je montre, par la circulation des outils ordinaires que les relations parent-enfant sont un mouvement circulaire plus que hiérarchique et que, selon les contextes et les moments, les ajustements sont réciproques, signe d'un accord (Laugier, 2009a) alors qu'ils peuvent, dans d'autres cas, demeurer en conflit (J. C. Tronto, 2008)(Tronto, 2008). Je mets à jour leur interdépendance devenue visible pour et par la mise en œuvre du travail médical qui leur est certes demandé dans le cadre de la thérapie, mais qui est aussi une réponse au souci initial les ayant conduits à l'hôpital. En guise de conclusion, j'imagine que ce souci de « faire famille » initialement porté, du moins de ce que j'en ai entendu, par les parents, semble être l'affaire des enfants et des adolescents dont je dévoilerai au travers de leurs « motifs moraux » qu'ils contribuent, *in fine*, à la préservation et au maintien de la vie (de famille).

Comme évoqué en introduction, l'une des originalités de ce travail consiste à explorer divers lieux, et notamment le domicile entendu comme lieu du quotidien et – exige, pour penser des « pratiques de soi » hors (des dispositifs de pouvoir) de l'hôpital, de puiser ailleurs, dans d'autres théories. Décrire et comprendre les activités thérapeutiques et les « pratiques de soi » hors des murs de l'institution a obligé tout autant qu'il a permis de penser autrement les situations de *care*, soit l'ensemble des 4 phases. Ce dernier chapitre est une ouverture sur l'intérieur familial et le déploiement des pratiques en son sein. Si la partie III s'est concentrée sur l'apprentissage du *care*, il s'agit dans cette dernière partie de voir comment et par qui les soins sont déployés et le *care* est dispensé au quotidien. Dans ce

chapitre, je suis les propositions de Sandra Laugier qui, à propos de l'éthique du *care* et de l'exploration des détails qu'elle nous conduit à réaliser, nous invite à mener « une sorte d'ethnographie morale qui laisserait leur place aux expressions propres des agents » (2009, p.82).

Dans la partie suivante, consacrée aux outils utilisés par les enfants dans le contexte familial, je m'intéresse en premier lieu à Rezik, Amar et Adil. En lien avec les présupposés professionnels et parentaux concernant le rôle des parents pour cadrer ces enfants et gérer ainsi la mise en place de leur travail thérapeutique à domicile, je montre que l'usage des outils, porté par les enfants, est plus ou moins valorisé selon les cas par leurs parents. Observant le transfert d'outils thérapeutiques entre l'hôpital et la maison, je considère les enfants et les adolescents comme des travailleurs du *care* domestique dans le sens où ils participent au maintien des relations familiales par le souci de soi et le souci des autres dont ils font preuve.

7.2.1. Rezik, un travailleur du *care* fatigué

En observant Rezik (10 ans) dans son quotidien, je perçois des changements de régime d'action semblables à ce qui a été initié à Al-Balkhi. En trouvant et en créant des espaces pour être autonome quand et comme il le souhaite, Rezik « apprend par lui-même », rompant ainsi avec l'injonction d'« apprendre par et avec » les adultes. Pour Rezik, prendre soin de lui permet aux autres de moins se soucier de lui, et se soucier de lui ne l'empêche pas de se soucier des autres. Des ajustements constants et une attention à soi et à l'autre sont mis en acte dans le quotidien.

Pour rappel, Nour et Amir, les parents de Rezik, aimeraient que leur fils contrôle sa logorrhée pour éviter, notamment à l'école, ce flot incessant de mots qui perturbe sa concentration et donc sa réussite scolaire. Ils ont à cœur qu'il puisse suivre une « scolarité presque comme les autres enfants ». De plus, ils souhaitent « qu'il puisse faire seul » des activités telles que manger, marcher, s'habiller ou encore écrire. Nour et Amir, dont les compétences parentales sont jugées adéquates par les professionnelles d'Al-Balkhi, ont pu

partager et s'accorder sur ces objectifs avec ces dernières. Ainsi, les activités thérapeutiques mises en œuvre poursuivent des objectifs communs – par exemple tenir un stylo et écrire, apprendre à compter en manipulant des petits pions tout en régulant son flot de paroles, marcher seul sans aide quelconque. De manière générale, alors que Rezik explique durant un entretien qu'il n'aime pas venir à l'hôpital, sa mère lui répond : « On est obligé de venir consulter notre médecin pour qu'on puisse continuer à écrire et à lire. Pour être un homme responsable. On ne vient pas pour rien. » Rezik ne répond pas, il semble absorbé par ce qu'il est en train de faire.

Un jour, avec Rezik et Nour, nous prenons le bus depuis l'hôpital pour nous rendre chez eux. Durant ce trajet relativement long (presque quarante minutes), je peux mesurer à quel point les passagers ou les passants dans la rue regardent ce garçon avec curiosité – soit franchement, sans le quitter des yeux pendant plusieurs secondes, soit du coin de l'œil pour (tenter de) ne pas être vu. L'accès aux sièges étant réservé aux mères portant des enfants en bas âge ou aux personnes âgées, Nour s'y conforme : Rezik reste tant bien que mal debout malgré l'état des routes, du bus lui-même et de la conduite énergique du chauffeur. Pour toute personne valide, maintenir sa position sans s'effondrer subitement sur un autre passager ou sur le sol est un défi. Il faut se cramponner, mais Rezik ne sait pas et ne peut pas le faire : son corps, ses muscles sont trop fragiles, pas assez forts – pas encore. Alors Nour, debout derrière lui, assure son maintien, lui offre un appui ; un réconfort que je perçois double, physique et émotionnel. Grande de taille, un peu ronde, Nour est forte et solide : sur ses joues rebondies, un large sourire semble défier l'air de pitié ou de tristesse qui voile les visages des passagers. Nour parle avec Rezik, entretenant la conversation comme pour montrer qu'il sait parler, qu'il comprend – que son retard est simplement physique et pas mental. Son corps vacille en raison de la faiblesse généralisée de ses muscles mais son esprit, comme pris au piège dans cette enveloppe charnelle fragile, est doucement combatif. Rezik observe, se maintient. Il est aux aguets, essaie de contrôler son corps qui, trop souvent, ne fait pas ce que lui veut ; il écoute sa mère et fait l'effort de lui répondre. Nour est son ancre ; Rezik sait s'y fixer pour se dominer et exercer son contrôle de soi.

Une fois chez eux, la première chose qui surprend, par contraste avec ce que nous venons de vivre dans le bus, est la liberté et l'assurance avec lesquelles Rezik se meut dans l'espace. Dans la rue, on le voit partagé entre l'envie de marcher seul et le besoin de (ré)assurance physique et émotionnelle pour avancer au milieu des autres passants. Il ne s'éloigne pas

souvent de plus de cinquante centimètres, et encore plus rarement de plus d'un mètre de sa mère. Si ces mains vagabondent autour de lui, l'une ou l'autre semble toujours prête à trouver son chemin jusqu'à Nour en cas de déséquilibre brutal. La protection de Nour et la recherche de protection de Rezik ne m'apparaissent qu'à l'extérieur car, à la maison, je vois les remparts maternels se défaire : la garde baisse, la vigilance s'atténue chez l'un comme chez l'autre.

7.2.1.1. Le salon : un espace commun de partage et de travail

Debout au milieu du salon, je découvre chez Rezik une liberté en opposition avec les contraintes thérapeutiques dans lesquelles j'ai l'habitude de l'observer. Ici, Rezik prend des initiatives qui ne sont pas contrariées. Il n'a pas besoin de s'asseoir, de se taire ou de se plier à un exercice spécifique. À première vue, cette impression de liberté, assortie d'une certaine facilité à se déplacer notamment, m'apparaît en opposition avec le cadre de l'hôpital ; mais finalement, je remarque que l'objectif poursuivi est le même : ce qui est travaillé dans un lieu, la clinique, et repris dans l'autre, le domicile. Il s'agit pour Rezik d'être autonome et le salon est un espace de travail parfait pour s'y exercer. L'autonomie dont il est question est celle sur laquelle parents et professionnelles se sont accordés et où je vois, pour la première fois, Rezik non pas s'y soumettre mais s'en délecter. S'il parle beaucoup, je le découvre marchant également beaucoup : l'expression « faire les cent pas » prend littéralement forme devant moi. En même temps, il n'arrête pas de parler, il raconte à sa sœur Mounia ce qu'il a fait dans sa journée. Il est bavard, mais cette fois, il ne s'agit pas de cette logorrhée qui le conduit à réciter par cœur, sans interruption et sans autre contact avec son public que son regard ou ses gestes théâtraux. Non, cette fois Rezik est en interaction : ses actions entraînent des réactions, qu'il nourrit en retour, demandant à Mounia comment elle va. Dans ce flot de paroles, chacun s'adapte au rythme de l'autre – Mounia, certes, peut-être plus que Rezik.

J'ai connu la famille de Rezik dans deux appartements différents. J'ai expliqué au chapitre 6 que les déménagements successifs avaient pour objectif de trouver une école qui accepte Rezik, mais aussi de pouvoir être dans un quartier qui ne soit pas trop excentré, ou du moins qui soit convenablement desservi par les transports en commun afin d'accéder à Al-Balkhi

et aux autres professionnels consultés. Quel que soit l'appartement, ce qui m'a à chaque fois frappée était la configuration et l'espace disponible. L'appartement est assurément plus spacieux que celui des autres familles rencontrées, avec un grand salon et un long couloir. De surcroît, il est évident que l'espace y est pensé pour le garçon : pas de tapis au sol dans lequel il risquerait de tomber (lorsqu'il marche, ses pieds traînent sur le sol, notamment quand il est fatigué) ; la table basse du salon est relativement éloignée des canapés, permettant de circuler facilement autour de celle-ci ; il n'y a pas de meuble dans le couloir menant aux chambres. Amir, le père de Rezik, confirme, en montrant et en expliquant les différents exercices de psychomotricité qu'il donne à faire à Rezik, que son épouse et lui ont aménagé l'espace pour faciliter les mouvements de Rezik, sans qu'il ait sans cesse à faire attention à contourner ou à éviter un obstacle. Ils créent des parcours d'obstacles pour travailler l'équilibre, des objets autour desquels Rezik doit slalomer sont disposés au sol, ou ils pratiquent des exercices, en résistance, pour muscler son dos ou ses jambes. Le salon est aussi le lieu où il peut utiliser la tablette : il y fait des jeux et travaille la psychomotricité fine, l'écran tactile facilitant son agilité et son contrôle. Les parents aimeraient que l'école l'autorise à écrire avec une tablette : ce serait « moins fatigant » et il serait « plus rapide et efficace », car « il sait compter, il connaît les lettres ».

7.2.1.2. *La cuisine, une limite à ne pas franchir*

La cuisine est le seul lieu de l'habitation dans lequel Rezik n'a pas le droit d'aller. Durant l'entretien, Nour a indiqué qu'il aimait cuisiner mais à la maison, j'observe une tout autre dynamique : lorsque Rezik se dirige vers la cuisine, Nour et Mounia lui demandent ce qu'il veut, en même temps qu'elles se lèvent pour aller chercher l'objet désiré. Si l'une d'elles est d'ores et déjà dans la cuisine et qu'il veut y entrer, une phrase sera prononcée pour le stopper sur le seuil de la porte – qui demeure toutefois ouverte pour que la communication continue entre la famille ou les visiteurs occasionnels. Rezik aimerait aider sa mère dans la cuisine. J'ai d'abord cru retrouver les prérogatives sociales et la répartition des tâches domestiques, la cuisine demeurant un endroit féminin, un espace dans lequel un garçon de dix ans n'a rien à faire (Mounir, 2009), mais, fait rare comparativement aux autres familles que j'ai côtoyées, Amir rentre dans la cuisine pour y couper des fruits ou apporter des assiettes que Nour a précédemment préparées. Je comprends alors, et Nour le confirmera, que le maintien de

Rezik hors de la cuisine est lié à la dangerosité du lieu, et notamment au feu de la gazinière comme le précise Amir – même si Rezik aime cuisiner et qu’il aimerait s’adonner davantage à ce plaisir.

7.2.1.3. *Dans sa chambre*

Ce n’est pas la première fois que je suis de passage chez Rezik et sa famille lorsque celui-ci décide de m’emmener dans sa chambre. Nous sommes au salon et soudain, il me prend la main pour m’y emmener. Je me laisse guider. Je suis son rythme, sa direction, en retrait de lui. Arrivés dans la chambre, il me met dos au lit et, en même temps qu’il exerce une légère pression sur mes bras pour me faire basculer en arrière, il me dit de m’asseoir. Lui décide de rester debout. Il met ses mains autour de mon visage une poignée de secondes puis, sans dire un mot, il se dirige vers le grand tableau Velléda mural appuyé contre le mur situé en face des pieds du lit, posé au sol à sa hauteur. Toujours sans mot dire, il commence à écrire des lettres en alphabet latin et arabe, puis des chiffres. Si les lettres sont difficilement identifiables, les chiffres le sont plus. Il ne dit toujours rien. Je suis à la fois surprise et épatée par ce silence – j’avais presque compris qu’il n’était pas possible qu’il soit ainsi. Je regarde ce qu’il fait sans commenter. Puis il revient s’asseoir près de moi. Je ne bouge pas, je le regarde faire et j’observe le silence qu’il a instauré. Nous sommes dans son environnement, je tente de respecter les quelques règles que j’ai cru parvenir à saisir. Il est calme, détendu, ses mouvements sont lents – un peu maladroits certes, mais pas du tout secs ou brutaux ; une sorte de sérénité est palpable à ce moment. On est dans un silence, on ne parle pas – ni lui dont il est dit que c’est une pipelette qui ne peut se contrôler ni moi. Il m’observe, assis tout près de moi, nos genoux se touchent. D’un seul coup, il m’enlace un long moment, près de deux minutes. En silence toujours. Je l’entoure également en passant mes mains dans son dos. Je ne mets pas de force, pas de pression. J’ai le sentiment que ce moment de calme lui fait du bien – comme s’il s’autorisait à ne plus parler. Il a pris le contrôle de ce moment pour nous deux, et cela m’a également fait du bien.

7.2.1.4. *Quel que soit le lieu*

Rezik est très affectueux. J'en ai fait l'expérience directement, mais je l'observe aussi envers Nour et Mounia pour lesquelles il a de nombreux signes d'affection. Régulièrement, il les prend dans ses bras ; s'il s'assoit à côté de l'une d'elles, il pose une main sur la jambe, sa tête sur l'épaule. Lorsqu'Amir rentre du travail, une joie intense envahit Rezik, des rires se font entendre, il crie « papa, papa » en l'entourant lui aussi de ses bras puis il le suit partout dans l'appartement. Nour commente ces scènes de liesse en m'expliquant que c'est toujours ainsi : lorsqu'Amir regagne son domicile après sa journée de travail, les autres n'existent plus pour Rezik. Nour précise aussi que Rezik est un « imitateur » : « Il imite son père, dès qu'il rentre à la maison, il enfle sa tenue et prend les clés du Tram, c'est un imitateur [...] Tu lui dis qu'il parle à son père d'homme à homme, il change de comportement ». Cela la fait rire.

Mais Rezik ne fait pas qu'imiter : il imite – comme avec moi dans la chambre ; comme lorsqu'il prend la tablette pour appeler sa grand-mère maternelle, visiblement plusieurs fois par jour, pour prendre de ses nouvelles, savoir comment elle va et ce qu'elle fait. Cette attention et ce souci à l'égard de sa grand-mère ou de sa sœur, je les ai pareillement vus se manifester à l'hôpital, mais dans des conditions toutefois moins joyeuses alors que nous étions, Nour, Lamia (la traductrice), Rezik et moi réunis dans un bureau à Al-Balkhi pour un entretien. La première partie de notre temps d'échange s'était beaucoup focalisée sur les aspects techniques de la prise en charge : l'initiation du parcours, les traitements, les professionnels rencontrés. L'ensemble des compétences (attestant du travail de *care* de Nour vis-à-vis de Rezik) nous avait été présenté en détail par Nour, ce qui avait fait dire à l'un des médecins que Nour était « maintenant devenue médecin ». Si elle se considère moins formée que son mari, rappelant qu'Amir est celui effectuant toutes les recherches, je constate néanmoins que Nour a pareillement développé une série de compétences qu'elle ne se reconnaît pas nécessairement.

Après un certain temps, Rezik, qui est assis au bureau occupé à jouer et à dessiner – tout en écoutant ce qui se passe et ajoutant quelques commentaires à l'occasion –, demande à chanter. Je coupe l'enregistrement afin de n'enregistrer que ce morceau, qui dure 2 minutes et 15 secondes. Debout au milieu du bureau, chancelant sur ses jambes peu stables, il chante cette comptine, sans douter du texte, sans hésiter, nous regardant à tour de rôle droit dans les

yeux, il nous raconte une histoire, il divertit son public, il nous fait plaisir. Sa mère est émue, des larmes glissent sur ses joues qui affichent ce sourire qu'elle semble rarement quitter. Rezik s'interrompt et, sans plus rien chanter ou dire, se dirige vers Nour. Il attrape son visage et lui demande doucement : « Pourquoi tu pleures maman ? Pourquoi ? Ça va Maman, ça va bien. » Nour ne répond pas, elle essuie ses larmes et embrasse les mains de Rezik. « Prendre soin » correspond à l'acte d'accorder des soins (Tronto, 2008, p.249) : Joan Tronto donne ainsi l'exemple d'une mère qui raconte les événements de la journée à son enfant. Je songe à Rezik et à l'attention qu'il manifeste envers chacun des membres de sa famille après leur journée de travail, mais je pense également à ce moment passé seule avec Rezik dans sa chambre. Je ne peux m'empêcher de penser à Nour, Mounia et Amir qui, durant ce temps, n'ont pas à prendre soin de Rezik et peuvent prendre du temps pour eux. Je réfléchis tout particulièrement à Nour, et au temps accordé à Mounia qui, comme le précise Nour devant Rezik, donne tout à son frère. Comment ne pas penser que ce temps « d'apprendre par soi-même » mis en œuvre par Rezik est aussi un temps durant lequel les autres se soucient moins de lui ?

À l'hôpital, Rezik apprend à contrôler ses mots et ses émotions. Il y travaille également l'acquisition de compétences intellectuelles avec des exercices d'écriture et de comptage, ainsi que la motricité, qu'il s'agisse de parcours d'obstacles ou de manipulation de pions. Un sens de l'effort est requis de lui et ses plaintes ne sont jamais bien reçues, notamment par Amra (la psychomotricienne) qui l'encourage à se taire et à faire ce qu'il faut. Au domicile familial, tout est aménagé pour faciliter ses déplacements mais aussi pour pouvoir y effectuer des exercices similaires à ceux d'Al-Balkhi. Lors de la guidance, des explications détaillées sont données à Nour qui les reproduit à la maison, tout comme Amir le fait. Apprendre par et avec les adultes est le registre identique aux deux lieux, avec des pratiques de soi transférées par Rezik à domicile (notamment lorsqu'il écrit sur le tableau ou joue sur la tablette à des jeux similaires que ceux accomplis en séance, par exemple assembler des images par pair) et ses parents. Mais ce que je perçois surtout dans cet autre lieu, ce sont les échappées de Rezik, ses prises de distances avec le rythme, car s'il se soumet aux exercices avec son père et semble les apprécier, l'aménagement de l'espace lui facilite la vie, mais constitue aussi un moyen de le stimuler en permanence. Lors de l'entretien à l'hôpital, Nour nous a précisé que Rezik « voulait sa chambre » – fait peu courant, en particulier pour une famille dont les revenus sont modestes, notamment en raison des coûts financiers associés

au(x) suivi(s) médical(aux) de Rezik. Mais en me laissant guider par Rezik jusqu'à sa chambre, en m'adaptant à son rythme, à son silence, m'est venue l'idée que la chambre n'était pas (forcément qu')un caprice : avoir sa chambre permet à Rezik de pouvoir s'extraire des sollicitations multiples visant à faire de lui « un homme responsable ». Dans son espace, Rezik montre qu'il suit la même voie : il tient le stylo comme appris, il écrit de manière plus ou moins lisible des chiffres et des lettres (signe que le stylo est correctement tenu), faisant des outils ordinaires des outils thérapeutiques. Cet usage laisse entrevoir le fait qu'il peut aussi le faire par lui-même, « apprendre par soi », en s'accordant le temps de faire des pauses si la fatigue le gagne. Le temps, outil thérapeutique contrôlé, est ici l'objet d'une réappropriation qui donne à Rezik la possibilité d'expérimenter autrement, de se reconnaître capable d'agir sur et par son corps, expérimentant au-delà de l'impuissance sans cesse soulignée le sentiment de puissance, du moins de maîtrise, dont il dispose à porter, à soutenir son propre corps. Dans sa chambre, Rezik ne répond plus aux injonctions des autres, il décide ce qu'il fait, au rythme souhaité. Le stress est moindre, son silence en est peut-être le signe.

7.2.2. Amar, un travailleur du *care* invisible

Je propose de décrire quatre saynètes dans lesquelles Amar (7 ans) applique, au sein du domicile familial, les « techniques » et donc des « pratiques de soi » qu'il a expérimentées à l'hôpital (décrites dans le chapitre 7). Je montre que ce transfert se fait principalement sous sa responsabilité, et que les parents restent relativement peu engagés (par rapport à ceux de Rezik notamment). Aicha, la mère d'Amar, et son époux tentent de suivre les conseils donnés dans la guidance parentale, mais ils s'accordent tous les deux de manière relativement floue autour du travail défini à l'hôpital et transféré à domicile. Pour Amar, le souci de soi et l'attention à soi transmis à l'hôpital se retrouvent au domicile familial, il montre sa capacité à prêter attention à l'importance des choses.

7.2.2.1. « *J'ai fini d'apprendre* »

Nous sommes assis autour de la table du salon et les feuilles de consentements que chacun doit signer circulent. Le père d'Amar appelle son fils pour qu'il vienne près de lui écrire son

prénom. Aicha a dressé la table pour la coupure du jeûne qui aura lieu trente minutes plus tard et peu d'espace est donc disponible : Amar, qui semble un peu entravé dans son élan pour écrire, tente, la feuille dans une main et le stylo dans l'autre, de trouver une place où déposer la feuille à plat. Il n'a pas non plus de place pour s'asseoir, car tous les adultes présents occupent une place sur le sofa. À cet instant, je constate qu'Amar cherche à mettre en place de « bonnes conditions » d'écriture – telles qu'il les a apprises à l'hôpital, c'est-à-dire en disposant sa feuille à plat sur la table et en étant assis. Le père, spontanément et sans chercher à aider son fils en poussant par exemple les assiettes pour lui faire une place, commente : « Il ne sait pas écrire son prénom [...] on l'a inscrit à la maternelle, et puis à l'école, et voilà, il n'arrive même pas à écrire son prénom, tu vois (*il prend la feuille, la pose sur un coin de la table placée devant lui*). Tiens, moi j'arrive à écrire AMAR (*prononçant lentement au fur et à mesure qu'il écrit les lettres*). » Amar tente aussitôt de se défendre contre les accusations de son père : « j'ai fait la maternelle, et j'ai fini d'apprendre au ramadan ». Dans son commentaire, le père d'Amar signifie deux choses : d'une part, il fait remarquer que le garçon apprend à écrire depuis plusieurs années et donc qu'il devrait désormais en être capable, et d'autre part, il pointe le fait qu'en tant que parents, ils ont fait le nécessaire pour que leur fils apprenne à écrire. Amar profite de cette occasion pour indiquer à son père le moment où il estime avoir fini cet apprentissage de l'écriture, soulignant ainsi qu'il sait se situer dans le temps et qu'il a de la mémoire – contrairement à ce qui est dit de lui.

7.2.2.2. *Assis par terre, il dessine*

Après cet épisode, Amar reste debout près de nous, il va et vient d'un bout à l'autre de la table, du canapé en forme de U, et de la pièce : il ne reste certes pas en place, mais il peine surtout à trouver une place. Il ne veut ni s'asseoir seul sur la partie du canapé laissée libre ni face à la partie de la table inaccessible en raison de la nourriture. Finalement, il ose passer devant Lamia pour venir s'asseoir entre elle et moi et c'est la première fois que je le vois aussi calme : d'habitude il est dans le jeu, la provocation, parfois la confrontation ; cette fois, il paraît curieux et attentif. Il joue tranquillement avec la fermeture de mon sac à dos et en profite pour regarder ce qui s'y trouve : il y voit mon téléphone et me demande l'autorisation pour le prendre ; je lui explique qu'il ne reste plus beaucoup de batterie, ce à quoi il rétorque

que « oui », il a vu – il pointe l'icône montrant le niveau de batterie – et qu'il estime donc logique de pouvoir le prendre ; mais je lui explique qu'il ne peut pas jouer avec, car j'en aurai besoin pour appeler chez moi ; il le repose. Puis il repère les crayons de couleur et les feuilles : il les prend, je lui dis qu'il peut prendre trois couleurs, et il profite de ce moment pour compter « 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ». Lamia et moi le félicitons, reconnaissant qu'il sait bien compter ; il remet les crayons dans leur boîte et se saisit de celle-ci et des feuilles pour partir s'installer à quelques mètres de nous, finalement isolé. Il est agenouillé par terre et se sert du canapé comme table. Il nous tourne le dos, concentré par le dessin qu'il est en train de réaliser.

7.2.2.3. « *Taisez-vous* »

Nous poursuivons notre discussion avec Aïcha et son époux. J'ai conscience qu'Amar ne participe pas à la discussion mais je le laisse dans l'espace qu'il s'est aménagé et dans lequel il semble absorbé. La télévision allumée produit un bruit de fond constant, créant une atmosphère qui, pour moi qui suis prise entre les deux parents et la traductrice, est chargée et bruyante. J'admire la concentration d'Amar, assis « au loin » de nous. Puis d'un seul coup, il crie – comme pour être sûr de se faire entendre malgré ce brouhaha :

« Amar : *Taisez-vous, taisez-vous !*

M'adressant à Lamia pour qu'elle traduise à Amar : *Est-ce qu'il trouve qu'on parle trop de lui, est-ce que lui a quelque chose à nous dire sur lui ?*

Lamia : *Amar...*

Aïcha, regardant Amar : *Parle, parle.*

Lamia : *Pourquoi veux-tu qu'on se taise ? Tu veux savoir sur quoi et pourquoi on parle ?*

Amar : *Je ne sais pas pourquoi ? Il ne faut pas parler, il faut regarder la télévision.*

J'avais ressenti qu'il était gêné que nous parlions de lui sans l'inclure et j'avais anticipé cet impact : visiblement, il ne voulait pas (nous) entendre parler de lui – il est certain que si nous décidons d'écouter la télévision, comme il l'exigeait, nous parlerions moins de lui. Au moment de cette injonction, Aïcha était en train de nous dire qu'« il ne sait pas bien écrire, l'écriture, le seul souci qu'il a c'est l'écriture. Le problème persiste toujours dans l'écriture ». Cependant, l'ordre de se taire lancé par Amar m'évoque surtout l'injonction au travail, au

sérieux et à la concentration qu'il suit à l'hôpital : les techniques qu'il développe se rapprochent de celles développées à Al-Balkhi (il s'est installé, comme lors d'une séance, à une table improvisée, il a pris des feuilles, des crayons et est en train de s'appliquer à recopier). Le « taisez-vous » clamé par Amar fait écho aux demandes de contrôle de soi attendu de lui en séance.

L'écriture est, comme nous l'entendons le jour de cette visite dans les propos d'Aïcha, et dans une certaine mesure dans ceux de son mari, le point commun entre l'hôpital et les parents. Amar entend que sa mère souhaite le voir plus calme et être capable d'écrire ; pourtant, il sait écrire, il fait beaucoup d'efforts à l'hôpital, à la maison, et Aïcha elle-même le reconnaît : par moment, il écrit tout le temps. Cependant, la possibilité qu'Amar puisse écrire ne semble pas être prise au sérieux, et cette attitude à son égard ne concerne pas que l'écriture.

7.2.2.4. « *Il m'a frappé* »

Lorsqu'il raconte quelque chose, la parole d'Amar est constamment mise en doute – je l'avais évoqué dans le chapitre 6 au sujet de ce qui « pose problème » pour les parents dans leur vie quotidienne : « Tu vois, l'autre fois, il a dit qu'il s'est accroché et qu'il est tombé. C'est vrai, il s'est accroché et il est tombé. » La mère, comme surprise, affirme qu'un copain a confirmé.

« Tu ne peux croire ce qu'il dit. [...] ah oui ! Des fois, il te raconte des trucs, tu peux dire que c'est un menteur, c'est tout. [...] Des fois, on ne le croit pas. On ne le croit pas du tout. [...] des fois, il raconte des choses, « ma maitresse m'a dit ceci, m'a dit cela », je lui réponds « tu mens ».

Face à Amar et à ses parents, nous retrouvons ce qui a été mis en avant par Hafida (l'orthophoniste) : l'irresponsabilité et la culpabilité d'Amar comme moteurs de sa relation aux autres. Aïcha avait admis qu'il était légitime que ses frères ne souhaitent pas s'occuper de lui car Amar les embêtait (chapitre 8). Un constat similaire est dressé au sujet d'une dispute qui a éclaté avec un garçon du quartier dans la rue. Aïcha est en train de comparer Amar à ses frères lorsque celui-ci prend la parole pour nous raconter :

« Amar : *Il m'a éclaté mon ballon et je lui ai donné un coup de poing.*
 Père d'Amar : *Ne frappe personne.*
 Amar : *Il m'a dit un gros mot.*

Le fait qu'il puisse s'être défendu face à un autre enfant n'est pas entendu, reconnu ; la remarque faite par Amar pour expliquer, et peut-être même justifier son acte, n'est pas commentée – comme si ce n'était pas possible qu'il soit une victime : il est forcément coupable de ce qui lui arrive puisqu'il est incapable d'agir comme il faut, selon les normes et les règles d'obéissance et de bienséance (« on ne frappe pas ») transmises mais non incorporées selon les parents et les professionnelles. Une forme de tension, presque paradoxale et déjà mise en avant, surgit de cette manière de percevoir les agissements d'Amar : il est jugé responsable de ses actes lorsque ces derniers correspondent à ce qui est attendu de lui ; en revanche, il est considéré comme irresponsable lorsqu'il s'écarte du chemin prédéfini pour lui, comme s'il n'était pas en mesure de caractériser et de performer le juste, l'adéquat et le bon.

Pourtant, je retiens également les rares moments durant lesquels les parents nous ont raconté ses autres manières d'être et d'agir, illustrant par des anecdotes que les actes d'Amar témoignent aussi de sa gentillesse et de sa générosité. Cependant, s'il est qualifié de « voleur », « menteur », « grossier » « gougeât », il n'est jamais dit qu'il est « généreux », comme on pourrait le dire d'un jeune enfant partageant ce qu'il possède avec d'autres personnes. En effet, ce qu'Amar vole à l'hôpital sur le bureau de Hafida ou ce qu'elle lui donne (par exemple les stylos), il les redonne à ses camarades de classe ou se les fait voler ; s'il achète une friandise chez l'épicier, il la partage avec ses amis ; lorsque ses parents lui donnent de l'argent pour acheter des bonbons, il distribue la monnaie rendue aux passants dans la rue ; quand sa mère, vers la fin de la rencontre, nous propose de venir déjeuner un autre jour, il ajoute aussitôt « Venez passer la nuit avec nous ; on vous donne des gâteaux ». Amar, à sa manière, fait attention aux autres, s'assurant, lui aussi, « qu'ils ne manquent de rien » et quand nous sommes présentes, il nous invite à nous servir : « Prends, prends des gâteaux, un, deux, trois... ». Il distribue, comme Aicha distribue à manger ; il donne, comme Aicha lui donne des cahiers. Chez cet enfant que beaucoup d'adultes décrivent comme turbulent et inattentif, je perçois une capacité d'attention aux autres.

Les procédures comportementales répétitives – s’asseoir et apprendre tranquillement, recopier, être silencieux – ont apparemment été mémorisées et incorporées par Amar puisqu’il les a reproduites à la maison. Les arrangements à la maison sont différents de ceux de l’hôpital, car en raison des modestes conditions de vie de la famille, aucun espace n’était disponible pour installer un petit bureau dans un endroit calme. Amar trouve cependant des alternatives, crée les espaces, par exemple en passant environ vingt minutes assis sur le sol et appuyé sur le canapé à reproduire le dessin illustré sur la boîte de crayons de couleur qu’il avait prise dans mon sac. Comme à son habitude à l’hôpital, il s’est installé, mis en disposition pour être concentré ; il a copié ce qui se trouvait devant lui, manipulant les techniques de contrôle de soi pour créer des ponts entre l’hôpital et le domicile. Par ses comportements, Amar a montré qu’il pouvait avoir des activités seul, « sans faire de bêtises ». Si je perçois les mêmes gestes expressifs que ceux inculqués à l’hôpital, les parents ne les voient pas. Comment le pourraient-ils, puisqu’ils ne savent pas vraiment ce qui est fait en séance ? Si mon œil d’observatrice perçoit le transfert, ils ne (re)connaissent pas ces expressions transférées puisque, d’une part, ils ne sont pas présents en séances (comme tout parent), et d’autre part, les professionnelles ne prennent pas le temps d’expliquer en détail à la mère d’Amar ce qu’elle doit faire, estimant qu’elle n’est pas suffisamment investie ou n’a pas les compétences adéquates pour accompagner Amar dans l’exécution de ce travail médical.

Les « comportements » transformés d’Amar ne semblent pas marquer les parents – ou du moins, c’est comme si les choses n’avançaient pas assez vite – et la temporalité dans leurs propos est floue. Par moment, les choses semblent aller mieux, et à d’autres, ils regrettent que l’hôpital n’ait pas fait plus, qu’Amar ne sache pas (encore) lire et écrire. Si désormais leur garçon est capable de rester calme, d’écrire et de lire l’alphabet français ou de connaître les couleurs et les formes géométriques, ils ne commentent pas ces progrès. Durant la guidance, Aicha entend rarement les progrès réalisés par son fils : on retrouve ici les effets de décalage existant entre les objectifs fixés par les professionnelles, les attentes des parents et les « compétences réelles » de l’enfant. Si les parents ont abandonné l’idée qu’Amar soit « studieux et appliqué », comme ils l’expliquent, il n’en demeure pas moins que lire et écrire sont deux compétences qu’ils jugent nécessaires (surtout la mère) raison pour laquelle ils auraient aimé que la thérapie se poursuive dans ce sens : « l’essentiel c’est qu’on nous assiste au moins à ce qu’il arrive à lire ». Mais les séances seront terminées trois semaines après la

tenue de l'entretien dont sont issus les extraits et le travail thérapeutique ne se prolongera pas. C'est pour cette raison qu'Aïda (la psychomotricienne) a conseillé à la mère d'abandonner l'idée qu'il pourrait écrire ou lire.

D'autres remarques parentales laissent envisager que leurs pratiques éducatives ont évolué. Aïcha, par exemple, insiste autour de l'écriture :

« Je viens juste de lui acheter un nouveau cahier, l'autre je ne sais pas où il l'a mis. Il passe tout son temps à écrire [...] il le fait à l'école, à chaque fois, il écrit tout ça tout seul [...] mais la maitresse m'a dit que parfois il écrit bien, mais des fois non.

Si elle ne l'aide pas à écrire (puisqu'elle est analphabète), elle accompagne néanmoins son fils en fournissant les outils (le cahier) pour l'écriture. Quant au père d'Amar, bien qu'il ne soit jamais venu à l'hôpital, ses pratiques paraissent avoir été influencées par la guidance : sur la base des explications d'Amar et d'Aïcha, il a créé des exercices inspirés de ce qui se fait à l'hôpital – signe qu'une amélioration des compétences d'Amar est possible. C'est le cas, notamment, lorsqu'il demande à Amar quel est le moment de la journée ; ou lorsqu'il lui montre des objets et qu'Amar répond aussitôt en en donnant le nom – ce qui marque à la fois la connaissance de l'objet et de cet exercice. Ces exemples illustrent un certain pragmatisme qui rejoint les propositions faites par Hafida (l'orthophoniste) durant la guidance à Aïcha : il faut former Amar à un métier. Inscrits dans l'espace domestique, les outils thérapeutiques deviennent des outils ordinaires, ouvrant la voie à une thérapie ancrée dans le réel et dans le quotidien de la famille. Dans le cas d'Amar, les parents n'ont pas obligé le garçon à reproduire de manière systématique ce qu'il faisait à l'hôpital. Si, contrairement à d'autres parents, les parents d'Amar ne commentent pas les progrès de leur fils et ne comparent pas l'avant et l'après suivi à l'hôpital, ces quelques éléments glanés durant notre présence à leur domicile montrent qu'Aïcha et son époux ont néanmoins poursuivi leurs efforts pour amener quelques nouvelles pratiques soutenantes et complémentaires à ce qu'Amar a déployé.

Quant à Amar, il n'a jamais commenté, comme d'autres enfants rencontrés, l'existence d'un lien entre ce qu'il a appris à l'hôpital pour contrôler les manifestations de l'hyperactivité ou de la déficience intellectuelle diagnostiquées, et les comportements qu'il a actualisés à la maison : c'est mon observation qui a permis de mettre en avant ce transfert des « pratiques de soi » d'un espace à un autre. Comme Rezik et les enfants dont les pratiques de soi à

domicile suivront, Amar se montre à même, par une lecture attentive de l'environnement et par une attention développée lors des séances, d'user des outils thérapeutiques dans un autre espace.

Un autre point retient mon attention : la quasi-obsession d'Amar pour l'écriture et pour l'acte d'écrire. Aïcha, sa mère, nous le dit à plusieurs reprises durant l'entretien, et nous le constatons au domicile familial : Amar écrit à l'école, à la maison, à l'hôpital ; il s'applique, quel que soit l'endroit, à produire des lignes, des lettres, en français, en arabe ; il demande « toujours des cahiers », plus de cahiers. Pendant la guidance parentale, Aïcha exprime ses doléances au sujet de l'écriture auprès d'Hafida (l'orthophoniste) ou Aïda (la psychomotricienne) – Amar est présent, Amar entend. D'après Aïda, Aïcha ne parvient pas à « lâcher » et « est dans le déni » vis-à-vis des compétences intellectuelles de son fils, mais Aïcha insiste car, comme elle l'a dit, « c'est difficile » d'aider son fils sans savoir écrire, mais aussi de se déplacer seule avec Amar sans connaître la ville et sans savoir lire. Elle connaît les inconvénients de l'analphabétisme, même si elle sait aussi les contourner. Je fais l'hypothèse, que je n'ai toutefois pas pu vérifier auprès d'Amar, mais qui s'inscrit dans la continuité des théories du *care*, de l'argument déployé dans ce travail et de mes observations, que l'application soutenue d'Amar vis-à-vis de l'écriture constitue une trace de « l'importance de l'importance » (Sandra Laugier, référence ?) : il porte son attention sur ce qui compte, sur ce qui a de l'importance. La persévérance d'Amar dans l'écriture rejoint l'attachement d'Aïcha à ce qu'il écrive – signe d'un sens partagé de l'importance (*what matters*), et témoin de l'existence, chez Amar, d'une disposition éthique à prendre soin de ce qui compte.

J'aimerais poursuivre l'analyse des « pratiques de soi » transférées par les enfants à domicile en m'intéressant désormais au cas d'Adil. Pour ce faire, j'introduis un type particulier de séance auquel il a pris part et je rends compte de l'acquisition d'outils thérapeutiques dont je verrai l'usage, par Adil, au domicile de ses parents.

7.2.3. Adil, un travailleur du *care* contesté/incompris

Dawiya, une des orthophonistes d'Al-Balkhi, a mis en place des séances en groupe pour trois garçons (dont Adil, 8 ans) qualifiés par les professionnelles d'« autistes ». Organisées

chaque semaine, elles ont pour objectif de leur faire travailler « la communication sociale » à partir de plusieurs activités dont certaines sont régulièrement reprises, à l'exemple de celle-ci : il y a des images représentant des objets ou des animaux ou des activités, et chaque garçon doit expliquer, à tour de rôle, ce qu'il pense que l'image représente. L'accent n'est pas tant mis sur le contenu de l'image que sur le tour de parole que les enfants doivent suivre. Avant le début de l'activité, Dawiya explique les règles que les garçons répètent individuellement : pour avoir le droit de parler, l'enfant doit avoir, posé devant lui, un petit papier sur lequel est dessiné au centre un cercle vert ; si le carton contient un cercle rouge, celui-ci indique qu'il n'a pas le droit de prendre la parole. Dawiya insiste constamment sur ces règles, en formulant : « Vas-y Adil c'est ton tour, de parler » ou au contraire, « Non, attends, tais-toi, ce n'est pas ton tour. »

À l'hôpital, Adil a facilement compris l'activité proposée. Il parle quand il a le papier vert, se tait quand il a le rouge et donne de bonnes réponses. Il ne discerne pas seulement les règles ; il les met en pratique. Mais Adil, parfois, décide aussi de ne pas suivre les règles, faisant mentir les professionnelles qui lui reprochent, parmi les marqueurs forts les ayant conduites à le qualifier d'autiste, de ne pas être flexible par rapport aux règles sociales. Je me souviens d'une discussion avec deux professionnelles qui m'expliquaient comment il était par exemple très strict par rapport aux formes de salutations, s'amusant à le mettre à l'épreuve en utilisant par exemple une formule du matin en début d'après-midi ou inversement. Toutefois, l'inversion des rôles, décrite ci-dessous, montre que l'application stricte de la règle ne fait pas toujours sens, y compris pour Adil qui le fait remarquer et rompt la règle afin de remettre du sens. Deux cas mettent en lumière mon propos.

7.2.3.1. « *Vas-y, parle* »

Nous sommes tous autour de la table : je suis en bout de table et à ma droite, Dawiya et Adil sont l'un à côté de l'autre ; face à eux se trouve Abdel, le plus grand du groupe mais aussi l'enfant qui parle le moins et dont la stéréotypie est la plus marquée ; à ses côtés est assis Fouad, pour qui être sans sa mère pour plus de vingt minutes est très compliqué, l'amenant à pleurer quasi systématiquement une fois ce temps écoulé et le rendant inapte au travail. Chaque séance paraît constituer un défi unique pour chaque enfant. Ainsi, c'est

quand Abdel se balance, de plus en plus vite, les mains sur les oreilles, sans répondre à la question que Dawiya lui pose, qu'Adil semble un peu dépassé, mal à l'aise face à ce qu'il voit, et ne sachant pas quoi faire. C'est pourtant à Abdel de parler, le carton vert est devant lui : « Vas-y, parle » lui dit Adil, mais Abdel ne peut pas. Alors Adil fait mine de lui souffler la réponse, articulant, sans son (car ce n'est pas son tour de parler) ce qu'il pense qu'Abdel devrait dire ; parfois, comme pour permettre à Abdel d'être tranquille, il demande à prendre la parole et à répondre à sa place (ôtant ainsi à Abdel le stress que l'injonction à parler peut provoquer en lui) – dans ces cas, il lève la main comme en classe, mais Dawiya lui répète que ce n'est pas son tour de parler ; mais d'autres fois, Adil parle, commente, met des mots sur cette situation qu'il ne comprend pas. La première fois, il a ri en voyant la réaction d'Abdel et Dawiya l'a grondé, indiquant que ce n'était « pas bien ». Puis il a appris à agir autrement, il a établi d'autres manières de réagir. Afin de calmer Abdel, Dawiya lui dit de chanter une comptine qu'il connaît et aime, ce qui parvient souvent à l'apaiser. Adil l'encourage aussi à chanter lorsqu'il le voit commencer à se balancer et à mettre ses mains sur ses oreilles.

7.2.3.2. « *Mon nom n'est pas Abdel, je m'appelle Adil.* »

La deuxième séquence a eu lieu quelques semaines plus tard autour de la même activité. Adil, Fouad et Abdel sont présents, nous occupons les mêmes places autour de la table. Comme d'habitude, il y a beaucoup de bruits et d'activités quelque peu contre-productives au jeu : des cris, des sons de table et de chaises qui bougent, des bribes de la comptine chantonnée par Abdel, les pleurs de Fouad, les tentatives d'intervention d'Adil qui cherche à s'insérer dans ce bazar... Mais, malgré cela, le jeu se poursuit – Dawiya tentant de calmer les uns et les autres afin qu'ils puissent pratiquer les exercices, « gagner en confiance » et améliorer leurs « capacités de communication ». Des trois enfants, je dirais qu'Adil est le plus facile à « contenir dans le cadre » défini, car il applique les consignes sans créer trop de difficultés et sans demander une attention particulière à Dawiya. Par moment, elle est débordée et peine à répondre aux besoins (d'attention) de chacun. C'est désormais au tour d'Abdel de parler et il n'est pas vraiment décidé à le faire malgré les encouragements de Dawiya. Comme à son habitude, Adil reste calme et attentif quelques secondes, puis au bout d'un moment, c'en est trop pour lui et il se lève pour que cette scène cesse. Dawiya le stoppe

en posant sa main sur son épaule, pour qu'il s'assoie : « Abdel, tais-toi, ce n'est pas ton tour de parler ». Adil entend cette erreur et fait une de ses moues caractéristiques que je lui connais lorsqu'il n'est pas content : les lèvres en avant, les sourcils plissés, et parfois, en guise de fort mécontentement, il croise ses bras sur sa poitrine. En même temps qu'il se remet sur sa chaise, il tape sur le bras de Dawiya pour lui dire quelque chose : « Mais... » Dawiya insiste : « Mais attend, ce n'est pas à toi ». J'ai entendu qu'elle s'est trompée de prénom, et qu'occupée à tenter de reconforter Abdel, tout en gardant un œil sur Fouad, elle ne réalise pas son erreur et ne perçoit pas le problème qu'Adil aimerait corriger. La scène dure plusieurs secondes durant lesquelles l'un veut dire et l'autre empêche de dire. Puis Adil se lève et dit à Dawiya de sa voix forte : « Mon nom n'est pas Abdel, je m'appelle Adil. » « Ah oui, Adil, bon, c'est pas grave, reste assis et attends ton tour. »

Voyons désormais comment ce type d'expériences hospitalières se retrouve au domicile. Comme Rezik et Amar, Adil a utilisé l'outil qu'il a expérimenté à l'hôpital mais, contrairement à eux, l'actualisation de ses manières d'être et d'agir a engendré beaucoup plus de tensions et de doutes parentaux que ce qui avait été anticipé par les professionnelles et, dans une certaine mesure, par les parents.

7.2.3.3. « *Je ne comprends pas tout ce travail [fait à l'hôpital]* »

Un jour que je suis présente chez Adil, une dispute éclate entre lui et Qadira, sa sœur, au sujet de la tablette informatique qu'ils doivent se partager. L'un et l'autre se crient réciproquement dessus pour expliquer que c'est son tour, pendant que la tablette passe de main en main en fonction de la force déployée par chacun. Alors qu'Adil insiste et explique à Qadira que « c'était [son] tour de l'avoir », son père intervient pour calmer la situation et demande à Adil de « donner la tablette à [sa] petite sœur ». Adil répond à son père que Qadira a déjà eu la tablette, lui indiquant, pour appuyer son argumentation, les jeux auxquels elle a déjà joué, mais son père tente de couper court à ses explications en insistant pour qu'il donne la tablette à Qadira dont les pleurs montent en puissance. Adil dit à son père : « Je parle, c'est mon tour. Écoute-moi. » Alors que son père tente d'imposer son point de vue et son autorité, Adil répète : « Je parle, écoute-moi. Ce n'est pas ton tour, je peux parler. » Présente à l'hôpital et à la maison, j'observe une sorte de répétition concernant le style de

communication d'Adil : ce jour-là, aucun carton rouge ou vert n'est visible, mais au travers des paroles d'Adil, je les vois. Au cours de cet échange, je remarque à quel point les techniques développées avec Dawiya et mises en œuvre par Adil à la maison perturbent la dynamique relationnelle autoritaire avec son père. Contrairement à Dawiya qui a l'autorité pour lui donner un carton rouge en séance, il ne peut pas user de ce pouvoir vis-à-vis de son père. Le terme de contrebande prend alors un sens d'autant plus intense qu'Adil défie son père. Le travail qu'Adil a réalisé est en contradiction avec les pratiques parentales impliquant que le garçon écoute, mais aussi qu'il « se comporte avec sagesse » comme « un grand frère » envers Qadira. Il sait d'ailleurs agir de la sorte vis-à-vis de sa petite sœur ou avec Adil en séance. Toutefois, en utilisant cette technique, je constate qu'Adil a gagné un peu de marge de manœuvre devant son père, en défiant et, dans une certaine mesure, en changeant les pratiques parentales alors qu'il a conservé la tablette plus longtemps. Avec ces pratiques, Adil apparaît comme irrespectueux envers l'autorité de son père et froisse ce dernier qui, un peu perdu, me dit : « Je ne comprends pas tout ce travail [fait à l'hôpital]... Parfois, j'espère pouvoir emmener Adil travailler avec moi afin qu'il puisse apprendre un vrai travail. Je pourrais mieux l'aider. » Même s'il n'était pas tout à fait clair sur les résultats du travail thérapeutique, le père n'a jamais manqué d'amener Adil à l'hôpital.

7.2.3.4. « *On ne naît pas caring, on le devient* »

Je l'ai dit en introduction : « on ne naît pas *caring*, on le devient » (Molinier et al., p.15). Ce travail, en montrant l'apprentissage des pratiques de soi par des enfants, révèle justement comment ils le deviennent. Au souci de soi, appris à l'hôpital, se juxtapose un souci des autres qui, lui, n'a pas été anticipé ou pensé par les professionnelles. Cet exemple entre Adil et son père rappelle toutefois qu'il s'agit bien d'un apprentissage et que, comme avec tout processus de ce type, des essais et donc des erreurs peuvent avoir lieu. Elles peuvent être des résistances (comme présentées au chapitre 7), mais elles peuvent aussi prendre la forme de conflits lors desquels les besoins étant mal identifiés, les réponses sont inadéquates. La lecture des motifs moraux par les enfants, ces apprentis-plus-ou-moins-sages, n'est pas toujours juste et des désaccords peuvent émerger.

En outre, cette situation révèle les tensions pouvant émerger à la croisée d'un travail entre enfants et professionnelles d'un côté, et dynamique familiale entre enfants et parents de l'autre. Ces tensions donnent lieu à ce que je nomme des formes de travail contradictoire par lequel les pratiques de soi transférées par les enfants sont en conflit avec les valeurs que les parents appliquent dans leur éducation : le cas d'Adil suggère que, pour réguler ce qui pose problème dans le cadre familial, une forme d'accord plus ou moins explicite entre chaque personne engagée dans la trajectoire de soins doit se produire.

Dans le cas de Rezik, parents et enfants travaillent pour atteindre les mêmes objectifs et s'accordent sur les manières de faire, même si des rythmes différents peuvent émerger. Pour Amar, un certain flou persiste sur les objectifs poursuivis, créant de l'espace pour une forme de laisser-faire vis-à-vis des pratiques d'Amar plus ou moins reprises par ses parents. Quant à Adil, une contradiction évidente fait surface lors de la mise en œuvre de certaines pratiques. Les formes de travail contradictoire mettent en lumière la complexité et les aspects imprévisibles des interactions entre enfants et parents, révélant l'impossibilité médico-thérapeutique de couvrir et d'embrasser l'environnement de la vie quotidienne, ce maillage complexe au sein duquel la vie prend forme.

L'ensemble des fluctuations observées dans ces trois familles soulignent que toutes les interactions ne peuvent être préfigurées et apprises dans un cadre thérapeutique (rappelant l'intérêt de la méthode ethnographique conduite au domicile des familles dans l'optique de saisir ces moments où les traces du travail médical trouvent d'autres formes d'expressions). Elles montrent que « la vision du monde », pour reprendre Carol Gilligan, « est constituée de relations humaines qui se tissent et dont la trame forme un tout cohérent, et non pas d'individus isolés et indépendants dont les rapports sont régis par des systèmes de règles » (Molinier, 2009, p.9). Mais le tissage complexe du quotidien n'est pas, à l'image de ce qui se joue entre Adil et son père, considéré dans toute sa complexité, ou du moins il est donné le soin aux parents d'ajuster les conditions pour que les règles soient connues, suivies, appliquées et surtout applicables. Leur fonction de parents et l'apprentissage qu'ils font par la guidance doivent les conduire à instaurer un cadre, à savoir cet environnement auquel les enfants n'auraient plus qu'à s'adapter pour faire ce qui est attendu d'eux. Mais c'est sans compter sur les capacités d'improvisation des enfants...

Comme je l'ai montré dans les deux derniers chapitres, le cadre thérapeutique implique pour Rezik, Amar et Adil qu'ils apprennent par et avec les adultes. Les valeurs et affects

associés à leur âge, en dépit de la diversité des troubles avec lesquels ils ont été diagnostiqués, positionnent professionnelles et parents comme les garants du cadre que ces enfants doivent suivre. Cependant, les observations faites à leur domicile montrent que les enfants sont créatifs dans l'usage des outils thérapeutiques : ils en font des outils ordinaires à même d'appuyer la mise en œuvre des « pratiques de soi » qu'ils produisent.

Avec les trois autres adolescents découverts au travers de ce travail, j'aimerais dévoiler une autre facette des interactions entre parents et enfants. Pour Mufida, Faraj et Assia, sommés par les professionnelles d'« apprendre par soi », des transferts créatifs similaires sont remarquables, mais leurs répercussions, du fait d'un cadre thérapeutique initial différent et de contextes de vie autres, donnent lieu à d'autres applications des « pratiques de soi » ainsi qu'à des reconfigurations familiales singulières.

7.2.4. Mufida, une travailleuse du *care* entraînée

Dans le cas de Mufida (11 ans) et de sa famille, le mouvement de transfert est autre, car les « pratiques de soi » sont amenées et déployées au domicile par la jeune fille : elle « apprend par soi-même » comment aller mieux et impose les outils thérapeutiques à Jahida, qui la suit. Comme Rezik, Mufida apparaît en « apprentis-sage » respectueuse de ce qui est demandé par les professionnelles, mais les « pratiques de soi » qu'elle initie dérangent Jahida, qui consulte le médecin pour avoir son avis. Pourtant, Mufida entraînera un changement de pratiques éducatives parentales, la danse faisant son entrée dans le foyer familial.

7.2.4.1. *Des pratiques de soi aux réaménagements des pièces de vie commune*

Au fur et à mesure du déroulement de la thérapie, Mufida et Jahida, avec l'aide de Mourad, le père, ont intégré certaines parties des conseils formulés dans le tableau des activités (présenté dans le chapitre 7). L'application du contenu du tableau, élaboré avec la Dre Majd, a apporté des changements concrets qui ont modifié leur façon d'agir. Il a ainsi

été convenu que Mufida aurait plus de temps pour faire ce qu'elle aimait et ces activités, explicitement formulées et qualifiées de « plaisirs », ont fait l'objet d'un accordage entre la mère, la fille et la Dre Majd. Ces activités de loisirs ont requis des efforts financiers significatifs de la part de Jahida et Mourad, qui ont dû économiser. Mourad a travaillé au-delà des horaires qui lui sont attribués par son chef (notamment en conduisant le taxi tard le soir au lieu de n'exercer qu'en journée) pour, d'une part, acheter un ordinateur, et d'autre part, payer la connexion Internet. Ces acquisitions ont engendré des réaménagements qui ont influencé l'organisation des pièces de la maison.

Dans un premier temps, l'ordinateur a été placé sur une petite table située à l'entrée de la maison, c'est-à-dire dans le salon où les repas étaient pris et la télévision regardée. Le regard exaspéré et maugréant à voix basse mais audible, Mufida se plaignait d'entendre davantage la télévision que ce qu'elle essayait de regarder sur l'ordinateur et de petites disputes ont eu lieu pour trouver le juste volume qui permettrait à chacun de suivre son programme. Pour avoir été plusieurs fois présente avec cette configuration en place, il est certain que ce n'était plaisant pour personne : ni pour Mufida qui était davantage énervée une fois son temps de connexion terminé, ni pour ses parents et Zineb qui tentaient de regarder la télévision pour se détendre en fin de journée. Néanmoins, cet emplacement présentait l'avantage, pour Jahida et Mourad, de pouvoir contrôler l'écran de l'ordinateur et ainsi vérifier ce que Mufida visionnait sur Internet. De plus, le partage de l'espace de vie commun donnant la primauté au groupe, cette disposition était une manière de veiller à ce que Mufida ne passe pas « trop de temps » (d'après Jahida) seule devant l'écran. Cette place offrait donc quelques moyens de régulations parentales vis-à-vis des pratiques de Mufida. Mais la liberté recherchée faisant défaut, tant sur le fond (un temps consacré à ce que Mufida souhaitait faire) que sur la forme (accéder à Internet), Mufida a revendiqué un réaménagement de l'espace.

La deuxième installation, si elle a apporté à Mufida une plus grande satisfaction puisqu'elle lui offrait l'espace de liberté voulu, a en revanche conduit Jahida à – littéralement – céder du terrain à Mufida : sa table de couture, disposée dans le deuxième grand salon, a été déplacée dans le petit salon. De la sorte, l'ordinateur, dont l'écran était précédemment à la vue de tous, s'est retrouvé un peu plus isolé dans le coin du grand salon. Mufida jouissait ainsi d'un espace plus intime, coupé du reste de la famille, n'entendait plus la télévision et évitait les intrusions incontrôlées de Zineb qui souhaitait voir ce que faisait sa grande sœur. Comme je le montrerai dans la suite de cette partie, l'intérêt pour Mufida de ne pas être vue

a eu des implications concrètes, d'une part sur ce qu'elle pouvait visionner, et d'autre part sur la mise en place de nouvelles « pratiques de soi ». Mais avant de revenir plus en détail sur ces éléments, j'aimerais brièvement mentionner d'autres modifications induites par le tableau des activités et son suivi par la famille, et plus précisément par Jahida et Mufida.

Les « pratiques de soi » déployées à domicile ont entraîné une nouvelle répartition des tâches domestiques puisque selon le tableau, Mufida n'était plus la seule responsable de la fabrication du pain – y compris de sa cuisson dans le four collectif du quartier. La mise en place de nouvelles pratiques a permis à Mufida de pouvoir se reposer à la maison sans être systématiquement sollicitée pour faire des courses ou à prendre soin de sa sœur Zineb, âgée de cinq ans (pour la coiffer ou l'habiller le matin par exemple) : Mufida pouvait rester allongée ou assise sur le sofa à regarder la télévision pendant que Jahida assumait des tâches domestiques normalement confiées à sa fille aînée. Jahida m'a confirmé que ce mode d'organisation n'était pas évident pour elle : « J'essaie de faire ce que dit le médecin [...] J'essaie, ce n'est pas facile mais c'est bon pour Mufida ». J'ai commenté au chapitre 7 l'importance et la signification sociale de la fabrication du pain, avec ce qui s'y joue en termes de socialisation présente mais aussi future de la fille appelée à être responsable d'un foyer. Laisser Mufida ne plus accomplir ces tâches impliquait davantage de travail pour Jahida, mais, par ailleurs, ce changement correspondait à une forme de suspension des transmissions des « savoir et savoir-faire » qui devaient avoir lieu entre une mère et une fille (Mounir, année, p.34). En décidant de suivre les recommandations de la Dre Majd, Jahida modifiait donc son rôle de mère.

Chacun à leur manière, Jahida et Mourad ont ainsi essayé de suivre le tableau réalisé en accord avec Mufida et la Dre Majd. Ces deux exemples montrent que s'occuper d'un enfant malade a demandé aux parents d'assumer de nouveaux rôles sociaux, voire de se dérober à leurs obligations parentales (socialement définies et donc attendues), notamment dans le cas de Jahida. Mais tous deux l'ont compris et étaient disposés à s'engager dans cette autre façon d'être parent.

Quant à Mufida, pour organiser ses activités quotidiennes, elle s'est également référée au tableau, conservé dans la cuisine avec les antidépresseurs qui lui étaient prescrits. Mufida s'y est rapportée pour justifier « ses activités » ou « son comportement », rappelant à sa mère l'accord passé grâce aux soins du médecin. Mufida m'a dit : « Parfois elle [Jahida] oublie, elle dit : « Mufida fait ça » ou « Mufida, va chercher Zineb », mais je dis « Non, le médecin

dit que je peux dire non, c'est écrit ». La volonté de Mufida de maîtriser son état de santé l'a incitée à utiliser les outils thérapeutiques non seulement pour suivre l'évolution des manifestations du trouble diagnostiqué et faciliter son rétablissement, mais également pour établir la légitimité de ses choix relatifs à ses nouvelles manières d'être et d'agir. Sa démonstration a inspiré et même forcé Jahida à changer : « Elle va mieux, elle fait des efforts [...], moi aussi, je dois changer, je dois l'aider. Nous essayons ». Ainsi, elle admet que même son objectif initial en venant à l'hôpital était de changer le comportement de sa fille, elle a également dû changer. Les séances de guidance parentale ont apporté une nouvelle perspective sur la situation familiale et le rôle que chacun joue dans ce système dynamique. Les scènes ci-dessous offrent une illustration du rôle déterminant de l'engagement individuel de Mufida et de son influence au niveau familial.

7.2.4.2. *Danser et chanter, une voie pour aller mieux*

La première a lieu alors que Mufida, Zineb et moi sommes à la maison. L'ordinateur a déjà été déplacé dans le grand salon, offrant à Mufida un espace de liberté : Mufida me montre des clips vidéo de sa chanteuse préférée pendant que Jahida est sortie discuter avec les voisines. Le son est assez fort pour que l'on puisse entendre mais pas trop fort non plus pour que Jahida, juste sur le devant de la porte et dont nous percevons la voix, ne se rende compte de rien. Mufida a mis un morceau de tissu autour de ses hanches et danse sur la musique en imitant la chanteuse. Je suis surprise par l'aisance avec laquelle elle ose danser devant moi, mais aussi par la sensualité qui se dégage de son corps, là au milieu de ce salon, si spontanément. Elle défait ses longs cheveux noirs qui, descendant jusqu'au bas de son dos, accompagnent les mouvements de hanches qu'elle exécute. La tête légèrement en arrière, comme pour valoriser l'ampleur de sa chevelure, Mufida fredonne doucement pour ne pas attirer l'attention de Jahida. Son visage est sérieux, elle est concentrée sur la réalisation des mouvements initiés. Puis soudainement, elle me regarde et éclate de rire, je ris pareillement et applaudis sa performance. Aussitôt, Mufida me tend le tissu et m'encourage à danser comme elle. Me prêtant au jeu, je choisis de faire le clown, tentant de copier maladroitement, de manière peu dégourdie, ce que la chanteuse fait, produisant un très mauvais playback de cette chanson dont je ne connais évidemment pas les paroles. Mufida et Zineb rient, mais sans trop de bruit pour ne pas attirer l'attention de Jahida qui

discute toujours sur le pas de la porte. Mufida fait mine d'être pliée de rire, se roulant sur le canapé – Zineb en fait de même, la tête penchée en arrière, moins discrètement toutefois que Mufida, qui lui met la main sur la bouche pour contenir le son de ses éclats de rire. Soudain, nous entendons la serrure : Jahida est en train de rentrer dans la maison. Mufida court immédiatement vers le petit bureau pour fermer la page Internet, quant à moi, je m'assois sur le canapé, à côté de Zineb qui tente, en vain, de reprendre son sérieux. En voyant la tête de Mufida et de Jahida – qui se trouve désormais à la hauteur du salon –, je réalise que j'ai toujours le morceau de tissu sur mes hanches. Mufida et sa mère rigolent.

Quand Jahida cherche à savoir ce que nous étions en train de faire et pourquoi j'ai ce morceau de tissu sur les hanches, Mufida le lui explique. Durant ce tête-à-tête, je pense qu'elle essaie de défendre ce qui vient de passer sans trop en révéler ; cela va être compliqué pour moi de m'ajuster car s'adressant seulement en darija à Jahida, elle parle vite et je ne saisis pas tout. Mufida a montré à sa mère ce que nous étions en train de regarder et si Jahida n'a pas explicitement interdit à sa fille de regarder ces vidéos, elle émet des réserves à leur sujet. Jahida, s'adressant désormais directement à moi, reprend plus doucement l'argument pour m'expliquer, devant Mufida présente et attentive, que cette femme est « jolie » mais qu'elle est très maquillée, qu'elle a des vêtements qui coûtent extrêmement chers et que, finalement, la vidéo est faite pour que l'on ne voie que des jolies choses. J'en conclus que le manque de naturel et de réalisme préoccupe Jahida, qui regrette que Mufida s'identifie à cette chanteuse – sachant que « l'estime de soi » est l'une des thématiques abordées en psychothérapie avec la Dre Majd. Ce problème d'estime est considéré, entre autres, sous l'angle du regard que Mufida porte sur son corps qu'elle n'apprécie pas, se trouvant « trop mince » ou « pas assez jolie » par rapport à ses sœurs et à ses copines.

La deuxième scène a lieu quelques semaines plus tard, quand nous reproduisons la même chose : vidéo de chanteuse, tissu autour de la taille, mais cette fois Jahida est avec nous. L'ambiance est joyeuse. À tour de rôle, chacune de nous met le tissu autour de ses hanches – y compris Zineb – et danse. Nos cheveux sont détachés. Une proximité nouvelle a été créée. Nous rions toutes de bon cœur. Lorsqu'elle danse, Mufida est toujours aussi sérieuse que la dernière fois, mais à présent elle rit de bon cœur lorsque Zineb ou moi-même tentons de danser avec la même délicatesse. Prenant le parti de suivre le rythme donné par Mufida, j'intègre au fur et à mesure les conseils qu'elle livre pour ajuster les mouvements de mes hanches, de mes mains et de mes cheveux.

Entre le premier et le second épisode de danse, Jahida a informé le médecin de la première scène au cours d'une guidance parentale. Oscillant entre sérieux et préoccupation d'une part, et amusement d'autre part, elle rapporte les rires et la joie de Mufida durant ce moment – Mufida lui ayant finalement raconté ce que nous avons fait. Plus tard, Jahida m'a de nouveau expliqué sa position sur la vidéo :

« Il est interdit de regarder ce genre de vidéo, c'est mauvais pour les musulmans [...] la danse est sensuelle et elle est très maquillée. J'ai dit cela au médecin et elle a dit que c'était bien, on rigole, c'est à la maison, ce n'est pas grave [...] le médecin a dit que c'était bon pour Mufida. [...] Mais son père ne le sait pas.

Peu de temps après notre première session de danse, Mufida et moi en avons reparlé et elle m'a fait comprendre que la musique et la danse la rendaient heureuse. Nous le referons, mais, elle stipule qu'« il ne faut pas le dire à son père » ou peut-être faire preuve d'un oubli comme le suggère une enquêtée d'Hakima Mounir : « le mensonge à l'égard des hommes n'est pas vraiment un mensonge » (2009, p.39).

7.2.4.3. *Des pratiques de soi genrées*

Je suis habituée, avec la famille au sein de laquelle je vis, à cet entre-soi-féminin qui, comme l'analyse Hakima Mounir, exclut les hommes (2009). J'y ai été invitée dans cette famille, par une « pratique de soi » à Mufida élargie à « nous ». Si Mufida a bien eu la conscience dès le départ de braver un interdit, elle se l'est néanmoins autorisée, en le révélant finalement à Jahida car cela l'aidait – comme certaines autres activités du tableau – à se sentir mieux. En tant que jeune musulmane de douze ans, Mufida n'avait pas encore reçu tous les apprentissages liés au corps. Elle n'était pas encore réglée, mais elle connaissait déjà la « charge sexuelle » associée au corps féminin (2009, p.40). À propos de la danse plus spécifiquement, Hakima Mounir toujours écrit : « À travers l'initiation à la danse, mais aussi à travers les tabous liés à la dangerosité de la sexualité comme élément subversif de l'ordre social, elles apprennent qu'il s'agit d'une sorte d'arme secrète » (*Ibid.*, p.xx). On peut alors mieux comprendre toute la retenue, les doutes et les craintes de Jahida de voir Mufida être initiée, par des vidéos, à ce qui d'un côté décale la chronologie sociale (« cet apprentissage [lié au corps] devient de plus en plus soutenu au fur et à mesure que la fille avance en âge,

et les premières règles seront l'occasion d'une nouvelle étape dans ces apprentissages, dans le registre [religieux et] sexuel » [*Ibid.*, p.38]), et de l'autre modifie son rôle de mère, puisque des instances de socialisation concurrencent l'instruction qu'elle est censée apporter à Jahida. Accéder à Internet, et par exemple regarder *La Star Academy* – où sa chanteuse préférée avait gagné en célébrité –, représentaient pour Mufida l'occasion d'être exposée, entre autres choses, à d'autres formes d'apparence et de féminité, notamment comparées à celles de sa mère, d'autres membres de sa famille ou de ses voisines. Ces autres manières d'être féminine – qu'elles soient réelles ou non dans son émission de télé-réalité préférée – nourrissaient sa propre façon de construire son identité d'adolescente (Farha et al., 2015). Devenir une « jolie » fille et rejoindre la communauté virtuelle des fans adolescentes arabes a mené Mufida, dans le contexte de la maladie, vers une voie estimée, par le médecin, comme une saine habitude de vie, une étape pouvant la conduire vers la guérison. Comme je l'ai déjà évoqué, étant donné que Mufida était toujours très préoccupée par son apparence, la Dre Majd – et donc – Jahida ont pensé que c'était un pas positif que de la voir se sentir belle, de valoriser son apparence en s'exposant aux regards des femmes de sa famille, et de danser avec joie. Ainsi, la danse est devenue un jeu féminin à la maison, une nouvelle activité introduite par Mufida et finalement acceptée par Jahida. Le regard médical a ainsi créé une forme de normalisation, voire de légitimation d'une attitude jugée socialement « déviante » – le contexte thérapeutique percevant cet acte de danser comme bénéfique et porteur d'un meilleur état de santé mentale.

L'introduction de nouvelles « pratiques de soi » par et pour Mufida a été, comme je l'ai relaté, accompagnée par Jahida. J'ai observé chez Mufida les rires, la joie et la gaieté durant les moments dansés, mais elle n'est pas la seule à avoir profité de ces temps apparentés à de la détente : Jahida y a également trouvé du plaisir et Mufida l'a remarqué. De fait, Mufida n'hésitait pas à forcer Jahida à danser, la prenant par les mains si elle était assise sur le canapé en simple spectatrice ou allant la chercher dans la cuisine si celle-ci y était occupée. J'ai vu Jahida un peu réticente, mais j'ai également remarqué comment Mufida entraînait sa mère pour lui donner ce sourire qui ne tarderait pas à suivre dès lors qu'elle commencerait à danser. Comme je l'ai rapporté au chapitre 8, Jahida a commencé une thérapie individuelle quelques semaines après avoir conduit Mufida à Al-Balkhi. Fortement encouragée par la guidance parentale à changer ses manières d'être et d'agir, et incitée à soutenir les efforts entrepris par Mufida, Jahida s'est peu à peu mise au rythme des changements de Mufida en

optant pour une dynamique similaire. Mufida s'est d'ailleurs attachée à accompagner Jahida à son tour. Après avoir dédié les premières semaines de la thérapie à travailler sur soi et à apprendre par soi, les semaines suivantes, Mufida pouvait prendre soin de Jahida ou de Zineb, c'est-à-dire accorder des soins à l'une ou à l'autre. Une des activités favorites de Mufida consistait à prendre soin de leurs cheveux, en les coiffant, en appliquant de l'huile d'olive ou en leur massant le cuir chevelu. Lors de la première séance de danse partagée en famille, Jahida et moi avons mentionné les très beaux cheveux de Mufida et Jahida avait alors montré les siens, la mine triste, critiquant leur état. Dans ces instants où le soin à l'autre révèle l'attention qui lui est portée, le sens de l'importance (« l'importance de l'importance ») prend forme lorsque la réponse comble un besoin. En me rendant au domicile de Jahida et de sa famille, je me suis aperçue que Mufida n'était pas la seule à se plaindre de son apparence : progressivement, Jahida a partagé avec moi ses frustrations par rapport à son corps devenu plus rond, ses seins devenus moins rebondis ; elle regrettait aussi l'état usagé de ses vêtements. Alors, dans ces domaines également, Mufida prenait soin de Jahida et de Zineb : avant leur départ pour l'hôpital ou pour rendre visite à la famille maternelle notamment, Mufida s'occupait systématiquement d'habiller Zineb. Elle tentait, et selon les jours Jahida l'acceptait ou non, de lui proposer une nouvelle manière de mettre son foulard. Si un nouveau style n'était pas forcément accepté, Mufida apportait néanmoins son soutien à Jahida, en lui tenant par exemple les aiguilles ou en remettant la pointe du tissu bien à plat au-dessus de sa tunique – autant de gestes porteurs d'attention et témoins de souci de Mufida pour sa mère.

Au fil des mois, j'ai donc perçu chez Mufida le même basculement que j'avais constaté pour Rezik, Amar et Adil, l'amenant d'une posture d'apprenante à prendre soin de soi, à une pratique effective de cette activité initiée par le monde médical – le tout en élargissant le cercle de *care* aux membres de sa famille, et notamment à Jahida et Zineb. Concernant les gestes de *care* à l'attention de Mourad, son père, j'ai eu plus de difficultés à les percevoir, la distance entre Mufida et son père étant plus marquée.

7.2.5. Faraj, un travailleur du *care* en quête de solutions

Parmi les enfants rencontrés, Faraj (13 ans) est le seul pour lequel, au domicile, je n'ai pas perçu de manière aussi évidente que dans les autres familles l'usage des outils thérapeutiques élaborés à Al-Balkhi avec le médecin. « Les pratiques de soi » de Faraj ne s'inscrivent pas dans la lignée de ce que le médecin a recommandé. Plusieurs explications sont données par la Dre Kasmi : malgré son âge et le retrait en famille, elle n'a pas jugé Faraj responsable de lui-même. Le jeune garçon ne doit donc pas « apprendre par soi » mais « apprendre par et avec » ses parents, et notamment avec sa mère qui a reçu la guidance parentale. Corollaire de cette première explication, Adiba a dû prendre le relais de l'apprentissage des « pratiques de soi » visées par le travail thérapeutique en surveillant les « comportements » de Faraj. Néanmoins, comme je le montrerai, si une large place est faite à la mère (interlocutrice première de la Dre Kasmi) dans le travail, au domicile, les dynamiques familiales bouleversent cette possibilité d'exercer ce rôle et la mise en œuvre du travail thérapeutique tel qu'il a été envisagé est impossible.

7.2.5.1. *Un appartement sous tension*

Adiba m'a donné rendez-vous devant le grand supermarché du quartier devant lequel s'arrête le tramway. Elle m'a fait savoir que ce serait plus sûr pour moi que de m'aventurer seule pour tenter de trouver leur appartement. J'appréhende un peu cette rencontre, curieuse de voir comment cette famille, unie à l'hôpital autour de Faraj, semble en fait se fissurer de toute part. Les nombreuses heures passées à écouter parler Adiba laissent présager d'une situation compliquée faite de silences, de disputes, de crises... Les conflits se diffusent entre Adiba et son mari, entre Adiba et Jawed (sa fille de neuf ans), entre Jawed et Faraj, entre Faraj et Jawed ; seul le père des enfants semble maintenir avec eux, de manière individuelle, des relations apaisées. Cette carte des tensions familiales, je l'ai élaborée au fur et à mesure des rencontres à Al-Balkhi, en saisissant dans les interactions les affects qui y circulent. À l'hôpital, Faraj ne parle et ne sourit qu'à son père. Il ne regarde pas sa mère, même lorsqu'elle s'adresse à lui, portant systématiquement son regard ailleurs. Adiba et son époux ne s'assoient jamais l'un à côté de l'autre : si Faraj se déplace pour n'être assis qu'à côté de son père, Adiba ne se positionnera pas juste à côté de ce dernier. Sur les conseils de la Dre Kasmi,

Jawed est venue pour une consultation : elle a été reçue par la Dre Majd et lors de cette première rencontre, j'ai pu constater que malgré les louanges adressées par Adiba à Jawed, cette dernière est très mordante avec sa mère, lui demandant souvent de se taire, prétextant qu'elle est occupée, soit à me parler, soit à jouer. Je ne m'attendais pas à ce type de relations entre elles, la mère m'ayant décrit Jawed comme gentille, douce et calme.

Adiba arrive accompagnée de Jawed, m'expliquant que cette dernière n'a pas voulu rester seule avec son frère et son père. Je me dis que le ton est définitivement donné pour ce premier temps de rencontre à domicile qui risque d'être émotionnellement intense pour tous, y compris pour moi.

À notre arrivée à leur domicile, je ne suis que peu surprise par la taille de l'appartement : Adiba m'avait prévenue, c'est un appartement modeste mais qui présente l'avantage d'être près de l'école où elle travaille et où Faraj et Jawed sont scolarisés. Elle me fait visiter. L'entrée donne accès aux portes de cinq pièces : une petite cuisine, une salle d'eau, ce que je devine être un salon, une chambre et une autre grande pièce, désormais occupée par Faraj mais qui était auparavant le salon/salle à manger familial.

7.2.5.2. *S'isoler pour créer son propre rythme*

Abida m'explique qu'en début d'été 2014, lors de ses premiers moments de « crise », Faraj a exigé que cette grande pièce soit sa chambre. Ces événements ont été l'occasion de remaniements de leurs manières d'habiter ensemble et depuis lors, Adiba et Jawed partagent une chambre – une armoire, une commode, un grand lit et un espace chargé de part et d'autre, sorte de débarras où les affaires de la famille semblent stockées. Le père des enfants a pris possession d'une autre pièce qui est devenue – en plus d'être sa chambre – le lieu de vie de toute la famille. Ce fait n'est néanmoins pas si exceptionnel, je l'ai observé dans d'autres familles, et c'est aussi ce que montre Anne-Marie Filaire²⁴⁴ qui a enquêté sur l'intimité de jeunes filles égyptiennes et a conclu qu'il était courant qu'une chambre soit partagée (avec

²⁴⁴ Anne-Marie Filaire est photographe, enseignante à l'Institut d'études politiques de Paris, et mène depuis plusieurs années un vaste projet artistique dans le monde arabe (Égypte, Palestine, Émirats arabes unis, Algérie) qui l'a conduite (comme l'indique l'article mentionné) à photographier des chambres d'adolescents. Sa démarche peut être qualifiée de « documentariste » et elle lui permet de faire émerger les dimensions politiques des espaces.

mère, grand-mère ou frère), mais aussi qu'une pièce de vie le jour devienne chambre à coucher (toujours partagée) le soir venu (Filaire, 2013, p.208). L'auteure pointe que cette manière de procéder est certes le résultat d'un manque de place, mais elle indique qu'elle illustre par ailleurs le fait que « la notion d'espace privatif pour les enfants et les adolescents, de "culture de la chambre" [...] n'est pas toujours de mise » (*Ibid.*). Le salon compte deux sofas devant lesquels se trouve une petite table basse, une autre table pour manger avec quelques chaises autour, et un meuble télévision. Il n'y a pas de décoration, l'endroit est plutôt sobre. Cette pièce où dort le père de Faraj et de Jawed est également l'endroit où les repas sont pris et où la télévision est en permanence allumée – de ce qu'Adiba m'en a dit. Le jour où j'arrive, elle l'est effectivement : Faraj et son père regardent l'émission « Des trains pas comme les autres ». Je ne suis pas surprise de ce choix de chaîne et de programme qui reflète, d'une part, la discussion que Faraj et moi avons eue (il adore les voyages et apprendre au sujet de ce qui se passe dans les autres pays), et qui symbolise d'autre part cette envie d'être ailleurs et/ou l'importance de l'ailleurs dans l'histoire de cette famille. L'ailleurs comme lieu d'où le père des enfants est revenu « malade », comme l'a expliqué Jawed un jour ; l'ailleurs en référence au Canada où les cousins de Faraj vivent et où la mère souhaite que son fils puisse étudier ; l'ailleurs vers lequel Adiba aimerait aller pour se reposer. Pour le moment, ils sont tous ici, dans ce petit appartement situé en banlieue d'une grande ville côtière marocaine.

De la répartition spatiale des pièces de l'appartement et de leur occupation naissent deux réflexions relatives à ce que Colette Petonnet a nommé « la structuration affective²⁴⁵ » (une structure qu'elle reconnaît comme pouvant être en mouvement) (1972, p.49). Premièrement, je constate qu'à la maison, Faraj et son père ont de l'espace – plus qu'Adiba et Jawed : aucun siège ou sofa dans la chambre exclusivement féminine. Dans la cuisine minuscule (un lieu féminin), même constat : aucune chaise, s'asseoir n'est pas une option. En m'imprégnant de leur intérieur me reviennent les images des consultations et la manière dont, à l'hôpital, Adiba s'inscrit dans l'espace : elle orchestre les corps (de Faraj et de son mari) dans l'espace, ou du moins essaie, elle s'assoit dans le siège central du bureau en face du médecin. Elle occupe l'espace et les autres s'organisent autour et avec les arrangements qu'elle propose.

²⁴⁵ L'ethnologue, qui s'est intéressée à l'organisation des espaces habités dans les milieux bidonvillois de Rabat dans les années 1970, a visité cinq cent soixante logements afin de comprendre comment les bidonvilles se construisaient, du point de vue de leurs habitants. Elle y décrit comment les espaces sont organisés en fonction des relations interpersonnelles dans les familles et des connaissances dans les quartiers (ce qu'elle nomme « structuration affective ») et pas uniquement en fonction des principes économiques.

Mais de retour chez eux, Faraj reprend du terrain : il est l'élément central et organisateur des configurations familiales spatiales et affectives. Deuxièmement, devant ces aménagements, je dénote la puissance d'agir de Faraj : en opposition au cadre pensé et défini avec la Dre Kasmi, il est celui qui dicte les règles du fonctionnement de l'espace. En demandant de faire de la plus grande pièce son lieu de vie, il (se) montre capable d'énoncer des requêtes cohérentes avec sa volonté, de trouver et de créer des espaces de manœuvre pour faire des choix singuliers et obtenir ce qu'il souhaite. Cet espace, certes plus grand, mais surtout non partagé, lui permet d'accéder à l'autonomie qu'il réclame : depuis cet espace qui lui procure une assise, un support à l'autonomie, il peut arranger son emploi du temps comme il le veut. Ce lieu – *son* lieu – lui permet, en tant que marqueur de son autonomie, de gérer son temps selon les priorités qu'il a définies. L'occupation de l'espace devient un outil d'affirmation de soi et un moyen de négociation dans les rapports avec ses parents, et tout particulièrement avec Adiba qui a la charge d'imposer le cadre défini par la Dre Kasmi (Lachance, 2011). De la même manière, les arrangements spatiaux qu'il a négociés lui permettent d'aménager ses activités nocturnes selon ses souhaits. Il déambule, notamment pour jouer à des jeux vidéo, sans être vu par le reste de la famille. Chez lui bien plus qu'à l'hôpital, je le vois plus clairement assuré, autonome et habile.

7.2.5.3. *L'aller-mieux, une possible brèche dans l'intimité conquise*

Dans de telles conditions, il est possible de questionner la disposition de Faraj à se soigner au regard des bénéfices auxquels il a accès grâce à ses « crises ». Il est probable que les aménagements réalisés n'encouragent pas l'adolescent à cheminer vers un aller mieux, c'est d'ailleurs ce que pointe l'une des grilles de lecture du médecin qui le suit. Mais j'ajouterai que la reconfiguration spatiale conduite par Faraj lui permet également de s'extirper d'une atmosphère familiale pesante marquée par les disputes parentales et les constantes sollicitations de sa mère. Les manières d'agir de Faraj rappellent les « stratégies paradoxales » mises en lumière par Sylvie Fainzang : cette expression sert à qualifier les stratégies de soins de certains patients qui ne sont pas motivées par la recherche d'efficacité thérapeutique mais par d'autres enjeux, notamment familiaux (1997). L'anthropologue explique que, selon l'étiologie élaborée et/ou retenue par les patients, la conduite thérapeutique peut apparaître comme contraire au traitement médical conseillé par les

médecins²⁴⁶. Les patients, qui peuvent très bien avoir conscience de ce décalage, n'en sont pas moins disposés à agir de manière apparemment irrationnelle (si la perspective médicale est la seule retenue pour comprendre leurs conduites). Dans le cas de Faraj, je suggère que les conséquences (avantages dont il jouit du fait de sa condition) – et non les causes comme l'a documenté Sylvie Fainzang – peuvent conduire l'adolescent à agir en opposition à une éventuelle guérison ou du moins à un aller mieux, l'amenant à déployer des stratégies paradoxales. L'apparente incohérence des conduites examinées par Sylvie Fainzang trouve ainsi une résonance dans l'impossible aller-mieux de Faraj qui affirme n'avoir rien à faire en thérapie (« ce ne sont pas mes affaires », dit-il) mais qui répond de fait à d'autres logiques que celle purement médicale cherchant à supprimer les « crises ».

7.2.5.4. *Des configurations affectives mouvantes*

Sur l'un des canapés de ce qui est désormais le salon, Faraj prend ses aises. Il occupe seul un sofa prévu pour deux personnes et garde un rythme de va-et-vient entre la cuisine, sa chambre et le salon suffisamment soutenu pour que ni sa mère ni sa sœur ne s'y installent – de toute façon, sa sœur n'oserait pas prendre la place de son frère, elle a peur de lui. La Dre Majd, qui a reçu Jawed deux fois, m'a indiqué un « début d'angoisse, une anxiété » liés aux « comportements » de son frère vis-à-vis d'elle. Lors de sa première crise en juillet 2014, Faraj avait pris soin de faire évacuer par ses parents (ou de s'en débarrasser lui-même en les cassant ou les déchirant) toutes les affaires appartenant à Jawed : plus une trace d'elle ne devait rester dans l'espace familial. À cette période, la fillette avait dû quitter le domicile (« se réfugier » selon les propos d'Adiba, chez ses grands-parents), offrant à Faraj la jouissance de n'avoir ses parents que pour lui – et rappelant ainsi les bénéfices que ses comportements pouvaient lui procurer. En mars 2015, lors de ma première visite dans leur appartement, plusieurs mois se sont écoulés, plusieurs séances avec le médecin se sont déroulées et je constate d'importants changements par rapport à ce que chaque membre de la famille rapportait en juillet 2014 : désormais, ils peuvent être dans la même pièce.

²⁴⁶ Dans l'article mentionné, Sylvie Fainzang s'appuie sur des matériaux collectés sur divers terrains réalisés au cours de sa carrière (en Afrique de l'Ouest et en région parisienne) pour revenir sur un thème classique de l'anthropologie médicale, à savoir le décalage entre représentations de la maladie chez les sujets et stratégies thérapeutiques mises en œuvre.

Cependant, Jawed surveille les mouvements de son frère et attend les pauses dans son discours avant de prendre la parole : « Ça va mieux mais Faraj me déteste [...] Il ne veut pas me parler ». Ils ne s'adressent donc pas la parole.

La seule chose qui semble faire lien entre le frère et la sœur mais qui pourtant cristallise tout autant qu'il révèle les tensions, c'est Minou. Un chat pour deux. Un être vivant dont il faut prendre soin ensemble, chacun revendiquant le fait que Minou lui appartient, que Minou le préfère, chacun sachant mieux que quiconque, et surtout que son frère ou sa sœur, comment bien en prendre soin. Seul sujet de conversation qu'ils partagent mais de manière détournée. Une piste que le médecin explore pour tenter d'aborder ce qu'elle considère comme « la normalisation des relations frère-sœur ». Mais par moment, Adiba évoque la nécessité, peut-être, d'avoir deux chats pour rendre l'un et l'autre heureux et éviter les conflits. Comme elle l'explique, elle a pour chacun de ses enfants un sentiment d'injustice – injustice d'être dans cet état pour Faraj, injustice d'en subir les conséquences pour Jawed.

Cet espace confiné semble s'être resserré sur eux comme un piège au sein duquel tous sont pris et où chacun y navigue comme il peut, composant et improvisant avec les circulations des uns et des autres. Même Faraj n'échappe pas à cet exercice. Les tensions émotionnelles invisibles se tracent dans l'espace et se matérialisent à travers les corps, en donnant une direction aux orientations spatiales individuelles, et infailliblement collectives. Un maillage flexible où chacun tisse, tend, teste, coupe et noue à nouveau des liens à l'autre. Les déplacements reflètent ces configurations affectives mouvantes et fluctuantes (Elias & Hoffmann, 1991). Au fil des séances, le mouvement est revenu. Les effets des soins médicaux sont palpables, je les observe à travers ces corps dansants. Même si la distance et l'évitement de regards et de mots sont de mise, frère et sœur partagent désormais la même pièce. Les espaces se redessinent et la place que chacun y prend est bâtie avec l'attention à l'autre, mais jamais figée ou déterminée. Dans un élan commun, ils coconstruisent des liens pour se définir et se reconnaître l'un l'autre, pour cheminer vers un aller mieux nécessairement collectif (Pluies et al., 2016).

Le jour de cette visite au domicile familial, j'ai donc observé l'impact de la maladie sur l'organisation de la vie quotidienne. Les modalités d'interactions entre les membres de la famille s'éclairent, même si, absorbée dans cet espace spatio-temporel, je ne suis plus capable, au bout de quelques heures, de les analyser sur le moment. Je suis en effet fatiguée d'avoir été sollicitée par chacun des membres de cette famille car finalement, au milieu de

ce puzzle, je tiens également une place. Je suis absorbée par Adiba d'abord, par ses mots, un flot quasi incessant qui semble ne pas se soucier de savoir si je suis ou pas déjà prise dans une autre discussion : elle parle de la vie de quartier, de son école, de la rentrée qui approche, de ce que nous pourrions faire quand je reviendrai, de ce qu'elle pourrait faire à déjeuner, mais en même temps elle pointe qu'elle a déjà beaucoup à faire. Et puis surtout, je crois qu'elle préfère me voir en dehors de chez elle. Par Jawed ensuite, qui n'échange pas beaucoup avec moi lorsque nous sommes dans le salon, mais qui tente de m'emmener dans la chambre afin que nous ayons du temps toutes les deux : elle veut que je regarde comment elle manipule avec brio ce jeu virtuel qui consiste à nourrir un chat sur sa tablette – par moment, je ne sais plus si elle parle de Minou (le vrai chat qu'elle ne peut voir cet après-midi car il est dans la chambre de Faraj) ou du chat sur la tablette – c'est troublant. Et enfin par Faraj et son père, plus en retrait, mais dont les remarques et les questions fusent, soudainement. Ils discutent ensemble, en français, donc il est relativement facile pour moi, si Adiba et Jawed me laissent ou si je suis faussement impolie en faisant mine de ne pas entendre ce qu'elles racontent, de m'inclure dans cette discussion ; ils me font d'ailleurs de la place – je suis assise seule sur l'un des sofas (ils se sont finalement assis ensemble sur l'autre). Le jeu d'évitement que je mets en place avec Adiba semble imiter, pour des raisons propres à chacun, ce que Faraj emploie avec sa mère. Cet après-midi, assise avec lui, avec eux, j'ai comme l'impression, en commentant « Un train pas comme les autres » à l'autre bout du monde, de créer un ailleurs pour échapper à la pesanteur de ce qui se joue autour de cette télévision. Faraj guette les quelques silences de sa mère pour reprendre la parole, car son occupation de l'espace ne se traduit pas toujours verbalement. Je suis soucieuse de ne pas manquer une occasion de tisser des liens. Je le vois rarement, contrairement à Adiba et Jawed, en dehors de l'hôpital. Lui et son père sortent peu et j'ai le sentiment cet après-midi de pouvoir me rapprocher d'eux. Alors, à mon tour, je guette ; mais ce sont les mots que je traque : des mots pour m'accrocher, des mots pour rebondir et des mots pour construire un échange, nouer une relation avec Faraj.

7.2.5.5. *Prendre soin ensemble malgré les différends*

À l'annonce de mon départ, Adiba m'accompagne. Mes observations sur son mode de vie m'incitent à y voir une tentative de fuite de cet espace où elle n'a pas de place. Elle

décète que les enfants doivent se joindre à elle et moi. Nous nous apprêtons pour partir. Un peu comme à l'hôpital, je retrouve des signes de résistance chez Faraj, qui tarde à se préparer. Peut-être espère-t-il rester seul ou juste avec son père à la maison, et échapper ainsi aux remontrances et sollicitations maternelles. Mais Adiba insiste et il finit par venir avec nous. Jawed est prête depuis dix minutes sur le pas de la porte, impatiente de sortir, détournant la tête chaque fois que Faraj passe, le regard ailleurs, près d'elle.

Une fois dehors, on ne comprend pas bien quel trajet Adiba souhaite emprunter pour m'accompagner à l'arrêt de bus. Jawed tente de lui proposer un chemin, mais sa mère ne l'écoute pas. Jawed le sait et n'insiste pas. Faraj, parti devant, le sait aussi. Il a l'habitude. Dans ses circonvolutions, elle nous perd, elle se perd. Elle nous donne des explications pour justifier ses choix : éviter la terre, éviter les ordures, passer près de tel magasin pour voir s'ils ont tel produit – aucun de nous n'est vraiment en mesure de comprendre son raisonnement. Elle se retrouve, seule, au milieu de la route. Nous sommes tous les trois répartis à différents endroits des deux trottoirs bordant la portion de route sur laquelle Adiba se trouve. À l'image de cette première rencontre où elle cherchait ses mots (chapitre 6), c'est sa voie qu'elle cherche aujourd'hui – tout en prétendant nous guider à travers le dédale des rues.

À cet instant, je vois le souci de Faraj et de Jawed pour leur mère. Adiba tente de nous faire venir à elle, mais Faraj, comme pour réorienter Adiba, est venu vers Jawed et moi. Adiba persévère, mais elle est sur un terre-plein qui ne mène nulle part. Faraj, Jawed et moi connaissons la route, mais les enfants connaissent également leur mère et je les devine inquiets pour elle. Ils tentent de la guider dans ces rues, lui offrent conseils et assistance mais, pour l'heure, elle ne paraît pas disposée à les écouter. Chacun leur tour, ils lui font signe de venir, lui criant, à travers la route, le chemin auquel ils pensent et l'enjoignant à revenir sur le trottoir. À ce moment, Faraj et Jawed travaillent ensemble à la sécurité d'Adiba qui semble perdue. De manière quasi invisible, sans s'être concertés, ils s'accordent pour quelques minutes et coconstruisent un chemin afin d'entourer Adiba. À cet instant, je perçois que l'un et l'autre ont saisi « l'importance de l'importance » (Laugier, 2009c, p. 181) : soutenir Adiba malgré leurs différends.

7.2.6. Assia, une travailleuse du *care* (in)dépendante

Je n'ai jamais rencontré Assia (17 ans) chez elle. Cela n'a même jamais été une option. Nous nous sommes à chaque fois vues dans des cafés, non loin d'Al-Balkhi. Nous étions toujours seules à l'exception d'une fois où sa mère s'est jointe à nous : tant que nous étions toutes les trois, la discussion s'était concentrée sur ma présence au Maroc et mon apprentissage du darija – mère et fille nourrissant des sujets éloignés de ce qu'elles savaient me préoccuper, à savoir le suivi d'Assia à Al-Balkhi. À l'occasion de cette unique rencontre, j'avais espéré pouvoir échanger quelques mots avec la mère d'Assia au sujet du parcours de soins de sa fille, mais il n'en était visiblement pas question. Assia gardait la mainmise sur sa trajectoire de soin, ses pratiques de soi, et elle semblait vouloir m'en parler que lors de nos tête-à-tête. Ce que j'interprétais comme une volonté de sa part, plus qu'un refus de la mère d'Assia de me parler, s'affichait comme l'équivalent du travail relativement solitaire que Assia avait mis en œuvre pour commencer sa thérapie et initier sa trajectoire de soins – même si elle avait dû et avait souhaité que sa mère agisse, en l'amenant à l'hôpital, et prenne acte de ce qui se produisait dans la vie de sa fille.

Une seule remarque d'Assia m'a toutefois portée à penser que, comme pour les autres enfants et adolescents, des reconfigurations familiales étaient en cours à la suite de son passage à Al-Balkhi. Lors d'une de nos rencontres, Assia partage avec moi le fait que ses parents se disputent beaucoup moins maintenant qu'elle va mieux. Elle ajoute que ses relations avec son père et son frère se sont apaisées. La tranquillité mentale et émotionnelle retrouvée coïncide avec l'apaisement des tensions familiales - une dynamique qui réjouit Assia et la conforte dans sa décision de prendre soin d'elle.

7.3. Reconnaître les voix silencieuses des enfants

J'ai dévoilé, selon les situations, les différentes dynamiques familiales impliquées dans le réaménagement des rythmes de la vie quotidienne. Contrairement aux messages clés de la guidance parentale affirmant que les mères, et dans une certaine mesure les pères, sont responsables de la conduite des changements, le travail réalisé par les enfants et les adolescents à la maison révèle qu'ils apportent leur propre élan dans la mise en œuvre et les modifications des pratiques parentales. On a pu observer que l'appropriation des outils

thérapeutiques donnait aux enfants et aux adolescents le pouvoir, c'est-à-dire une puissance d'agir non seulement sur leurs propres « comportements », mais aussi sur les pratiques éducatives parentales, et plus largement sur le modèle parental existant ainsi que sur la dynamique familiale. L'appropriation des techniques médicales par les enfants et les adolescents leur permet de construire une forme de savoir local capable d'influencer et parfois même d'inverser la hiérarchie adulte-enfant au-delà de ce que les figures d'autorité adultes – professionnelle et parents – avaient prévu. Dans un système parental au sein duquel les adultes sont identifiés comme les responsables de l'encadrement de l'environnement dans lequel les enfants, et dans une certaine mesure les adolescents, doivent être élevés et éduqués, il est inattendu que ces derniers puissent jouer un rôle similaire à leurs parents, c'est-à-dire qu'ils contribuent à définir les règles et à « poser le cadre » (selon la terminologie utilisée par les professionnelles), et donc à co-définir les règles du cadre social de la vie familiale. La soumission des enfants et des adolescents à l'ordre établi par les adultes demeure la règle et la critique ponctuelle ou plus durable de ce fonctionnement par les enfants et les adolescents est difficilement acceptable par les adultes. Christine El Ouardani, à propos des réformes scolaires et de la hiérarchie enseignant-élève au Maroc, montre d'ailleurs qu'il existe la volonté politique de changer les modèles autoritaires – comme celui de la parentalité – dans le but de « *discipline student (and teacher) bodies into new modes of authority that emphasize collaboration and critical thinking over submission and obedience* » (Christine El Ouardani, 2018, p. 131). La soumission et l'obéissance ne sont donc plus, dans les politiques publiques concernées par les enfants et l'enfance, un idéal ; le sens critique, la participation des enfants, l'échange et la discussion avec les figures d'autorité devraient ainsi être les nouveaux fondements de l'approche éducative. Christine El Ouardani explique aussi comment cette modification de la relation adulte/enfant suscite débat et controverse, car l'idée existe que ce nouveau type d'éducation, avec ces nouvelles conceptions et réformes, pourrait être moins efficace, c'est-à-dire être moins à même de préparer les enfants à devenir des adultes dignes de la société. Cette crainte, je l'ai décelée chez les professionnelles d'Al-Balkhi qui, face à des enfants et adolescents dont l'autonomie est considérée défaillante, mettent en œuvre des pratiques de soins relevant de cette logique relativement conservatrice (en termes de hiérarchie adulte/enfant ou adolescents), perçue comme un gage de qualité pour conduire ces enfants et adolescents vers une meilleure version de soi.

Michel Foucault soutient que dans toute relation de pouvoir, il y a toujours la possibilité de résistances (Foucault, 1972) ou comme le souligne Colin Gordon dans la postface de *Power/Knowledge* : « the human material operated on by programmes and technologies is inherently a resistant material » (Gordon, 1980) 1980, p.255). Ainsi, considérant que dans toute relation, il y aura de multiples combinaisons de pouvoir et de résistance (« des stratégies », dirait Michel Foucault), la possibilité de l'émergence de la critique de la hiérarchie parents/enfants par ces derniers n'est que peu surprenante. L'idée de « matériau » se retrouve également chez Erving Goffman (1968, pp. 263-282) qui qualifie de « matériau humain » les corps des patients psychiatriques étudiés : ce terme lui sert à décrire les « objets animés » que sont les hommes soumis au travail de maniement du personnel asilaire. La pensée du sociologue américain et du philosophe français converge, tous deux affirmant que ce matériel humain, à la différence des autres matériaux, est doté d'une capacité de produire des résistances, des formes de critique, bouleversant le dessein et le travail poursuivis par les institutions gouvernant leurs corps. Les moments de résistances des enfants et des adolescents, les instants durant lesquels ils ne suivent plus les règles à la lettre, reflètent donc cette dualité de leur condition d'enfant ou d'adolescent : être manipulé (agis) mais aussi manipuler en retour (agissant) – deux mouvements signes de la dynamique nécessairement interactionnelle dans laquelle enfants/adolescents et adultes sont pris.

De manière connexe, Michel Foucault écrit « c'est par la réapparition de ces savoirs locaux des gens, de ces savoirs disqualifiés que s'est faite la critique. » (Foucault, 2012, p. 12). De plus, Michel Foucault ajoute que le savoir local est « capable d'opposition et de lutte contre la coercition d'un discours théorique unitaire, formel et scientifique. » (*Ibid.*, p.12-13). Ainsi, il apparaît que les outils (devenus ordinaires) utilisés par les enfants et les adolescents sont devenus des sources (critiques) de savoirs locaux qui se transforment en outils de reconfiguration de l'autorité des adultes. Ainsi, Mufida a utilisé le tableau pour convaincre sa mère des activités à faire ou à ne pas faire, parvenant à trouver un accord sur la répartition des tâches domestiques : elles ont construit des interprétations et des significations communes sur les activités en discernant et en reconnaissant les émotions associées (l'énervement et le stress associés au fait de s'occuper de sa petite sœur, la tristesse de ne pouvoir se divertir avec ses amies, la joie de danser et de chanter, ou encore le plaisir de cuisiner). Par ce processus commun de suivi du tableau et de renvoi partagé aux échanges tenus avec le médecin (chapitres 5 et 6), Mufida et Jahida ont créé une forme de savoir local

du trouble et de ses manifestations, qualifiant conjointement les émotions et les actes et identifiant les moments durant lesquels ils surviennent. Ce savoir se fonde sur l'utilité explicite construite au quotidien avec des outils qui produisent du sens à certains moments précis pour les enfants et leurs parents fréquentant Al-Balkhi. Comme l'affirme Michel Foucault, les exemples présentés montrent que la puissance et la résistance ne sont pas seulement le résultat d'appareils, mais existent partout et à chaque instant où une technique est mise en œuvre. Dans le cas présent, le pouvoir d'agir, qui peut entraîner des formes de résistance à la hiérarchie parents/enfants ou parents/adolescents, prend racine dans la vie quotidienne et se manifeste à des instants spécifiques.

Dans un ouvrage consacré à la question morale en anthropologie, Didier Fassin présente les « pratiques de soi » de Michel Foucault. Il rappelle que cette approche est la manifestation de l'intérêt du philosophe pour la « tension dont elles procèdent entre assujettissement et subjectivation, entre imposition de l'extérieur et transformations de l'intérieur. » (Foucault, 2013, pp. 65-73). La référence aux « pratiques de soi » s'est faite par l'attention au versant visible de leurs implications, donnant de précieux outils pour appréhender les manières dont les enfants changent leurs « comportements » tant à l'hôpital qu'au domicile. Ainsi, « l'attention portée aux techniques de soi et au gouvernement des autres » chez Michel Foucault (*Ibid.*) m'est apparue inévitable pour décrire ce que j'observais à Al-Balkhi. Mais deux questions persistent à la suite de cette analyse : n'est-il donc question que de conflit et de résistance, et plus largement de relations de pouvoir ? Et surtout, comment décrire cette transformation intérieure impliquée par « les pratiques de soi » ? Un impossible méthodologique ? Michel Foucault définit la détermination de la substance éthique : « la façon dont l'individu doit constituer telle ou telle part de lui-même comme matière principale de sa conduite morale » (*Ibid.*). Comment parvenir à saisir cette « substance » sans avoir le sentiment d'être dans l'intuition plus que dans la description ? Michel Foucault lui-même a formulé une ébauche de réponse :

« On pourrait imaginer de la même façon une philosophie qui aurait pour tâche d'analyser *ce qui se passe quotidiennement dans les relations de pouvoir*, une philosophie qui *essaierait de montrer de quoi il s'agit*. » (Foucault, 540-1 in Laugier, 2009b, p. 88)

Cette philosophie imaginée conceptualisée par Michel Foucault sous le terme de « philosophie analytico-politique » est, *a posteriori*, ce qui m'a poussée à me tourner vers les éthiques du *care* et la « politique de l'ordinaire ».

Les outils ordinaires décrits sont une jonction cruciale entre l'approche de Michel Foucault et celle de l'éthique du *care*. Ils sont, comme résumé plus haut, source de savoirs et, comme l'écrivent Patricia Paperman et Sandra Laugier dans la préface du *Souci des Autres*, les savoirs sont utiles car la morale est une question de « savoir “ce qui est important” » (Paperman & Laugier, 2011, § 10). Les usages des outils (devenus ordinaires) par les enfants et leurs parents donnent lieu à l'identification de ce qui est important pour chacun d'eux. Ils sont un moyen de mettre en lumière ce qui compte pour chacun, avec l'émergence d'accords mais aussi de désaccords mais qui, tous, contribuent à rendre saillant ce qui mérite *une attention, ce qui est important*. Ces dynamiques d'accords donnent au *care* ses différentes qualités, desquelles de multiples configurations de relations émergent. À partir de ces savoirs, formés par l'usage des outils, des décisions peuvent être prises. En ce sens, les savoirs disqualifiés de Michel Foucault résonnent avec « les voix subalternes jusqu'alors disqualifiées » des théoriciennes du *care*. Des perspectives différentes, certes, mais complémentaires qui offrent, par un travail de contextualisation, la possibilité de conjuguer certains de leurs aspects pour mettre en avant ce qui se joue de la clinique au domicile des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi.

Puis un autre point me trouble : n'est-il question que de pouvoir et de résistance ? L'approche par le savoir et le pouvoir n'est qu'une étape dans le raisonnement ici déroulé car l'objectif, je l'ai dit, n'est pas de dévoiler la puissance d'agir des enfants, hypothétique disposition intrinsèque qu'ils auraient ou n'auraient pas et que les chercheurs, pris dans une quête de justice sociale et politique, tenteraient de débusquer (Garnier, p.164). Regarder et écouter autrement, « rendre visible », a été la ligne conductrice de ce travail, et la puissance d'agir des enfants, si elle a surgi au cours de l'analyse, doit être pensée en lien avec son contexte d'expression – à savoir le quotidien, l'ordinaire. Leurs manières d'être et d'agir sont à situer dans des contextes (narratifs) et dans la trame du quotidien constitués par les entrelacements de leur soi, de leur environnement et des autres. Cette perspective m'a conduite à vouloir me distancer des approches classiques de la recherche avec les enfants et sur l'enfance par le prisme de l'*agency* et des structures, pour me rapprocher des éthiques du *care* afin de « mettre sous nos yeux » leur « texture d'être » et leurs manières « d'habiter le

monde ». Cette boucle entre soi, les autres et l'environnement est le nœud que j'ai choisi d'étudier afin d'appréhender la vie quotidienne des enfants et des adolescents rencontrés à Al-Balkhi. Avant de développer plus systématiquement l'intérêt de l'approche par le *care*, comparativement à celle de l'*agency*, et ses apports pour la socioanthropologie, les théories du *care* et le monde médical (tel que défini par Anselm Strauss), j'aimerais rappeler la spécificité des approches du *care* au regard de la morale.

L'éthique du *care*, initialement formulée ainsi par Carol Gilligan dans les années 1980, se veut une critique de la théorie de la psychologie du développement moral tel qu'il est pensé par Lawrence Kohlberg (Molinier et al., 2009). Pour la première théoricienne du *care*, l'éthique de la justice de Lawrence Kohlberg exclut les voix morales différentes à sa logique. En cherchant à restituer la perception de ces autres expressions morales, les voix de celles pour qui une action (éthique) est accomplie « personnellement grâce à la communication dans les rapports humains » et non de « façon impersonnelle par les intermédiaires de la logique et de la loi » (*Ibid.*, p.9), Carol Gilligan ouvre la voie à la reconnaissance de l'expérience de certaines femmes qui jusqu'alors n'avait pas été mise en mot car non alignée avec la logique. Mais le *care*, tel qu'il est connu aujourd'hui et utilisé dans ce travail, a largement été influencé par Joan Tronto qui, comme l'écrivent Pascale Molinier et ses coauteurs, « a proposé une définition du *care* ne reposant plus sur une disposition psychologique qui serait inhérente au développement psychocognitif des femmes, mais sur une série d'expériences ou d'activités. Ce déplacement est considérable en ceci qu'il dénature le *care* et son sujet (je souligne) » (*Ibid.*, p.11). Le tournant initié par Joan Tronto dans les années 1990 est ce qui m'a conduit à m'appuyer sur l'éthique du *care* afin de rendre compte et d'analyser ce que j'ai observé sur mon terrain. La dénaturalisation opérée par l'auteur constitue le socle du raisonnement poursuivi dans ce travail. Le fait que le *care* ne soit plus perçu comme une disposition par nature mais « un savoir que chacun est susceptible de s'approprier dans l'intérêt de tous » m'offre un outil de compréhension des manières d'être et d'agir des enfants rencontrés à Al-Balkhi. Plus largement, elle a favorisé l'apport d'éléments de réponse aux questions de cette thèse, à savoir : que font les enfants en psychothérapies et que font les psychothérapies aux enfants ?

Le recours à l'éthique du *care* a des implications dans trois domaines différents : en socioanthropologie de l'enfance, elle permet de renouveler certaines des approches élaborées pour penser « l'*agency* » des enfants (apport du *care* à la socio-anthropologie de l'enfance) ;

pour les éthiques du *care*, mon approche produit de nouvelles illustrations – enfantines - des pratiques de *care* (apport du *care* au *care*) ; enfin, pour le domaine de la santé mentale, le recours au *care* effectué offre un nouvel éclairage sur ce qui se joue en thérapie avec les enfants, et notamment dans les dispositifs cognitivo-comportementaux (apport du *care* au *cure*). Au croisement de ces trois cheminements de pensées se trouve la contrainte qui, comme je le développe ci-dessous pour clore ce travail, couvre ou étouffe les voix (morales) silencieuses des enfants, malgré les résistances, les critiques qu'ils peuvent exprimer par moment mais qui restent inaudibles et invisibles. Pour comprendre ce raisonnement, je repartirai de la contrainte telle qu'elle est énoncée dans les théories du *care*, pierres angulaires de ce travail, avant d'en détailler les implications.

J'ai montré dans quelles mesures le rôle de travailleur du *care* ou de contrebandier endossé par les enfants et les adolescents requiert un travail soutenu et exigeant qui, à mon sens, dépasse ce que les auteures de l'éthique du *care*, lorsqu'elles évoquent les enfants, nomment une « contrainte affective » :

« La contrainte, pour la petite fille qui doit se soucier de l'hygiène corporelle de ses frères, c'est la demande maternelle. Dans ce cas, la contrainte est avant tout affective, il s'agit de ne pas décevoir la mère, de ne pas risquer de perdre son amour » (*Ibid.*, p.15). »

Cette idée de « contrainte affective » me trouble à un double niveau, celui de la responsabilité du travail (activement) effectué et celui du souci envers l'autre.

L'analyse faite par les auteures à partir de la « demande de la mère » adressée à « la petite fille » n'est pas sans évoquer « la demande parentale » qui conduit les enfants et les adolescents rencontrés à Al-Balkhi à y être suivis. Dans les deux cas, il s'agit d'une demande formulée par un adulte et pensée comme une contrainte pour l'enfant, mais cette demande est à décomposer en plusieurs temporalités – ou du moins deux pour ce qui concerne mon propos : premièrement, la demande formulée par les parents ; et deuxièmement, la réponse apportée par les enfants. La seconde partie de la réaction enfantine inclut le travail effectué (une réponse parmi d'autres) et la responsabilité que ce travail implique (dans le cas où une réponse est effectivement donnée par les enfants). Or, cette réflexion autour de la « contrainte affective » me paraît évincer un point important qu'est le travail de *care en train de se faire*, à savoir les pratiques du *care* – éléments au cœur de l'argumentation des éthiques

du *care* mais qui se trouvent évacués du « visible » ou du perceptible lorsque les enfants apportent une réponse à une demande pensée contraignante. Percevoir le travail de *care* des enfants *en train de se faire*, c'est-à-dire les pratiques de soins qu'ils accordent aux autres, conduit, semble-t-il, à visibiliser *la responsabilité effective* portée par « la petite fille » ou par les enfants rencontrés à Al-Balkhi. En outre, pour certains enfants et adolescents présentés dans ce travail, le passage au domicile renforce cette responsabilité (comme dans le cas d'Amar), dans la mesure où tous les parents ne sont pas au fait des multiples modalités d'usage des outils et des attentes relatives, définies dans la clinique. En effet, malgré la guidance parentale, les parents ne sont pas toujours en accord, pour différentes raisons expliquées au chapitre 8, avec les objectifs thérapeutiques et leurs finalités. Dans ces cas de figure, il est du ressort des enfants d'adapter, de mettre en place, de créer, d'improviser le « cadre » à même de pouvoir accueillir, ou du moins favoriser, l'utilisation des outils thérapeutiques acquis à Al-Balkhi ; il est de leur responsabilité de créer de nouvelles règles pour le cadre social dans lequel ils sont amenés à utiliser les outils thérapeutiques. L'idée de *contrebande* que j'ai associée aux outils thérapeutiques devenus ordinaires dans le contexte du quotidien est la conséquence de la malléabilité tangible observée et identifiée comme propice aux mouvements d'appropriation improvisée décrits – improvisée car si leur transfert est souhaité, les transformations faites ne sont pas nécessairement anticipées, faisant de la malléabilité le résultat de l'action des enfants et des adolescents. Ainsi, même dans un « souci de soi », par peur de perdre l'amour maternel, l'action de la « petite fille » résulte en la réalisation (responsable) de ce qui doit être fait.

Mais un autre point important est à souligner vis-à-vis de la contrainte : il concerne le fait que, de même qu'elle n'annule pas la responsabilité, je constate que la contrainte ne dissout pas le souci des autres. Affirmer que « la petite fille » se soucie de ce qu'elle pourrait perdre, c'est ne pas voir que pour accorder le soin, certes demandé, elle doit toutefois porter attention à ses frères, elle doit *percevoir* et *agir* pour pouvoir déployer la pratique de *care* – aussi contraignante la demande puisse-t-elle être. Les enfants rencontrés à Al-Balkhi, je l'ai exposé, sont soucieux de ce qu'ils font – malgré la contrainte initiale les amenant à être en séance ou en consultation, ils sont appliqués et impliqués dans le travail de *care* envers eux-mêmes. Pour pouvoir être dans cette dynamique, les enfants ont dû apprendre à prendre soin d'eux-mêmes, mais aussi, cela a été pointé, à être soucieux des autres et de leur environnement. Leurs manières d'être et d'agir avec les professionnelles ou leurs parents

sont les traces de ce « sens de l'important » (le *care*) qui les habitent ou qui vient les habiter au fur et à mesure de la thérapie et façonnent leurs interactions avec leur entourage. Le travail de récompense et de punition pourrait façonner la réponse des enfants – comme attendu – mais il est en fait peu respecté par les parents qui se trouvent, notamment en raison de contraintes matérielles, émotionnelles et autres, dans l'impossibilité de poursuivre ce système recommandé par les professionnelles. Je ne l'ai que rarement vu à l'œuvre. Néanmoins des formes de gratification non matérielles se produisent, sont visibles et j'estime que les enfants les perçoivent et qu'elles alimentent leurs pratiques. Je pense par exemple à la joie de Jahida, aux tensions moindres d'Aïcha, aux sourires de Nour, aux instants de répit qu'Adiba trouve face au médecin. Ainsi, si l'usage des outils et la motivation à les employer se nourrissent du « souci de soi » initié, expérimenté, et donc incorporé (en partie) à l'hôpital, ils relèvent également d'un « souci des autres » poursuivi par les enfants en famille.

Voyons maintenant quelles sont les implications de ce que je viens de développer pour les trois domaines précités – à savoir la socio-anthropologie de l'enfance, les éthiques du *care* et la pédopsychiatrie.

7.3.1. Apport du *care* à la socio-anthropologie de l'enfance

Chez chacun des enfants et des adolescents rencontrés à Al-Balkhi se trouve le sens de l'important, de ce qui compte. Leurs langages singuliers, faits de « gestes, de manières, de styles » (appris à l'hôpital et exprimés au domicile), leurs usages des outils le dévoilent. Rezik ne montre pas à ses parents qu'il sait écrire en amenant feuille et stylo dans le salon – il s'extirpe de l'espace de travail familial pour trouver du temps seul dans sa chambre, donnant à sa famille un temps de répit autant qu'il s'en offre un. Les traces de sa générosité s'observent sur le seuil de la porte de sa chambre. L'expérience du silence, du retrait sur soi expérimenté à l'hôpital est arrangé dans ce nouvel espace. À l'inverse, Amar ne part pas dans l'autre pièce pour s'isoler et écrire tranquillement seul dans un coin de l'appartement – il reste dans le salon et nous demande de nous taire pour pouvoir travailler, donnant l'occasion à sa famille de voir qu'il sait travailler calmement. La mise en scène de son travail met en relief sa persévérance : la pratique de temps paisible (assis au petit bureau en train d'écrire ou de faire un puzzle) à l'hôpital a été transférée et transformée dans le petit salon

familial. Quant à Mufida, elle ne tient pas à garder sa pratique de la danse secrète : elle souhaite la partager avec Jahida et l’y entraîne, donnant l’opportunité à sa mère, sa sœur et elle-même de passer du bon temps ensemble – la douceur et la beauté de certains moments méritent d’être partagées. Les incitations à passer du temps en famille et à mettre de côté la colère nourrissent ces instants joyeux. Je suggère, suivant les éthiques du *care*, que ces usages circonstanciés du langage, ces moyens d’expression appris, expérimentés et éventuellement passés en contrebande au domicile, montrant ce qui compte pour eux et pour leur famille, témoignent de leur « texture d’être », de leur manière d’habiter le monde, de ce qui compte pour eux dans les trames de relations humaines dans lesquelles ils sont pris. Adulte ou enfant, nous possédons tous une texture singulière, mais le caractère inachevé associé aux enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi péjore la perception, par les professionnelles et les parents, de la vision morale de ces derniers.

À ce propos, Sandra Laugier considère que « c’est bien dans l’usage du langage (choix des mots, style d’expression et de conversation) que se montre ouvertement ou s’élabore la vision morale d’une personne, sa texture d’être. » (Laugier, 2009b, p. 84) Cette « texture » chez les enfants et adolescents rencontrés, nous la découvrons en étant attentifs, en tant que chercheurs, aux usages des outils ordinaires, aux réponses faites et aux silences maintenus face à leurs parents, membres de la famille ou professionnelles. Cette « texture » est « la vision morale » de chaque enfant rencontré, celle qui les amène à user, de manière singulière, des outils pourtant similaires que l’on peut identifier, sur la base des visées thérapeutiques, comme des pratiques de soi visant leur autonomie. D’un processus clinique quasi uniforme – mais variant selon les motifs de recours des parents (vers une thérapie (ré)éducative ou une psychothérapie) et les compétences parentales supposées par les professionnelles – émergent des pratiques multiples en lien avec cette vision morale de leur environnement. De leur sens de l’importance se reflète leur « texture d’être », témoin de leur compétence morale singulière, personnelle. J’ai fait le choix de donner à chacun des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi un prénom signifiant la texture que j’ai décelée chez eux à force d’observations et de temps partagé. Incarnation de l’éthique des qualités construites par Joan Tronto et documentée dans ce travail, ces prénoms permettent de mettre en lumière les qualités morales, les compétences éthiques qui, par moments, s’expriment dans les expressions quotidiennes enfantines et adolescentes.

Pour rappel, j'ai décrit Rezik, le généreux, comme un garçon à qui une grande attention est portée – le lieu de vie de la famille, le travail (salariné) de son père, les sacrifices (matériels) de sa sœur, le travail (domestique) de sa mère. Mais en retour, Rezik donne, rend cette attention par des questions, par des signes de tendresse, par la discussion et par ces saynètes qu'il clame à un public rieur et fasciné. J'ai aussi noté chez lui une volonté de se retirer, de s'éclipser pour offrir aux autres un temps de répit durant lequel ils n'ont plus besoin de se soucier de lui. Sa chambre est un refuge, lieu de suspension d'une attention généreuse qu'il tente de rendre en retour.

J'ai aussi retracé des bribes du parcours de soins et biographique d'Amar, le persévérant, relativement esseulé : son père est peu présent en raison de ses horaires de travail en tant que maraîcher, ses frères aînés refusent de prendre soin de lui car ils le jugent intenable, et sa mère épuisée et dépassée ne peut l'accompagner dans les apprentissages qu'il devrait accomplir. Il s'accroche pourtant à ses cahiers, au stylo, il enchaîne les lignes d'écriture en réponse à la demande persistante de sa mère qui aimerait qu'il sache écrire. Des enfants que j'ai pu observer à domicile, c'est le plus doué pour la contrebande : des exercices intellectuels au positionnement du corps, il porte à bout de bras les pratiques et outils thérapeutiques en dépit de l'investissement modéré de ses parents.

Puis j'ai raconté le parcours de vie et de soins d'Adil, le juste, un garçon soucieux de dire l'expression adéquate (lorsqu'il salue sa famille ou les professionnelles), de faire le bon geste (lorsqu'il dessine, réalise un puzzle, prend la parole dans un groupe) mais aussi de permettre aux autres (sa petite sœur, son père, ce camarade d'activité thérapeutique) d'agir adéquatement, en leur pointant quoi faire. De sa manière de voir le monde – les choses ont une place, un ordre à respecter – découle un ordonnancement rassurant qu'il souhaite partager (certes de manière parfois abrupte) avec les autres ; dans sa logique, je pressens que ce qui est rassurant pour lui devrait l'être pour les autres. Lorsque son père lui fait remarquer que sa manière de voir ne convient pas aux autres (lorsqu'il défie son autorité, lorsqu'il quitte, fâché, une séance d'orthophonie sans dire au revoir), il sait s'excuser, chagriné qu'il est d'avoir pu causer de la peine.

Pour les adolescents j'ai pareillement identifié des qualités éthiques guidant leurs actions. J'ai nommé Mufida en lien avec ses inspirations à la beauté et à la douceur. Ses actions étaient marquées par un souci de nettoyer (passant le balai plusieurs fois par jour) et d'ordonner la maison, avec une attention à la symétrie des objets, en prenant le soin de cacher

les trous dans le tissu des fauteuils par exemple ou de remettre correctement le rideau situé entre le salon et la cuisine pour que le salon. Elle portait le même soin à ses vêtements (cacher les trous, nettoyer ses chaussures, remettre les petites mèches de cheveux dans sa tresse) ; puis peu à peu, elle a pris pareillement soin de sa petite sœur, de sa mère, leur arrangeant cheveux et voile avant de sortir, et a tenté de leur transférer, de leur glisser ce souci de soin. Ces élans, je les perçois comme une volonté de repousser ces temps passés que sa mère a décrits et durant lesquelles les objets étaient cassés sous la violence de son père, dans la maison très modestement aménagée en raison de la pauvreté de la famille.

J'ai appelé Assia cette jeune fille envieuse de (re)trouver une tranquillité avec elle-même (ne plus avoir ces pensées obsessionnelles qui l'empêchaient de mener sa vie d'adolescente comme elle le souhaitait) mais aussi avec ses parents, ses amis, ses professeurs. Un statut de quasi-paria est né à la suite de ses questionnements, notamment en lien avec l'existence de Dieu et des religions, l'excluant des cercles sociaux auxquels elle appartenait et la confinant dans un état psychique et physique de solitude. La thérapie qu'elle a voulue concrétise son souhait d'être apaisée avec elle-même et d'apaiser les relations avec les autres. Elle poursuit actuellement ce mouvement par son investissement dans des mouvements associatifs œuvrant à ce que l'on pourrait qualifier de paix sociale (défense des droits des patients, défense des professionnels de santé, défense des droits des femmes).

Enfin, il y a Faraj dont l'apparent désintérêt révèle l'envie d'ailleurs, le souci de s'échapper, le souhait de trouver des îlots de repos, de soulagement, pris en étau entre sa mère et son père que les conflits et les remords semblent unir. Ses manières de se créer des temps de repos éloignés de ces conflits peuvent paraître violentes (notamment en considération de l'exclusion de sa petite sœur du foyer familial), mais ils sont à la hauteur de la pression vécue par ce garçon fatigué d'être tiraillé entre père et mère et qui fait le choix, en se retirant, de ne plus être au centre. Cela fonctionne partiellement, il parvient à se libérer la nuit de ces emprises parentales, au prix de consultations psychiatriques qu'il estime plus utiles pour sa mère que pour lui-même. Le soulagement qu'il recherche et qu'il s'accorde pourrait être bénéfique à l'ensemble de cette famille qui, faute de pouvoir mettre de la distance dans leurs relations, à l'image de Faraj, bataille à être ensemble et se dispute en permanence.

De ces manières d'être et d'agir transparaissent les visions du monde de chaque enfant et adolescent, de ce qui compte pour chacun, de ce qui fait sens dans leur vie quotidienne en

fonction de leurs conditions de vie, de ce qui est important à leurs yeux en fonction, aussi, des yeux de leurs parents avec qui ils vivent. Parfois il y a convergence, parfois des luttes se profilent dans les choix opérés par les enfants ou adolescents. Dans tous les cas, leurs expressions dévoilent leur vision morale du monde.

Concernant les compétences éthiques, Sandra Laugier poursuit : « La définition de la compétence éthique en termes de perception affinée et agissante » met « le *care* [...] à la racine de l'éthique [...] » (Laugier, 2009b, p. 84) Cette compétence est donc de l'ordre de l'attention et des manières d'être et d'agir qui en découlent. Ainsi, comme le confirme l'auteure, la morale n'est pas un raisonnement, mais une pratique.

« Il n'y a pas de *concepts* moraux univoques qu'il ne resterait qu'à appliquer à la réalité pour délimiter des objets. Nos concepts dépendent, dans leur application même, de la vision du "domaine", de la narration ou description que nous en donnons, de notre intérêt personnel et désir d'exploration (ce qui est important pour nous). Ici, dans l'idée d'importance, nous avons aussi une autre formulation du *care* : ce qui est important (*matter*) pour nous, ce qui compte » (Laugier, 2014, § 13)

L'hôpital et l'apprentissage des outils thérapeutiques qui s'y exerce permettent aux enfants et aux adolescents d'affûter ce sens de l'importance que nous retrouvons ensuite décliné sous des formes diverses à leur domicile. Ils n'y apprennent pas des concepts moraux mais y pratiquent des manières d'être et d'agir (écouter, écrire, lire, s'asseoir, parler) qui s'entremêlent à leur intérêt personnel dès lors qu'ils rejoignent leur lieu de vie ordinaire. Dans cet environnement, ce sens de l'importance se combine aux caractéristiques de l'environnement peuplé par les autres, la famille, les amis, les professeurs. De la tendresse pour ce père fatigué de sa journée de travail (Rezik), des cahiers d'écriture pour nourrir le rêve de sa mère qui n'a jamais appris à lire ou à écrire (Amar), de la justesse et de l'écoute dans les échanges avec ses proches pour contrer les reproches qui lui sont faits quant à son supposé manque de flexibilité (Adil), de la beauté et de la propreté dans la maison familiale et sur les corps féminins qu'il faut embellir pour oublier le passé et avancer vers un futur plus lumineux (Mufida), de l'isolement pour se protéger et ne pas subir les remontrances parentales et entendre les plaintes de sa mère (Faraj) et enfin de la poursuite de ses rêves pour faire ruisseler auprès de ses proches l'apaisement trouvé en empruntant cette voie (Assia).

À partir de leurs actions quotidiennes, nous comprenons alors comment se tissent *sens de l'importance et compétence morale*, tissage au fondement du raisonnement qui est le mien et qui m'a permis de démêler et de comprendre *ce qui se passait sous mes yeux*, c'est-à-dire le travail de *care* accompli par les enfants et les adolescents rencontrés à Al-Balkhi. La dimension pratique de la compétence éthique ou morale est centrale dans l'analyse, car elle permet d'appréhender son déploiement. Sur ce point, l'auteure ajoute :

« [L]a morale (et la politique) concerne alors notre capacité à lire, voir, et apprécier l'expression morale. Or cette capacité d'expression n'est pas purement affective, elle est conceptuelle et langagière – c'est notre capacité à bien faire usage des mots, et à les utiliser dans de nouveaux contextes, à répondre/réagir de façon appropriée à autrui » (Laugier, 2009b, p. 84)

En me positionnant du côté du *care*, je prête donc aux enfants et aux adolescents rencontrés à Al-Balkhi cette compétence morale ou éthique, fruit de l'usage de ces mots particuliers que sont les outils ordinaires qu'ils utilisent. Leur morale, c'est-à-dire leur capacité à lire, à voir et à apprécier, à répondre/réagir (par moment) de façon appropriée à autrui, je la perçois en tant que chercheuse en observant et en considérant l'expression des gestes qu'ils effectuent dans leur vie quotidienne. Comme les enfants et adolescents rencontrés, en étant à l'hôpital puis au domicile avec eux, j'ai appris, j'ai aiguisé ma capacité à lire, à voir et à percevoir l'expression morale. Dans cet aller-retour entre les espaces, ces expressions répétées et transformées sont apparues comme un langage et non le fruit du hasard ou de la contrainte affective. Comparativement à l'approche classique dite de l'*agency* développée pour appréhender sociologiquement le « monde des enfants », cette lecture par le *care* m'a permis de penser autrement leurs manières d'être et d'agir.

L'approche par l'*agency* se focalise sur les capacités d'actions des enfants et le fait qu'ils soient des acteurs indépendants. Nombre de recherches se donnent pour objet la mise en lumière de ces compétences, de leur acquisition, de leur expression et de ce qu'elles permettent aux enfants et aux adolescents de faire ou de ne pas faire. Il ressort des analyses que ces derniers sont des acteurs sociaux dont la dépendance aux adultes devrait être relativisée à la lumière de ce dont ils sont capables en termes de choix et d'idées (prendre des décisions en amitié, dans le choix des vêtements, dans la consommation de biens culturels, dans les choix de régimes alimentaires). La notion d'*agency*, écrit Pascale Garnier

« s’oppose à la vision d’un être passif, incompétent, vulnérable, dépendant, incomplet » (Garnier, 2015a, p. 161). En se référant à cette notion, les chercheurs visent à documenter les capacités individuelles d’acteurs autonomes des enfants, caractéristiques considérées intrinsèques à l’enfance et aux enfants, et à examiner leur exercice en fonction des contraintes et ressources. Les fondements théoriques du *care* permettent de se décaler de cette vision et de faire émerger un autre regard et une autre compréhension de ce qui se joue entre les enfants et les adultes.

7.3.1.1. *Autonomie versus interdépendance*

À la différence de l’approche par l’*agency*, celle du *care* n’est pas sous-tendue par l’idéal d’autonomie mais par l’interdépendance des dominants (ici les adultes) et des dominés (les enfants et les adolescents rencontrés à Al-Balkhi). « La perspective du *care* souligne l’interdépendance et la vulnérabilité de tous : nul ne peut prétendre à l’autosuffisance » (Molinier et al., 2009, p. 25). Cette manière de penser pose un autre cadre pour envisager les actions et réactions des uns et des autres, des uns par rapport aux autres. Pour les chercheurs, elle change l’angle d’approche : elle n’implique pas, à l’instar de l’*agency*, de prouver l’indépendance et l’autonomie des enfants par rapport aux adultes puisque son point de départ est la dépendance des uns aux autres, principe de réalité commun à toutes et tous, quelles que soient les vulnérabilités singulières des uns et des autres. Cette perspective m’a permis de rendre compte des interdépendances constatées entre enfants et parents (même si je reconnais qu’une asymétrie existe dans les niveaux de dépendance, la survie biologique de l’enfant dépendant de ses parents par exemple). Sur les effets de l’autonomie comme principe organisateur de nos sociétés (principe poursuivi implicitement par l’approche de l’*agency*), Pascale Molinier écrit que « dans une société fondée sur l’autonomie, règne l’idée que nous sommes les auteurs de nous-mêmes, les propriétaires de nos idées et nos œuvres » (*Ibid.*, p.26). Ainsi, avec les éthiques du *care*, l’interdépendance entre enfants et adultes surgit, ce ne sont pas seulement les enfants qui ont besoin des parents, mais peut-être que les parents ont aussi besoin, par moment, des enfants. Cette pensée, conjuguée aux actions quotidiennes des familles, m’incite à suggérer que ce ne sont pas seulement les parents qui produisent et modifient l’enfance et l’adolescence et les enfants et adolescents, mais que les enfants et les adolescents produisent également la parentalité et les adultes qui l’exercent,

les modifient avec les éléments appris, expérimentés à l'hôpital. Ainsi, en montrant comment les enfants changent avec les thérapies mises en œuvre par des adultes soucieux de leur aller mieux, je dévoile également les conséquences de ces suivis dans les familles par l'action combinée (plus ou moins en accord selon les enfants et adolescents, les parents et les professionnelles) de l'ensemble des acteurs. pris dans ce que je qualifie de ronde du *care*. Dans ce cercle, chacun voit l'autre, il n'échappe pas au regard de l'autre et l'autre n'échappe pas à son regard non plus.

7.3.1.2. *Soi, les autres et l'environnement*

Avec l'éthique du *care*, les actions enfantines ne sont pas analysées en tant que « stratégies » élaborées par la rationalité de jeunes « stratèges » et résultant en des ajustements entre une condition et une fin (améliorer son quotidien à l'hôpital, être ami avec le fils du directeur de l'école, s'habiller autrement pour se démarquer de l'un de ses parents). Leurs actions apparaissent comme étant guidées par une attention au sensible, aux émotions qui les constituent et qui les entourent. Leurs réactions à l'environnement sont construites en lien avec l'attention qui y est portée. C'est probablement la distinction la plus importante entre ces deux approches : alors que l'*agency* s'intéresse à l'individu autonome, les théories du *care* incluent l'individu dans une ronde du *care* au sein de laquelle le soi, les autres et l'environnement forment l'existence quotidienne, trament la vie dans ce qu'elle a de plus ordinaire. Quelle que soit la perspective, *agency* ou *care*, le souci de soi apparaît être au cœur, au fondement des actions des enfants et adolescents. Néanmoins ce souci de soi est un point de départ dont les ramifications prennent ensuite des chemins épars selon l'angle d'approche favorisé pour les étudier. Corollaire de la centralité de l'autonomie dans les approches par l'*agency*, les enfants, par ce prisme, sont montrés pour ce qu'ils accomplissent pour eux-mêmes, avec les implications sur les autres. Mais la perspective du *care*, que je qualifierai d'« interdépendentiste », invite à considérer les agissements des enfants sur eux-mêmes mais aussi sur les autres et l'environnement. L'attention, source du déploiement de manières d'habiter le monde des enfants et des adolescents, est visibilisée comme processus d'apprentissage travaillé via les dispositifs de soins et l'usage des outils thérapeutiques, alors que l'*agency*, tel que le souligne Pascale Garnier, est prise comme une donnée a priori, « une possession » (2015, p.168) que les enfants ont.

Ainsi, avec les éthiques du *care* surgit l'idée que la possibilité de lire et d'agir, « cette sensibilité au sens, qui rend possible de répondre [...], est un produit de l'attention et du *care* » (2009, p.84). Dans ce sens, la compétence morale rend compte du faire avec et faire pour l'autre (les parents ainsi que les frères et sœurs), éclairant d'une autre façon leurs interactions quotidiennes teintées de leur vulnérabilité commune – même si, par leur condition d'enfants avec des difficultés motrices, intellectuelles, émotionnelles, ce quotidien est plus compliqué que pour d'autres personnes. Ainsi, les agencements, créations et improvisations dont les enfants et les adolescents rencontrés à Al-Balkhi font preuve attestent de leur sens de l'importance, de leur vision du monde, avec les deux faces qu'il inclut : d'une part le souci de soi, et d'autre part le souci des autres. J'ai donné des exemples des manières d'être et d'agir des enfants et des adolescents vis-à-vis de leurs parents ou de leur frère et sœur. J'ai aussi relevé dans leurs agissements par rapport à moi des élans tout aussi significatifs de cette texture d'être qui, au fil des mois et des années pour certains, s'est parfois aussi exprimée à mon égard. Je pense à la gentillesse, à la tendresse de Rezik lorsqu'à l'hôpital ou chez lui il se rapproche de moi, me prend dans ses bras, me demande comment je vais, si j'ai bien mangé ou dormi. Je songe à Amar qui certes se montrait distrait et amusé pendant les séances en me cherchant comme complice de ces moments de relâchement mais qui, après quelques clins d'œil et sourires, finissait toujours par me laisser dans mon coin d'observation pour se mettre au travail. S'il ne réussissait pas à effectuer un exercice, je l'ai rarement vu refuser de travailler (sauf la fois où une stagiaire était présente) et dans ces cas, c'est auprès des professionnelles qu'il cherchait de l'aide.

7.3.1.3. *Des approches (a)politiques pour comprendre les dimensions politique et morale*

La dimension politique de l'approche par l'*agency* n'a pas toujours été reconnue par les chercheurs et chercheuses, alors que comme l'indique Pascale Garnier, l'*agency* est un projet politique, un postulat initial du projet scientifique visant à documenter étudier les faits des enfants : « [l]a notion est avant tout œuvre de re-connaissance et re-présentation des enfants par les adultes, tant sur le plan politique qu'épistémologique. Cette prise de position n'a rien de scientifique [...] et fonde la dimension politique intrinsèque aux childhood studies » (Garnier, 2015a, p. 166). Pourtant, comme le conclut l'auteure dans un article résumant les

enjeux des critiques de l'*agency* dans les *childhood studies*, les nouvelles approches (dans les années 2000), soucieuses de s'interroger d'un point de vue éthique et réflexif sur les rapports enfants/adultes, tentent de « désubstantialiser l'*agency* en en faisant un effet de la distribution et de la circulation des actants (humain et non humains, des objets notamment) dans un réseau spécifique » (*Ibid.*, p.169). Si cet angle d'approche qui fait une place à une culture matérielle semble intéressante (ce rapprochant de l'attention que j'ai portée sur la géographie des espaces et les mouvements des corps dans l'espace) et considère l'*agency* comme « dépendance et incomplétude » (*Ibid.*, p.168), la dimension politique et morale des rapports adultes/enfants, enjeu crucial de la socioanthropologie de l'enfance, reste évincée de la réflexion et des recherches. Avec les éthiques du *care*, la circularité, cette ronde des liens particuliers unissant enfants et adultes, est mise en avant tout en intégrant une réflexion sur « l'impératif à la justification » – en pensant la reconnaissance du *care* comme un enjeu de société –, et en appréhendant la visée morale dans son ensemble en prenant en compte aussi bien la vision morale des adultes (quelle est la finalité de l'approche par le *care*, celle de la reconnaissance des voix silencieuses) que celle des enfants (en la rendant visible par la description de leurs pratiques ordinaires). Les éthiques du *care*, « racine de la morale », présentent l'intérêt d'insérer la dimension éthique et politique au fondement de leur raisonnement.

7.3.2. Apport du *care* au *care*

Aborder la responsabilité et le souci des autres tels que perçus chez les enfants rencontrés à Al-Balkhi a une implication pour le *care* dans une perspective épistémologique. En effet, si la théorie du *care* entend dénoncer « la mise à l'écart politique du souci des autres », il semble qu'un geste éthique à produire, ou disons à prolonger en tant que chercheuse, est de placer le souci des enfants envers les autres au centre de nos réflexions, comme nous y invitent les auteures dès l'introduction de leur ouvrage (Molinier et al., 2009, p. 7) et comme je l'ai détaillé au début de ce travail.

L'enjeu est conséquent car, comme je l'ai conclu précédemment, l'apprentissage par les enfants et les adolescents rencontrés à Al-Balkhi de compétences morales contribue à la fabrication de la pluralité de voix morales différentes. Cependant, si j'ai évoqué largement

le travail de *care* des enfants et des adolescents, il est nécessaire de souligner que l'éthique du *care* doit avoir une place dans les débats intellectuels. Car, comme le souligne Sandra Laugier, notre propre manque d'attention, en tant que chercheurs et chercheuses, peut couvrir les voix des enfants : « [l]e *care* comme théorie pour mettre en évidence « le lien entre notre manque d'attention à des réalités négligées et le manque de théorisation (ou, de façon plus directe, le rejet de la théorisation) de ces réalités sociales » (Laugier, 2009b, p. 87). Penser par le *care* est nécessairement politique (ref) ; il est un engagement éthique pour participer aux savoirs en donnant à voir ce qui se passe sous nos yeux. Ce principe, de nouveau à la différence de l'*agency* qui est pourtant politique mais peine à l'admettre, vise à faire entendre les « silences du *care* ». Ainsi, je rejoins les auteures françaises du *care* qui affirment que « politiser le *care*, [ce n'est pas seulement déssexualiser la morale des femmes], c'est accorder une autorité à l'expérience des personnes qui réalisent cette part dévaluée du travail de *care* » (Molinier et al., 2009, p. 18) – une autorité qui devrait pouvoir s'étendre aux enfants et aux adolescents en tant qu'ils sont partie prenante de la société. L'intérêt d'appréhender leur expérience réside dans notre compréhension du monde tel qu'il est, sans omettre, invisibiliser, dévaluer certains humains sous prétexte qu'ils n'ont pas la même voix que celles des dominants.

Carol Gilligan a écrit : « la morale a-t-elle un sexe ? » (Gilligan, 2019) Je pense qu'autour du silence des voix morales des enfants, l'âge est également un facteur. L'éthique du *care*, telle qu'élaborée et traitée par Joan Tronto et d'autres auteurs plus contemporains, a permis de déféminiser le travail de *care*. Il semble qu'une dénaturalisation de la morale des enfants et des adolescents doit être écrite à la lumière des éthiques du *care*. La place des enfants et des adolescents dans le travail du *care* n'est pas toujours très claire : ils apparaissent comme des assujettis de la demande des adultes mais leur voix – différentes lorsqu'il s'agit de les citer comme acteurs de *care* – n'est que peu ou pas entendue et/ou écoutée, ou en lien à la contrainte commentée précédemment. Ainsi, à propos des enjeux moraux élaborés par l'éthique de la justice, Patricia Paperman commente les « stéréotypes sexués », et l'impossibilité que nous avons de voir autre chose qu'un intérêt particulier ou de l'attachement (Paperman, 2010, p. 53). À la lecture de ce commentaire, il est difficile de ne pas songer aux enfants et aux adolescents rencontrés à Al-Balkhi, et d'y voir une possible analogie entre les préjugés de genre, les préjugés d'âge, et surtout les préjugés associés au fait qu'ils ont été diagnostiqués avec un trouble psychiatrique ou psychologique – chacun de

ces a priori pouvant se cumuler et résultant dans cette invisibilisation mentionnée. C'est en cela que l'éthique du *care* nous permet de penser en des termes renouvelés ce qui se joue dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents et de leurs parents. En abordant les relations parents-enfants sous l'angle de l'éthique du *care* comme morale ordinaire, alors peut-être pouvons-nous réellement voir ce qui se joue sous nos yeux, rendre visible (ce qui est invisible par faute d'(in)attention) et par la même occasion insuffler une énergie nouvelle à nos réflexions, Joan Tronto envisageant de pouvoir ainsi reconfigurer les institutions en fonction de cette valorisation du *care* (J. Tronto & Maury, 2009).

Qu'en est-il de cette proposition de « reconfigurer les institutions en fonction de cette valorisation » si elle est appliquée au domaine de la pédopsychiatrie ? Que se produit-il si les professionnels de la santé mentale des enfants et des adolescents prêtent attention aux compétences morales de ces derniers ? Quelles sont les implications pour les suivis entre la contrainte qui leur est appliquée lors des séances notamment, et le souci de soi et des autres observé chez les enfants et adolescents et pensé par le *care* ?

7.3.3. Apport du *care* au *cure*

L'apprentissage du souci de soi et du souci des autres apparaît comme le fondement d'une compétence morale. Comme je l'ai mentionné à plusieurs reprises, le passage à l'hôpital des enfants et des adolescents que j'y ai rencontrés correspond à un devenir *caring*. Je suggère que l'hôpital est un lieu d'apprentissage de ce sens de l'important, donnant aux enfants et aux adolescents l'occasion, au-delà du *cure* qui leur est proposé, de faire l'expérience du *care* – un *care* qui « se définirait à partir de cette attention spécifique à l'importance *non immédiatement visible* des choses et des moments » (Laugier, 2014, § 18). C'est justement en raison de cette qualité de « non visible » que ces choses et ces moments sont difficiles à voir. C'est aussi la raison pour laquelle les professionnelles, prises dans le travail quotidien constitué des priorités du *cure*, ne voient pas le *care*, cette compétence morale développée par les enfants au fil de leur parcours de soins. Les professionnelles n'insistent pas non plus sur le *care* qu'elles dispensent : il fonde derrière la contrainte qu'elles instaurent, derrière la routinisation des objets thérapeutiques qu'elles utilisent, derrière l'absence de réflexivité que l'environnement de travail ne favorise pas. Mais s'agissant des enfants, ou des adolescents,

ce n'est pas parce qu'ils n'apprennent pas aussi bien que souhaité à lire, à écrire, à compter ou à (se) raconter qu'ils repartent les mains vides de l'hôpital. Pareillement, ce n'est pas parce qu'ils ne participent pas à un groupe d'activités thérapeutiques axé sur l'apprentissage des habiletés sociales qu'ils n'expérimentent pas de nouvelles manières d'entrer et d'être en lien avec les autres. L'hôpital est un cadre social dans lequel les enfants et les adolescents (comme les adultes) naviguent et découvrent d'autres potentialités d'être.

À propos des séries télévisées et des personnages de fiction, Sandra Laugier écrit qu'ils sont un outil d'éducation morale (Laugier, 2021). Je propose d'aborder l'hôpital Al-Balkhi comme un lieu de *cure* et de *care* qui produit un effet similaire ; à l'éducation (scolaire) visée – je l'ai montré la forme scolaire, notamment chez les enfants, est toujours présente – s'ajoute l'éducation, la formation morale. Les liens avec les professionnelles, développés sur un temps plus ou moins long, sont une source d'expérimentation, d'exemple de vécu autre (comparativement aux familles). Ainsi, même si les enfants ne sont pas amenés à verbaliser leurs actions, à réfléchir à leurs actions, leur va-et-vient, leur circulation entre les espaces produit cette inévitable mise en perspective, ce questionnement, cet étourdissement aussi parfois entre ce qui se joue à l'hôpital et dans leur famille.

Pour les parents et pour les professionnelles, ne pas voir le *care* transmis, appris, pratiqué avec et par les enfants, c'est surtout percevoir un horizon de vie limité (notamment lorsque les parents n'ont pas les ressources pour accompagner et soutenir les enfants ou les adolescents dans les apprentissages initiés par les professionnelles). À l'inverse, dans les meilleurs des cas, des opportunités nouvelles apparaissent, en cas de progrès tout particulièrement. Mais de manière générale, qu'il y ait ou non progrès, ne pas percevoir le *care*, c'est manquer une partie de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font alors que ces aspects sont au centre des considérations des professionnelles, c'est occulter un outil, la relation professionnelle/enfant, de transformation de soi.

Ainsi, à Al-Balkhi, sous couvert de la discipline et des transformations comportementales – avec idéal d'autonomie, auto-gouvernance, éthique de la justice comme moyens *et* objectifs –, les enfants n'apprennent pas seulement à faire attention à ce qu'ils font, ils *font* attention. Les nuances de cette pensée sont clarifiées par Stanley Cavell :

« En “apprenant le langage” vous n'apprenez pas seulement ce que sont les noms des choses, mais ce que c'est qu'un nom ; pas seulement ce qu'est la forme d'expression convenant à l'expression d'un désir, mais ce que c'est qu'exprimer un désir ; pas

seulement ce qu'est le mot pour "père", mais ce que c'est qu'un père ; pas seulement le mot "amour", mais ce que c'est que l'amour » (Cavell, 1996, p.271 in Laugier, 2011, § 25).

La remarque de Stanley Cavell est ainsi très éclairante pour comprendre l'apprentissage dispensé par les professionnelles et fait par les enfants. Là où les professionnelles se soucient du langage – de l'apprentissage de la lecture, des lettres, de l'alphabet – et du « cadre », la perspective anthropologique – nourrie de l'éthique du *care* et incluant le regard au domicile – montre ce *qu'est cet* apprentissage, ce qu'il contient et ce qu'il implique pour les enfants et leurs parents. Il s'agit d'un apprentissage de la perception des possibilités, ou pour le dire autrement :

« [L]'apprentissage est celui d'une structure expressive, de modes d'expression et de signification (*meaning*) adéquats. Il est initiation à une forme de vie et formation sensible par l'exemplarité. La morale concerne alors notre capacité à *lire* l'expression morale – et pas seulement le jugement et le choix moral. » (Laugier, 2011, § 27).

Pour les enfants, la lecture devient capacité à lire, à dire et à raconter ce qui se passe dans leur vie. Avec la thérapie cognitivo-comportementale, ils expérimentent une forme de vie, colorée par la perception sensible et agissante des possibles qui les entourent. Comme je l'ai souligné plus tôt, cette capacité d'expression correspond à une « capacité à bien faire usage des mots, et à les utiliser dans de nouveaux contextes, à répondre/réagir correctement » (Ibid.). Cette capacité ne se restreint donc pas à savoir copier, recopier, écrire, respecter le cadre, elle correspond à « l'intégration à une forme de vie [qui est] elle-même importante pour nous, et elle est l'apprentissage de ce qui est important, de la signification comme de la signification » (Ibid., §26). Cette intégration témoigne de *l'attention à, du souci de*, de la possibilité d'expression morale apprise et cultivée dans la clinique et au domicile. M'appuyant de nouveau sur Cavell, je dirai donc, au sujet de ce qui se joue dans les séances ou les consultations : « [P]lutôt que d'affirmer que nous *racontons* aux débutants ce que signifient les mots, ou que nous leur enseignons ce que sont les objets, je dirai : nous les *initions* aux formes de vie pertinentes contenues dans le langage et rassemblées autour des objets et des personnes du monde qu'est le nôtre » (Cavell, 1996, p. 271, in Laugier, 2011).

Cette compétence morale, en tant qu'intégration à une forme de vie, peut être pertinente à reconnaître pour l'orientation du travail sur soi qui leur est demandé ainsi que celui attendu de leurs parents. Percevoir cette possibilité expressive change la perception des enfants

comme patients, donnant la possibilité d'imaginer ce qu'ils peuvent déployer comme action/réaction aux vues de leur capacité à lire. Comme le rappelle Sandra Laugier, l'éthique du *care* est « fondée non sur des principes (*comme l'éthique de la justice*) mais une question : comment faire, dans telle situation, pour préserver et entretenir les relations qui y sont en jeu ? (Laugier, 2009c, p. 159) – une question que j'ai transformée en *comment faire famille*, avec l'enjeu que certaines relations peuvent aussi être sources de conflit, de tension, de mal-être. Comment s'adapter, comment les transformer ? Quelle forme de vie choisir ? C'est un bricolage quotidien fait de succès et de ratés, d'avancements et de reculs sur ce chemin de l'aller mieux que chacun des enfants et adolescents, accompagnés de leur famille, a emprunté.

Le souci des enfants envers les autres est rarement considéré ; leur dépendance à nous, adultes, est sans cesse rappelée mais notre interdépendance l'est moins. Pourtant, le souci des autres visibles chez les enfants nous le montre : ils sont capables d'attention, de *care* à l'égard d'eux-mêmes et des autres. Cette possibilité est une ouverture sur leurs manières de prendre part (à leur thérapie par exemple), d'être responsables (des outils thérapeutiques et de leur passage au domicile familial), ou encore d'accompagner leurs parents dans les changements que ces derniers vivent (sans l'aborder sous l'angle d'une parentification, mais en reconnaissant qu'en tant qu'enfants, ils ont cette expression morale *du souci de soi et de l'autre*). Mais il s'agit bien d'une possibilité. Elle n'est pas constante, elle n'est pas l'unique source de leurs actions, mais elle est présente et s'exprime à différents moments de leur vie quotidienne. Ce souci des autres est ce qui, à la lumière de la question formulée par Sandra Laugier, fait que les enfants participent à cette préservation et à l'entretien des relations en jeu (y compris lorsque le souci de soi n'est pas accompagné d'un souci des autres, voire l'écrase, le rompt pour ne faire place qu'au souci de soi au détriment des autres, par exemple lorsque Faraj demande et parvient à expulser sa petite sœur du domicile familial). Ainsi, reconnaître cette compétence, la possibilité ponctuelle de son expression, c'est reconnaître que quand les relations sont en jeu, lorsque les rapports du quotidien ne font plus sens, quand « quelque chose ne va pas » et que parents et enfants ou adolescents ne parviennent plus à communiquer, alors le *care* des enfants comme le sens de l'importance, l'attention aux autres, le souci de soi et le souci des autres est une réponse dont ils sont capables. Je l'ai écrit, et je le répète : cette réponse est une option possible, elle n'est pas l'unique source d'expression des enfants et des adolescents. Je n'ai pas réussi à identifier pourquoi, par

moment, leurs réponses sont alimentées par ce souci de soi et de l'autre, et pas à d'autres. Ce souci de soi et/ou le souci des autres n'est pas constant : lorsque Rezik ne veut pas travailler et pleure en voulant quitter la salle ; lorsqu'Amar reste jouer dans la rue ou court au milieu de la route ; lorsqu'Adil comprend qu'il est l'heure de dormir mais qu'il continue de parler des jeux qu'il aimerait que l'on fasse. Leurs expressions ne sont pas toujours conditionnées par les voies ouvertes par leur présence à l'hôpital.

Néanmoins, au sujet de leur capacité d'être et d'agir avec attention, avec ce souci de soi et ce souci de l'autre (comparativement peut-être à d'autres enfants ou adolescents), je suggère qu'en plus de ce passage par l'hôpital qui constitue le lieu de travail et de façonnage de cette compétence morale, peut-être une disposition leur est-elle propre. Est-ce leur propre vulnérabilité sans cesse montrée, commentée, raison de leur présence à l'hôpital et de ma rencontre avec eux, qui les rend (plus) sensibles, attentifs à l'expression de cette vulnérabilité chez leur parent ? Leur capacité à lire, à identifier chez l'autre le besoin d'attention ne provient-il pas de leur propre expérience de dépendance par rapport aux adultes, par rapport aux autres ? Il faudrait pour pouvoir répondre à cette question prolonger les recherches dans une perspective des éthiques du *care* et les mener avec des enfants ou adolescents qui ne sont pas nécessairement pris dans des parcours de soins psychiatriques par exemple. Je questionne aussi la perception de la chercheuse que je suis : est-ce ma propre vulnérabilité commentée en préambule qui *me* permet de déceler leur attention ? Nos histoires de vie ont-elles conditionné notre sens de l'important autrement que d'autres personnes ? Peut-être est-ce le cas. Je suggère même que c'est probablement le cas. Mais j'invite aussi les chercheurs et les chercheuses à se rapprocher de ces éthiques d'une part pour questionner leur propre attention, clarifier ce qui les trouble, ce qui a de l'importance pour eux, ce qui compte, et d'autre part, pour penser autrement les relations adultes/enfants. Cette attention à soi, aux autres et à l'environnement, appliquée aux chercheurs et aux acteurs au cœur de la recherche, met en lumière les émotions car ce qui compte (*what matters*) dévoile notre combat politique et moral qui, infailliblement, conditionne notre relation aux personnes, à l'objet d'étude.

Les expressions morales des enfants et des adolescents rencontrés à Al-Balkhi ne sont pas perçues. Qu'il s'agisse de leur possibilité de percevoir le sens de l'importance, de leur compétence morale, et plus largement du travail de *care* envers eux-mêmes mais aussi à l'égard de leurs parents, aucune de leurs pratiques de *care* n'est visible pour leur entourage. Leur dépendance à leur parent dans la vie quotidienne et aux professionnelles pour apprendre

ce qui est attendu d'eux obstrue la vue. Par ailleurs, si leur travail de *care* et leurs compétences morales ne sont pas perçus par les parents ou les professionnelles, je dois admettre que pour ma part, je n'ai pas saisi leur *agency* : la posture dans laquelle je me suis tenue a troublé ma capacité à la voir. Elle semble difficile à (conce)voir tant l'interdépendance enfant/parent est omnisciente dans la réalité et dans la trame épistémologique que j'ai finalement choisie pour rendre compte de ces bribes de vie. Mais de cette invisibilité du *care* des enfants et des adolescents, j'en conclus qu'ils ont, malgré l'existence d'espaces, *a priori*, ouverts et dédiés à leur santé mentale dans lesquels ils peuvent s'exprimer, des voix silencieuses. Ils ont des voix silencieuses parce que ces enfants et adolescents rencontrés sont écoutés autrement, et que même avec l'apprentissage, ils continuent d'être entendus autrement. Les *a priori* de leur condition mentale (et physique pour certains) conditionnent la réception de leurs voix. Silencieuses parce que leurs manières d'être et d'agir recouvrent leurs compétences d'être moraux qui, *in fine*, ne sont pas vues, et donc non reconnues, et cela pour trois raisons : premièrement, leur âge ; je l'ai montré, selon l'âge des enfants et des adolescents, les compétences prêtées ne sont pas les mêmes, occultant, chez les plus jeunes, cette expression morale pourtant visible si l'on s'y montre attentif. Deuxièmement, les raisons de leur présence à l'hôpital et les manifestations des troubles psychologiques et/ou psychiatriques qui, recouvrant leurs expressions, les voilent au regard des professionnelles. Un corps désarticulé (Rezik), une obéissance en demi-teinte (Amar), un ton autoritaire (Adil), des larmes incontrôlées (Mufida), un mutisme sélectif (Faraj), des questionnements qui dérangent (Assia) : toutes ces manières d'être et d'agir dissimulent la générosité, la persévérance, le souci de justice, de beauté et de douceur, l'aspiration au repos, à la liberté ou à la tranquillité et à l'apaisement. Troisièmement, les sentiments : comme pour les femmes et leurs proches dont elles prennent soin, « le statut ambigu de l'affectivité mobilisée de part et d'autre de la relation de *care* constitue un autre motif de l'invisibilité du *care* ou plus exactement de la difficulté d'en rendre compte publiquement » (Molinier, 2011, § 15). Ainsi, comprendre ce que les enfants font en psychothérapie et ce que les psychothérapies font aux enfants implique de reconnaître leurs voix – différentes – morales. Mais entendre, c'est voir, c'est prendre le risque de questionner cette frontière, ligne de partage adulte/enfant et les rapports de pouvoir (l'autorité parentale par exemple) qui l'accompagnent et constituent le socle de l'accueil et de l'être au monde des enfants.

Conclusion générale

L'enfance et l'adolescence, objet de soin(s)

Le sombre tableau de la pédopsychiatrie marocaine

Comme j'ai pu l'observer et l'analyser, les diverses actions planifiées par le gouvernement marocain attestent d'une adéquation entre les commentaires faits par le Conseil national des droits de l'homme, les conditions de travail à Al-Balkhi et les trajectoires de soins des familles rencontrées. Ainsi, je note que les différents champs ouverts par ces plans d'action correspondent à l'un des pans de la réalité observée et documentée, qu'il s'agisse de la création de services de santé mentale adaptés aux besoins des jeunes et en étroite collaboration avec les familles, de l'augmentation du nombre de pédopsychiatres et la création d'une filière d'ergothérapie et d'éducation spécialisée, du renforcement des compétences des intervenants en santé mentale et la création de consultations spécialisées, ou encore de l'extension de la liste des psychotropes essentiels. Si le domaine de la pédopsychiatrie a donc essuyé de nombreuses critiques au Maroc, des changements de fond notables se produisent : les acteurs de terrain – professionnelles et familles – en (re)connaissent les failles et ils ne cessent d'apporter, à leur propre échelle et avec les moyens dont ils disposent, leur contribution quotidienne à son fonctionnement.

Une attention politique aux enfants et adolescents

En outre, il convient de souligner que cette attention à la santé mentale des enfants s'inscrit dans la lignée de la tendance internationale, portée, entre autres, par l'Organisation mondiale de la santé²⁴⁷, et se couple à une dynamique, pareillement internationale, de défense

²⁴⁷ À l'instar du programme Mental Health Gap Action Programme (MhGap) lancé en 2008 dont les principaux objectifs de « renforcer l'engagement des gouvernements, des organisations internationales et des autres acteurs à augmenter les ressources financières et humaines allouées aux soins des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS), et d'atteindre une meilleure couverture

des droits des enfants²⁴⁸ dont les répercussions sont tangibles au Maroc – avec, par exemple, la reconnaissance des enfants nés hors mariage ou la création d'un parlement des enfants. Ainsi, les grands mouvements sociétaux des XX et XXI^{es} siècles concernant les enfants et les adolescents, documentés par les chercheurs de l'enfance et des enfants de toutes disciplines confondues en Europe ou en Amérique du Nord, se déclinent localement, couvrant des thématiques comme le respect des droits de l'enfant, avec un accent sur la santé, le logement, la scolarisation et la violence à leur égard, mais aussi la révision des droits des mères célibataires ou divorcées, ainsi que des ajustements structurels multiples sur le plan social, politique et économique. Je constate, comme l'analyse Laurence Gavarini (1999) en France, que *la passion de l'enfance* se retrouve aussi au Maroc, plaçant l'enfance comme objet de soin privilégié.

Les enfants et les adolescents, objets de soin(s)

La domination du modèle de la thérapie cognitivo-comportementale

Néanmoins, à chaque contexte, ses variations : sous l'influence de multiples mouvements socio-économico-politiques nourris et naviguant entre institutions et acteurs tant internationaux que locaux, la pédopsychiatrie, l'un des domaines par excellence ayant pour objet de soin l'enfance et les enfants, se déploie de manière hybride, sous des formes uniques que je me suis attachée à décrire. Si, au Maroc, cette discipline est relativement récente, comparativement à ce qui s'est joué en France notamment, mais aussi en Suisse, en Angleterre ou aux États-Unis, elle n'échappe pas aux batailles théoriques qui ont historiquement marqué (et continuent de le faire) son contenu, c'est-à-dire ses orientations, ses pratiques et ses réflexions. À la suite des entretiens menés avec les professionnelles²⁴⁹, j'ai conclu que le choix du chef de service (et du directeur de l'hôpital) de rejeter la psychanalyse a pour résultat de valoriser des thérapies cognitives et comportementales, et

de soins avec des interventions-clés dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires ». (Organisation mondiale de la Santé, 2018)

²⁴⁸ Les mesures relatives aux droits des enfants incluent les adolescents puisque, juridiquement parlant, la convention des droits de l'enfant s'applique aux mineurs.

²⁴⁹ J'ai fait le choix, dans l'ensemble de ce travail, de ne pas respecter la règle grammaticale du français qui consiste à mettre le pluriel au masculin dès lors qu'il y a un homme dans le groupe considéré. Cette décision vise à refléter la réalité de mon terrain, à savoir qu'au sein de l'équipe il y avait un seul homme. D'autre part, cette stratégie a aussi permis de respecter l'anonymat de l'homme en question.

s'accompagne de l'idéalisation du modèle états-unien poursuivi sous couvert d'une volonté de « modernité thérapeutique ». Ce choix est aussi la conséquence de préférences politiques, notamment au regard de l'histoire coloniale entre la France et le Maroc – pourtant non assumés ou non reconnus comme tels. La revendication, par le chef de service, de l'adoption d'un modèle présenté comme athéorique et basé sur les évidences scientifiques, avec un recours systématique au DSM²⁵⁰ pour la prise en charge des patients, illustre une certaine absence de perspective critique sur les TCC qui sont devenues dominantes dans le champ de la psychiatrie (et notamment aux niveaux nord-américain et européen).

L'homogénéité de la pensée au détriment de la réflexivité

Cette vision est renchérie par le fait que les membres de l'équipe, occupant pour la grande majorité d'entre elles leur premier emploi, font toutes partie de ce que j'ai qualifié, en référence aux travaux de Delphine Serre, d'une même « appartenance générationnelle » professionnelle, à savoir qu'elles partagent des objectifs et des visées homogènes sur les manières de penser les soins en pédopsychiatrie (Serre, 2009). À la différence de l'analyse de l'auteure sur les assistantes sociales, je constate cependant que l'absence de conflit entre professionnelles peut s'expliquer par l'inexistence de différence intergénérationnelle, donnant une teinte particulière à une dynamique collective marquée notamment par l'absence de délibérations collectives critiques. Cette uniformité a des conséquences en termes d'alternatives thérapeutiques offertes aux patients et à leur famille, proposant une lecture unilatérale de la maladie psychiatrique, alors que la majorité des débats et des réflexions *dans*, mais aussi, *sur* la santé mentale, alimentent et sont alimentés de points de vue multiples et complexes, prônant des prises en charge bricolées à partir d'un assemblage d'approches mixtes.

Il en résulte une interprétation des troubles comme des problèmes de comportement solvables par une sorte de reprogrammation du cerveau – l'analogie entre le cerveau, les comportements et une machine ou un ordinateur ayant été entendue à plusieurs reprises en consultation, avec les enfants et les parents, ou en entretien avec moi. S'il n'est pas exclu

²⁵⁰ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

que cette comparaison ait été, par souci de clarté, volontairement simplifiée par les professionnelles s'adressant à des personnes considérées comme des non-spécialistes de la maladie mentale (aux familles ou à moi-même), elle est néanmoins révélatrice des postures épistémologiques sous-jacentes aux pratiques observées et discutées à Al-Balkhi. Notons qu'à l'aune de cette lecture comportementale, à Al-Balkhi, les signes/symptômes *sont* le trouble et leur atténuation ou guérison nécessite un changement de comportements – ce qui, pour d'autres approches cliniques, est examiné en termes de signes d'un problème psychologique ou psychiatrique.

Un raisonnement médical et social par tranches d'âge

En m'intéressant aux *discours* des professionnelles sur leur travail quotidien, j'ai mis au jour les cadres de l'enfance et de l'adolescence, c'est-à-dire les valeurs, normes et représentations sociales de l'enfance et de l'adolescence qui, de manières plus ou moins évidentes, nourrissent leurs savoir-faire médicaux. Les catégories « enfant » et « adolescent » sont utilisées par les professionnelles et conformément à ce qui se retrouve dans les autres services de pédopsychiatrie étudiés dans d'autres contextes géographiques, l'âge est donc la référence la plus déterminante vis-à-vis de l'organisation des dispositifs de soins (tant sur le plan diagnostique que thérapeutique). Il est intéressant de noter que dans la religion musulmane (et cela m'a été pointé par l'une des professionnelles rencontrées), on distingue quatre étapes de la vie : « lors des sept premières années de la vie, les parents doivent câliner l'enfant ; pendant les sept années suivantes, l'éduquer ; sept ans plus tard, ils doivent le prendre comme ami ; et, ensuite, ils lui lâcheront la corde, pour dire qu'ils doivent lui donner son autonomie » (Daccache, 2013, p. 245). La distinction entre les enfants et les adolescents opérée à Al-Balkhi correspond approximativement à celle attribuée aux paroles du prophète : pour les enfants, le versant éducatif sera dominant dans le suivi mis en place (ils sont d'ailleurs principalement vus par les orthophonistes et les psychomotriciens), alors que les adolescents (ou presque adolescent à l'image de Tahfa) seront reçus en psychothérapie afin de travailler sur la verbalisation et rationalisation de leurs émotions. L'identification de ces deux grands groupes d'âge se conjugue par ailleurs aux motifs de recours aux soins exposés par les parents lors de la première consultation. Il y a d'un côté les enfants dont les comportements posent des problèmes à la maison mais aussi à l'extérieur (en particulier à l'école), et ayant

pour dénominateur commun une impossibilité d'être contrôlés par leurs parents (c'est ainsi que ces derniers le rapportent). De l'autre côté, les problèmes décrits par les parents d'adolescents et les adolescents eux-mêmes apparaissent davantage comme des difficultés relationnelles avec les membres de la famille.

Des enfants jugés sans limites

Les enfants inclus dans ce groupe des « enfants jugés sans limites » sont âgés entre 6 et 11 ans et sont suivis en thérapies (ré)éducatives. La plupart de leurs mères rapportent leurs difficultés à contrôler leur enfant, à faire qu'il obéisse, soit sage à la maison et calme à l'école. Toutes commentent les tensions vécues avec l'entourage de l'enfant en raison de ses comportements socialement jugés comme inadaptés et la souffrance qui en découle est d'abord perçue comme étant celle des parents, et non des enfants (aux dires du chef de service) : l'éventuelle souffrance de ces derniers n'est jamais abordée. La lecture des problèmes diagnostiqués chez ces enfants est faite en termes de dysfonctionnement comportemental et/ou comme le résultat d'un manque de « cadre » (im)posé par les parents – le terme de « cadre » étant employé par les professionnelles pour décrire l'exercice de l'autorité parentale qui doit conduire les parents à définir des règles de vie pour leur enfant afin de les éduquer. Ainsi le biologique et le social peuvent être conjointement mobilisés pour expliquer et traiter *ce quelque chose qui ne va pas*. À l'intérieur de ce groupe, deux cas de figure sont identifiables. Pour les enfants diagnostiqués avec un problème neurologique ou un trouble du développement, une lecture strictement médicale du trouble est appliquée, déresponsabilisant des parents se sentant souvent coupables et se remettant en question. Dans ces cas, si l'enfant ne fonctionne pas comme attendu socialement et si son comportement n'est pas « adapté » aux espaces sociaux dans lesquels il navigue (et notamment à l'école), des causes biologiques sont mises en avant. Pour les autres enfants, diagnostiqués avec des troubles oppositionnels, l'énurésie, l'hyperactivité, la phobie scolaire, etc., si la cause biologique n'est pas écartée, l'idée d'« absence de cadre » est souvent prédominante dans le discours des professionnelles, qui tentent de transmettre ce message aux parents : elles insistent sur l'importance de « tenir le cadre », même si le partage du diagnostic médical avec les parents atténue leur responsabilité qu'elles peuvent, hors consultation, formuler à demi-mot. Pour ces enfants, les causes correspondent à un mélange de biologique et de

social, car demeure toujours l'idée que le cerveau, la machine corps a aussi sa responsabilité dans ce dysfonctionnement. Cependant, cette double lecture témoigne, comme je l'ai révélé, d'un « double standard » (Hejoaka, 2012), car variant en fonction des parents, de leurs parcours biographiques et des compétences sociales qui leur sont attribuées par les professionnelles. Conséquemment, l'une ou l'autre des lectures est plus ou moins prépondérante dans les explications apportées aux parents concernant les troubles de leur enfant, résultant en des traitements différenciés et, *in fine*, en des parcours de soins inégaux en termes d'offres.

Des adolescents considérés en marge de leur famille

J'ai désigné la deuxième grande catégorie d'analyse élaborée pour comprendre comment les professionnelles prennent soin des adolescents par les termes d'« adolescents considérés en marge de leur famille ». Dans cet ensemble regroupant des enfants âgés entre 11 ans et 17 ans, tous strictement suivis en psychothérapies, les problèmes diagnostiqués se cristallisent autour de bouleversements inhérents aux manières d'être et d'agir des adolescents comparativement à ce qui est attendu d'eux au sein de la famille. Par exemple, il s'agit principalement de la non-complétion des tâches domestiques ou de la non-participation aux activités familiales qui, au fur et à mesure de la péjoration de ce qui est perçu par les professionnelles comme des dysfonctionnements comportementaux, produit ce que j'ai considéré comme une sorte de repli, à savoir une disparition, plus ou moins abrupte, de l'inscription sociale que les parents ou proches attendraient des adolescents au sein de leur cercle familial. Mais à l'inverse des enfants plus jeunes, la souffrance est perçue comme le fardeau commun des adolescents et des parents, les soucis des premiers se répercutant sur les soucis des seconds. Pour ces grands enfants, il est donc toujours question de dysfonctionnement comportemental, mais la responsabilité des parents est moindre dans l'interprétation donnée aux faits constatés chez leur enfant, leurs (in)capacités à (im)poser un cadre n'étant pas nécessairement mises en exergue par les professionnelles – du moins, comparativement à ce que j'ai décrit pour les enfants plus jeunes.

Le genre, un facteur de la thérapie à géométrie variable selon l'âge

De façon moins évidente et variant justement en fonction de l'âge des patients, le genre est l'autre donnée décisive que j'ai pu isoler comme facteur d'influence des traitements dont enfants et adolescents bénéficient : j'ai ainsi mis en évidence le fait que c'est notamment chez les adolescents que les distinctions sont le plus fortement marquées par le sceau des normes genrées locales. Si une grande partie de la littérature s'est intéressée à l'expression des symptômes en fonction du genre, l'apport de cette thèse consiste à montrer que le genre est tout autant déterminant en termes de solutions thérapeutiques proposées aux patients. De sa manifestation à sa guérison, un trouble est perçu au prisme du genre de la personne qu'il affecte. Il semble que le contexte clinique d'Al-Balkhi, et plus précisément l'approche cognitive et comportementale plébiscitée, a tout particulièrement favorisé cette analyse puisque l'amélioration et le rétablissement des enfants et des adolescents impliquent la mise en œuvre très précise d'une série d'activités qui, comme je l'ai montré, répondent aux normes de genre – par exemple participer aux activités domestiques avec la mère du foyer versus aller jouer dehors avec ses copains (et ne pas faire la cuisine), prendre soin des enfants plus jeunes de la fratrie versus se concentrer sur ses activités scolaires ou extrascolaires pour les garçons. Néanmoins, comme je l'ai documenté, la performativité du genre fluctue en fonction des conditions sociales des adolescents et de leur famille, avec des ajustements plus ou moins conséquents et pertinents de la part des professionnelles en fonction de ce qu'elles cernent du milieu de vie des parents de l'enfant pris en charge.

Je suggère que la moindre influence du genre dans les thérapies (ré)éducatives proposées aux enfants peut être comprise à la lumière de leur condition même d'enfant, *d'être en devenir*. Cette condition (ontologique) incite les professionnelles à se concentrer davantage sur l'acquisition des « fondamentaux » (lire, écrire, compter, mais aussi se soumettre à l'obéissance) alors qu'à leurs yeux, la personnalité des enfants, moins aboutie que celle de leurs aînés, moins complexe et en train de naître (aux yeux des professionnelles), ne reçoit pas autant d'attention. La perspective développementaliste à l'œuvre dans les raisonnements médicaux situe les enfants et les adolescents sur un continuum, l'un succédant à l'autre pour devenir adulte. Ainsi, face à la nécessité d'apprendre les fondamentaux, je conclus que pour les enfants la maîtrise de la performance du genre devient secondaire, contrairement aux adolescents dont l'entrée dans la vie adulte est plus prééminente – la tenue de leur rôle de femme, de mère, d'homme et de père étant plus proche et méritant (pour les professionnelles

et les parents) d'être préparée par un ajustement de leur comportement aux normes locales. Par ailleurs, il n'est pas à exclure l'idée que selon les pathologies avec lesquelles les enfants et adolescents ont été diagnostiqués, cette possibilité de devenir sera toujours limitée. Ainsi, les potentialités du développement de leur personnalité sont par défaut compromises, expliquant, selon la perspective médicale régnant à Al-Balkhi, cette concentration sur ce qu'elles considèrent l'acquisition des fondamentaux.

Le « cadre » ou la matérialisation de l'idéal de l'autorité parentale

Le continuum ontologique en vigueur dans le raisonnement médical de l'équipe d'Al-Balkhi place les enfants et les adolescents dans un rapport hiérarchique de type vertical avec les adultes, leur « développement » (tel qu'il est repéré dans les discours des professionnelles) ne pouvant se faire sans un gouvernement strict de leur être considéré *en devenir*. Comme je l'ai analysé à partir des entretiens semi-directifs conduits avec l'équipe d'Al-Balkhi, le cadre peut être entendu – toutes professions confondues à Al-Balkhi – comme les règles que les adultes en charge d'éduquer les enfants et les adolescents doivent suivre et imposer pour que leur développement soit le plus normal possible (au sens d'être dans la norme médicale) et qu'il ne nécessite plus, à terme, l'intervention d'experts médicaux et/ou paramédicaux pour les accompagner dans cet exercice. Le cadre est une sorte de tuteur que les parents doivent ajuster au fur et à mesure de la croissance de leur progéniture.

L'encadrement dont il est question pour éduquer les enfants et adolescents est d'autant plus rapproché et intense, en termes de contrôle des manières d'être et d'agir quotidiennes, que les enfants rencontrés à Al-Balkhi écotent d'une « double peine ». D'une part, ils sont des enfants ou adolescents, et donc des êtres inachevés qu'il faut étayer par une éducation rigoureuse à laquelle ils doivent se soumettre : l'obéissance est pensée et décrite comme un principe agissant (pour les adolescents, j'ai constaté que le principe d'obéissance est moins contraignant, mais je dirais qu'une soumission volontaire, et non forcée comme pour les enfants, est attendue). D'autre part, enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi sont diagnostiqués avec des troubles psychologiques ou psychiatriques qui ralentissent, compliquent, voire bloquent cette possibilité même de « développement ». Le cadre, pour

eux, est vital, il en va de leur survie sociale, de leurs capacités à trouver, prendre, maintenir leur place dans les espaces sociaux qui sont les leurs.

Si, dans le discours des professionnelles, le « cadre » est un ensemble de règles constantes (qui ne varient pas d'un espace à l'autre : ce qui vaut à l'hôpital vaut à la maison ou à l'école, par exemple être calme, verbaliser ses émotions), unilatérales (les parents les définissent et les enfants ou adolescents les suivent) et strictes (leur transgression doit entraîner des sanctions), mes observations m'ont toutefois rendue attentive au fait qu'il était relativement souple et finalement polysémique. D'un point de vue sociologique, je me suis appuyée sur l'idée du cadre conceptualisé par Erving Goffman (1991) pour mettre en avant cette polysémie et rendre compte du fait qu'il correspond à un espace social au sein duquel les attentes vis-à-vis des acteurs sont singulières, variant entre l'hôpital, le domicile, l'école ou encore la rue. Les cadres sont spécifiques à chaque interaction (professionnelles/patients, parents/enfant), les acteurs pris dans l'interaction définissent conjointement son déroulement (le principe d'unilatéralité ne tient donc pas) et les transgressions sont plus complexes à saisir et à sanctionner du fait même des variations précédemment énoncées. Aborder le « cadre » dans une perspective goffmannienne permet de mettre en relief les caractéristiques sociales effacées par la vision médicale des professionnelles d'Al-Balkhi, à savoir que les actions y sont pilotées par l'humain, et donc par les enfants et les adolescents, et elles impliquent des motifs et des intentions, au-delà de l'obéissance et la soumission attendues des jeunes patients par les professionnelles (Erving Goffman, 1991).

Soigner les enfants

Une équipe pluridisciplinaire pour capitaliser sur les compétences de chacune

Pour soigner les enfants reçus à Al-Balkhi, une équipe composée de plusieurs professions se relaie auprès des patients âgés entre huit mois pour le plus jeune (reçus uniquement en psychomotricité) et dix-sept ans pour le plus âgé. L'équipe est composée de quatre grands pôles : médical, psychologique, paramédical (orthophonie et psychomotricité) et social (assistante sociale et hôtesse d'accueil). Ce regroupement de professionnelles est à comprendre, comme nous y invite Nicolas Dodier, au prisme de la recherche de l'objectivité et de l'institutionnalisation de *l'evidence-based medicine*, toutes deux caractéristiques de la

médecine du XX^e siècle. Rare service de pédopsychiatrie du Royaume, les dirigeants ainsi que les professionnelles d'Al-Balkhi poursuivent cette idée de « modernité thérapeutique » au sein de laquelle « des savoirs distribués » entre des professionnelles dotées d'une expertise spécifique sont, selon leur perspective, ce qui permet de prendre des décisions médicales de qualité, et donc de mettre en œuvre des suivis rigoureux. Ainsi, chacune pourvue de ses savoirs, les professionnelles organisent les prises en charge – avec pour point de ralliement épistémologique une lecture comportementale et cognitive des troubles.

Des médecins (encore) en formation

Le premier pôle est celui des médecins psychiatres qui sont soit formés en pédopsychiatrie et font quelques heures dans ce service en complément de leur travail en service adultes, soit *en train* d'être formés dans cette discipline et effectuent, en parallèle de leur formation, un stage pratique de la durée d'une année dans le service enfants. Après cette période d'instruction théorique et pratique, ils reçoivent une affectation pour un autre hôpital public ou s'installent en cabinet privé. Tel qu'indiqué par les membres de l'équipe, elles jugent ce fonctionnement dommageable, d'une part pour les patients (car il coûte en termes de suivi à long terme), et d'autre part, pour la collaboration entre professionnelles qui doit sans cesse être réinventée du fait de l'entrée en fonction de nouveaux médecins en formation (les résidents).

Une psychologue uniquement dédiée aux troubles du développement

Le second pôle, n'incluant en fait qu'une seule personne, est constitué de la psychologue. Ayant fait le choix de se spécialiser sur le traitement des troubles du spectre autistique, son rôle, par rapport aux enfants reçus en ambulatoire, est relativement restreint. Elle réalise, sur demande des médecins, des tests de quotient intellectuel (QI) pour tous les patients vis-à-vis desquels une suspicion de déficience est formulée. Le suivi réalisé ne concerne donc que les enfants diagnostiqués avec un trouble autistique et reçus à l'hôpital de jour (enfants avec qui je n'ai pas pu interagir car l'entrée à l'hôpital de jour m'a été refusée puisque je n'avais

aucune compétences médicales/paramédicales et que les enfants reçus étaient considérés plus fragiles et donc devant être protégés des incursions de la chercheuse en sciences sociales que je suis). La psychologue justifie sa spécialisation sur la base du principe que pour chaque pathologie des thérapies ayant « prouver leur efficacité » doivent être maîtrisées.

Des orthophonistes et psychomotriciennes chargées d'assurer les suivis hebdomadaires

Le troisième pôle correspond à l'orthophonie et à la psychomotricité. La présence de ces disciplines dites « paramédicales » dans l'équipe d'Al-Balkhi correspond à une logique plus ou moins récente du traitement des troubles pédopsychiatriques et/ou psychologiques enfantins dont l'objectif est d'offrir des prises en charge « globales ». Emblème de la « modernité thérapeutique » mentionnée précédemment, les professionnelles exerçant ces deux métiers représentent la part la plus importante en termes de stabilité au sein du service et assurent, tel que documenté, une majorité des thérapies prodiguées à Al-Balkhi .

La dimension sociale du soin, un artefact limité

Enfin le quatrième pôle, comptant une fois encore une seule personne, est dédié à l'« accompagnement social », une fonction occupée et définie comme telle par l'assistante sociale. Comme je l'ai analysé, sa présence témoigne de l'idée qu'il est possible de soigner par le social (Fassin, 2006b), à même d'apporter, dans une posture complémentaire aux autres membres de l'équipe, une composante d'entraide et d'écoute aux familles en ayant besoin. Mais dans la réalité de l'exercice de ce travail, il est apparu que peu d'espace était donné (ou pris) par le social dans ce service où les TCC dominant.

Une impossible coordination et l'échec de la capitalisation des compétences

La coordination entre les pôles est théoriquement assurée par les médecins qui, en fonction du diagnostic suspecté, décident de commencer une psychothérapie avec les enfants

et une guidance parentale avec leurs parents. En parallèle ou de manière alternative selon le trouble supposé, ils orientent les familles vers un test de QI avec la psychologue, vers un bilan orthophonique et/ou de psychomotricité, ou vers ces deux options à la fois. Cependant, en pratique, cette coordination est inexistante et demeure relativement informelle et aléatoire au gré des rencontres dans les couloirs, puisqu'aucun temps de réunion n'est programmé entre les professionnelles. De fait, elles ne se retrouvent jamais pour discuter des diagnostics, des conclusions de bilans, des traitements initiés et de l'évolution des troubles en réponse aux thérapies. Chaque professionnelle agit de manière isolée, dans un face à face avec le patient et sa famille, c'est-à-dire dans ce que Nicolas Dodier a qualifié d'« objectivité de proximité » contraire à la logique de « proximité de distance » supposée caractériser la construction d'une pensée objective par des spécialistes œuvrant de manière collective (2007). Ainsi, à Al-Balkhi, qu'il s'agisse des médecins psychiatres (en formation), de la psychologue (pour les tests de QI), des orthophonistes ou des psychomotriciennes, toutes élaborent des suivis de façon indépendante, laissant à la charge des parents (et tout particulièrement des mères qui sont les plus présentes à l'hôpital) le soin d'articuler le sens de ces pratiques multiples et éparées. Cette configuration ne manque pas de créer des disparités en termes de suivis et d'aller mieux puisqu'ils dépendent des ressources et compétences des mères et plus largement des parents.

Un modèle épistémologique concomitant avec les représentations locales de l'enfance et de l'adolescence

De manière transversales à ces quatre pôles, mes observations m'ont permis de mettre en lumière des pratiques professionnelles que j'ai qualifiées de « disciplinaires » en référence aux « corps dociles » qu'elles visent à façonner (Foucault, 1975). M'appropriant la notion de docilité définie par Michel Foucault, celle-ci m'est apparue particulièrement pertinente pour montrer la dimension « analysable » (cognitive) *et* « manipulable » (comportementale) défendue par les professionnelles au sujet des corps des enfants et dans une certaine mesure des adolescents. Dans la continuité de la description des représentations locales de l'enfance et de l'adolescence et des enfants et des adolescents, j'ai insisté sur le fait que ces deux aspects – le fait de pouvoir être analysé et manipulé – sont d'autant plus prégnants dans les pratiques et discours des professionnelles que les enfants sont effectivement pensés comme

des êtres en devenir et inachevés. Il apparaît alors que l'avantage donné aux TCC peut être lu à l'aune de la correspondance entre l'épistémologie de ce modèle thérapeutique spécifique (les pathologies peuvent être endiguées par une modification des comportements et du contexte du patient) et les valeurs et normes relatives à l'enfance et aux enfants (l'imposition d'un nouveau « cadre » et la soumission à celui-ci doivent modifier les comportements). Les problématiques sont donc lues et résolues en fonction de ces deux axes, comportement et cognitif, évinçant des raisonnements professionnels les questions de l'intentionnalité qui sont pourtant la spécificité originelle de la psychiatrie (Ehrenberg & Lovell, 2001).

Par une revue détaillée des dispositifs de soin mis en place, j'ai montré comment les professionnelles soignaient les enfants ou, pour le dire autrement, j'ai documenté *ce que soigner (to cure) veut dire* dans ce contexte particulier. Reprenant les deux catégories d'analyse inhérentes à ce travail (des « enfants jugés sans limites » et des « adolescents considérés en marge de leur famille » – respectivement suivis en thérapie (ré)éducatrice et en psychothérapie), j'en ai conclu que la « docilité » actionnée par les professionnelles ambitionne d'apprendre aux enfants ou aux adolescents à se transformer en des êtres compétents. Une lecture attentive des gestes et expressions lors des interactions entre les professionnelles et les enfants durant les consultations²⁵¹ et les séances²⁵² (à savoir *ce que les enfants font en (psycho)thérapies*) a permis de révéler la mise en œuvre de moyens et la poursuite d'objectifs distincts selon les patients et les motifs des recours présentés par les parents. Dans le travail thérapeutique implémenté se dessinent ainsi deux registres d'action selon les problèmes des enfants : les enfants sont (en)cadrés afin d'« apprendre par et avec » les adultes, alors que les adolescents doivent « apprendre par soi ». Par registre d'action, j'entends, dans la lignée de la pensée de Floersch reprise par Livia Velpry (2008), un ensemble d'actions accomplies par les professionnelles pour agir sur et interagir avec les patients. Mais je note que dans les deux cas, et selon la logique des soignantes²⁵³, le « cadre » est toujours agencé (ou du moins devrait l'être) par les parents, eux-mêmes guidés par les professionnelles, c'est-à-dire qu'ils sont responsables de la définition de ce qui est autorisé ou de ce qui ne l'est pas.

²⁵¹ Avec les médecins.

²⁵² Avec les orthophonistes et psychomotriciennes.

²⁵³ Qui dispensent les soins (*cure* et/ou *care*).

« Apprendre par soi » et « apprendre par et avec les adultes » deux régimes d'action aux autonomies différenciées

Pour rappel, j'ai choisi, afin d'alléger l'écriture, le terme de « consultation » pour les rencontres entre les médecins et les familles, et celui de « séance » pour celles avec les orthophonistes et les psychomotriciennes. À l'heure de conclure ce travail, je pense cependant qu'il est intéressant de noter que cette distinction peut aussi servir de révélateur pour appréhender ce qui se joue lors de ces rencontres, notamment en lien avec les représentations des enfants et des adolescents et avec les compétences qui leur sont attribuées par les professionnelles.

En consultation, il faut « apprendre par soi »

Pour les adolescents et leur parent, les consultations sont un lieu d'échange et de verbalisation. Elles s'organisent en plusieurs séquences. Le premier temps correspond à la présence simultanée de ce trio (professionnelle, parent, adolescent) ; durant le second temps, soit le médecin et, souvent, la mère, parlent seules, soit le médecin et le patient se font face ; puis dans un troisième temps, le duo est inversé ; enfin, dans un quatrième temps, le trio se retrouve pour faire le point et se concerter sur les activités à mettre en œuvre par la suite.

Dans la majorité des cas, des outils thérapeutiques sont introduits dans la consultation (tableau d'activités, carnet de notes). Je les ai définis, en raison de leur transposition du contexte hospitalier à celui de la famille, comme des objets devenus ordinaires, alors qu'ils sont initialement des « rapports, protocoles, dossiers, questionnaires et tableaux [...] techniques de collecte et de stockage des connaissances pour planifier, étudier, examiner et juger » (Becker & Clark, 2001, p. 1). Objets de délibération, ces outils servent de support à l'accomplissement de l'*être adolescent compétent* tel qu'il est conçu par les professionnelles. J'ai en effet suggéré que leur usage a un impact plus large que « collecter et stocker des connaissances (médicales) » : il ne se limite pas, comme l'envisage la perspective médicale, à la création d'une possibilité de guérison, de contrôle de l'évolution de la maladie ou d'évitement du risque d'aggravation de la situation. Ces outils sont les techniques qui appuient le « déchiffrement de soi sur soi » (Foucault, 2013, p.71), constituant le support des « pratiques de soi » pour « apprendre par soi », et participant donc, par la production de

savoirs, au processus de subjectivation. Mon observation lors des consultations met en évidence que les caractéristiques de cette période d'âge qu'est l'adolescence sont la rationalité, l'auto-contrôle et le respect du « cadre » défini par les adultes. Si une remise en cause de celui-ci est tolérée, elle doit nécessairement s'accompagner de la preuve de la présence des deux autres attributs ; sans eux, le questionnement critique du « cadre » est interprété comme un manque de maturité, c'est-à-dire un défaut d'autonomie – et donc un échec du traitement.

En séance, il faut « apprendre par et avec les adultes »

Pour les enfants en séance, je me suis attachée à décrire la position « assise » centrale au dispositif thérapeutique. Elle est effectivement la posture la plus tenue²⁵⁴, car la plus imposée aux enfants. C'est une position qui est d'ailleurs précise – celle de l'écolier décrite par Michel Foucault : le dos droit, le bassin au centre de la chaise, les pieds à plat sous la table, les mains de chaque côté du cahier d'exercices lorsqu'aucune activité n'est en cours ou une main tenant le stylo et l'autre le cahier quand un travail est en cours de réalisation, et le regard concentré sur l'action à accomplir. Ce n'est qu'en fin de séance, lorsque les mères rentrent pour bénéficier de « la guidance parentale », à savoir l'explication, plus ou moins fournie, du travail à réaliser au domicile d'une semaine à l'autre, que les enfants quittent *la* position prescrite et divaguent dans la salle.

Pour les enfants plus jeunes, un intense travail est mené sur leur corps, sans attachement particulier (contrairement à ce qui se produit en consultation avec les adolescents) à une expression verbale autour de leur ressenti. Mais j'ai également dévoilé une autre dynamique présente dans l'espace spatio-temporel de la séance, qui passe néanmoins inaperçue aux yeux des professionnelles : il s'agit de la manifestation de certaines formes de « volonté » chez les enfants – qui peuvent les entraîner à faire *ou* ne pas faire ce qui est attendu d'eux. Cette participation en tant qu'acteurs de leurs soins se concrétise en dépit du fait qu'ils sont, selon les regards portés par les adultes sur eux, censés ne pouvoir « bien » grandir, *devenir*

²⁵⁴ À noter cependant qu'avec les psychomotriciennes, certains enfants peuvent aussi être amenés, de temps à autre, à se lever pour exécuter des parcours dans la salle afin de travailler des compétences relatives aux déplacements dans l'espace, à l'équilibre, à la coordination ou à la latéralité.

autonomes au sens médical du terme, qu'en fonction du « cadre » (im)posé par les adultes. J'ai mis en lumière cette perspective en qualifiant le régime d'actions des professionnelles avec les enfants comme « apprendre par et avec les adultes ». Reprenant le constat de Livia Velpry au sujet de l'autonomie chez les patients adultes suivis en psychiatrie, j'ai révélé qu'une définition médicale pragmatique de l'autonomie est donnée. À Al-Balkhi, elle inclut, comme le détaille le chef de service, des niveaux inférieurs (par exemple s'habiller ou manger seul) et des niveaux supérieurs impliquant, à titre d'illustration, que les enfants soient en mesure de se déplacer ou de se faire des amis sans l'aide, sans soutien d'un adulte, et notamment un parent.

Des injonctions (paradoxaes) à l'autonomie à la participation active des enfants et des adolescents

Au-delà des variations d'apprentissage du *devenir autonome*, j'ai également révélé que des formes d'injonctions paradoxales à l'autonomie gravitent autour des enfants et des adolescents. Mises en avant par d'autres chercheurs avant moi mais au sujet de groupes sociaux distincts – à propos des patients suivis en psychiatrie (Velpry, 2008), des parents d'enfants autistes (Borelle, 2017), ou de manière plus générale sur la figure du patient (adulte) contemporain (Ehrenberg, 2013; Laugier & Jouan, 2009) –, j'ai montré que les caractéristiques du traitement idéologique et social dont les enfants et les adolescents font l'objet dévoilent ces injonctions paradoxales, à savoir une « tension entre contrainte d'autonomie et appropriation subjective de l'idéal de la créativité et de singularité » (Laugier & Jouan, 2009, p. 12). Ainsi, concernant les enfants et adolescents suivis à Al-Balkhi, j'ai observé une autonomie contrainte, cadrée, imposée par les professionnelles, avec un travail sur le corps et les expressions (non verbales et verbales) contrôlé et/ou guidé.

Cependant, un regard attentif aux déroulements des consultations et séances a permis de saisir les créations expressives enfantines et adolescentes, des gestuelles spontanées hors du script et des syntaxes attendues et fixées par les professionnelles (par exemple lorsqu'un garçon fait mine de prendre un jouet dans le placard pour attirer l'attention de la psychomotricienne ou lorsqu'une adolescente explique qu'elle a consulté un sexologue, la création étant ici entendue telle une action exceptionnelle accomplies par les enfants/adolescents par rapport à ce qui est prévu par les professionnelles/adultes). Ces

expressions singulières révèlent la dynamique créative qui se fraye un chemin dans le « cadre » (et donc cadre goffmannien) de l'espace médical au travers du travail accompli par les enfants et les adolescents. Mais le peu, voire l'inexistence de compétences d'autonomie prêtées aux enfants, et dans une moindre mesure aux adolescents, masque la créativité singulière dont ils sont pourtant capables et qui peut être perçue, comme je le défends, comme un signe d'une appropriation subjective de l'idéal de la créativité et de la singularité. Les transformations vers lesquelles les enfants et les adolescents sont amenés et guidés se font certes sous des formes de contraintes plus ou moins intenses, mais aussi par un travail d'appropriation des règles dictées en consultations et en séances. Ainsi, à titre d'illustration, lorsqu'une adolescente pose des questions au médecin d'Al-Balkhi pour comprendre ce qui lui arrive et trouver des réponses aux problèmes rencontrés, cette démarche est analysée positivement par la psychiatre comme le signe d'un « apprendre par soi » juste et encourageant, mais explorer et chercher d'autres explications et solutions au trouble obsessionnel compulsif diagnostiqué auprès d'autres professionnels (un sexologue dans le cas décrit) est déconseillé et perçu comme le risque d'un éloignement potentiel de l'aller mieux pourtant attesté par les autres questionnements adressés au psychiatre.

Le métier d'élève et le métier d'enfant, deux idéaux au fondement du travail thérapeutique

Au-delà de ces définitions émiques de l'autonomie, j'ai discuté le fait que cette notion est, par ailleurs, largement associée à la possibilité qu'ont les enfants et les adolescents d'exercer leur « métier d'élève ». Je constate, dans la lignée des travaux de Stanislas Morel sur la médicalisation de l'échec scolaire, que l'école et les exigences qu'elle impose en termes de « développement » sont centrales dans la définition de l'aller bien enfantin ou adolescent. En outre, je souligne que l'âge et le genre influencent une fois encore les attentes au regard de l'acquisition des compétences scolaires. À l'objectif thérapeutique consistant à modifier les comportements des enfants et des adolescents s'ajoute une autre ambition, celle d'intégrer l'école *et* d'y rester le plus longtemps possible, *et/ou* d'améliorer l'accomplissement de l'exercice du métier d'élève. Cette analyse a été corroborée par mes rencontres et échanges avec les enfants, moments durant lesquels j'ai réalisé qu'ils établissaient une sorte d'équivalence entre le travail fait à l'hôpital et le travail scolaire,

même si ceux ayant partagé leur vision de ce qu'ils faisaient en (psycho)thérapie ont pointé des différences entre les deux espaces, par exemple être seul avec un adulte. L'omniprésence de l'importance de la réalisation de ce métier d'élève pose la question, comme je l'ai soulevé, de ce qu'il faut faire d'un enfant n'allant pas à l'école, preuve du chevauchement – notamment dans un contexte où les structures de soins spécialisés sont insuffisantes par rapport à la demande – entre métier d'élève et métier d'enfant. Concernant les adolescents, cette présence est moindre, notamment en raison, comme je l'ai apprécié, de leur acquisition des compétences fondamentales que sont la lecture, l'écriture et le calcul en amont des problèmes pour lesquels ils consultent. Cependant, comme que je le soutiens dans ce travail, cette différence de traitement est avant tout le reflet des regards distincts posés initialement sur les problèmes des enfants et des adolescents, à savoir que pour les enfants, les problèmes rencontrés débordent dans la sphère publique, notamment à l'école, alors que pour les adolescents, les difficultés ne concernent pas tant l'école que ce qui se passe en famille où le repli, la vie en marge de leur famille est source de tensions entre parents et adolescent.

Les « petites mains » du *care*, les oubliés du *cure* prodigué à Al-Balkhi

Enfin, pour conclure sur les manières de soigner les enfants et les adolescents à l'hôpital, j'ai souligné l'importance, hors des dispositifs de soin (*cure*), des « petites mains » du *care* que sont l'hôtesse d'accueil et les infirmières en psychiatrie chargées du secrétariat. Dotées de compétences administratives (Dubois & Baudot, 2012), elles contribuent, chacune à leur manière, au bon fonctionnement de l'hôpital, apportant par leur attention et souci de l'autre une aide précieuse, voire essentielle dans le cas de l'hôtesse, aux mères qui ne se savent pas lire et se présentent majoritairement seules lors des consultations et des séances des enfants : certaines d'entre elles, sans ce travail de *care* (et non majoritairement de *cure* comme pour le reste de l'équipe) déployé pour les aider à réaliser les démarches administratives (sécurité sociale, paiement, justificatifs de réduction...), ne pourraient peut-être pas parvenir jusqu'au secrétariat puis aux médecins, faute de possibilité de naviguer dans l'espace institutionnel que représente l'hôpital. De plus, j'ai réalisé un focus particulier sur la salle d'attente, ce « territoire de l'attente » pour les familles et lieu d'observation ethnographique par excellence, pour montrer ce que la géographie sociale s'attache à étudier, à savoir que le spatial est le support des relations. Adoptant une perspective foucauldienne qui incite à étudier

la géographie des lieux dans un souci de compréhension des relations de pouvoir qui s'y déploient, j'ai mis à jour les liens tissés entre les parents et l'hôtesse et/ou l'infirmière et les avantages, en termes d'obtention de rendez-vous ou plus simplement de soutien moral, qu'ils permettent. Se dessinent, à la suite d'examen détaillé et sur le long terme, les relations sociales, les alliances, les marques de domination et leurs tentatives de contournement pour accéder aux soins dispensés à Al-Balkhi par l'équipe de professionnelles. L'emprunt à la géographie sociale m'amène, dans la continuité des théories du *care* poursuivies dans cette thèse, à voir l'invisible, c'est-à-dire à repérer les travailleuses de l'écrit situées dans l'ombre, dans un contexte où l'analphabétisme pose des enjeux majeurs qui ne sont pas pris en compte par les autres professionnelles.

Prendre soin des enfants

Le travail médical des mères

Soigner les enfants n'est pas que du ressort des professionnelles : il est également *le travail* des parents, et surtout des mères des enfants suivis à Al-Balkhi. Comme Sarra Mougel, je recours au terme de « travail » afin de dénaturaliser, comme ont tendance à le faire les professionnelles, l'engagement des mères vis-à-vis de leur enfant. Avec ce terme, je choisis de mettre en relief la similarité des activités attendues des mères et celles accomplies par certaines professionnelles, notamment les orthophonistes et psychomotriciennes – le raisonnement étant différent au regard du travail accompli pour les médecins. En effet, le travail maternel pour les enfants (suivis principalement en orthophonie et en psychomotricité) est la répétition de ce que font les professionnelles en séance – faire faire des exercices d'écriture, de calcul ou de lecture ; créer, à domicile, des parcours avec obstacles pour travailler l'équilibre ou favoriser certaines activités pour stimuler l'apprentissage de la motricité fine (mettre les boutons de son pantalon ou la fermeture d'un manteau, tenir un stylo, etc.). Cependant, le passage d'une actrice de soins à une autre, à savoir d'une professionnelle à la mère d'un enfant, tend à modifier les perspectives professionnelle *et* maternelle sur la nature des activités réalisées. En effet, malgré la répétition ou les tentatives d'imitation de ce qui est fait pendant les séances, le travail des mères n'est pas qualifié comme tel, ni par elles-mêmes ni par les professionnelles – qui

l'associent toutes au fait *d'être mère*. Quant au travail maternel auprès des adolescents (suivis uniquement par les médecins), il se concentre davantage sur l'analyse des interactions parentales avec l'adolescent et la réalisation d'ajustements en cas de manifestations des signes/symptômes. Dans ces cas, il ne s'agit pas d'exercices à répéter mais plutôt de raisonnements à reproduire, raison pour laquelle, comme je l'ai observé, les professionnelles ont le souci d'expliquer et d'indiquer aux mères comment se comporter avec les adolescents.

La guidance parentale pour apprendre à devenir parent d'enfant ou adolescent compétent

Le travail que les mères doivent accomplir pour, d'après les professionnelles, pouvoir prendre soin de/soigner leur enfant est appris pendant la « guidance parentale », pièce maitresse des (psycho)thérapies (ré)éducatives à Al-Balkhi. En documentant les sessions de « guidance » qui se produisent en fin de séance avec les orthophonistes ou les psychomotriciennes, ou au fil des consultations avec les médecins, j'ai donné à voir leur contenu qui consiste à apprendre aux mères comment devenir le parent de leur enfant aux besoins spécifiques, au travers, par exemple, de conseils pratiques, de descriptions d'exercice à faire et d'explications plus ou moins complexes du problème rencontré par leur enfant ou adolescent. Dans tous les cas – quelle que soient la professionnelle rencontrée et le problème diagnostiqué –, je rends compte du fait que les enfants et les adolescents ne sont pas les seuls à devoir modifier leurs manières d'être et de faire : les professionnelles expliquent aux mères que si elles souhaitent que leur progéniture aille mieux, elles doivent également changer leurs pratiques parentales. Ainsi, la guidance dispensée à Al-Balkhi est davantage éducative, apprenant aux mères quoi faire, à quel moment et comment, plutôt qu'une source de soutien à l'être parent en lien avec leurs ressources et histoires personnelles (Linder et al., 2019). La guidance parentale, dans la perspective médicale des professionnelles d'Al-Balkhi, permet de tendre vers l'accomplissement d'être « un bon parent » – auquel incombe la responsabilité de prendre soin (*care*) mais aussi de soigner (*cure*) leur enfant.

Les nouvelles cothérapeutes de la pédopsychiatrie

En examinant les pratiques professionnelles d'Al-Balkhi, j'ai suggéré que l'évolution épistémologique de la pédopsychiatrie est un outil de compréhension utile pour aborder le rôle de « cothérapeute » désormais tenu par les mères. Je considère que trois facteurs historiques, tous intimement intriqués, ont joué un rôle de tremplin dans l'intégration des parents, et dans mon cas plus particulièrement des mères, comme cothérapeutes.

Premièrement, l'approche des troubles, telle qu'elle est exposée dans le DSM 5 et interprétée par les professionnelles d'Al-Balkhi, puisqu'il est une référence au quotidien pour elles (notamment pour les médecins), fournit aux professionnelles une liste de signes cliniques sur lesquels se baser pour identifier ce dont souffrent les enfants et les adolescents. Ce système, en simplifiant le raisonnement clinique, favorise, semble-t-il, une forme de *décomplexification* de la maladie mentale qui facilite le travail explicatif des professionnelles envers les parents (utile notamment pour la guidance parentale).

Deuxièmement, la lecture médicale des troubles par le prisme des comportements a également une influence notoire sur la possibilité d'engagement des parents, et tout particulièrement des mères. En effet, les TCC faisant l'hypothèse de la non-existence du psychisme, les professionnelles se concentrent sur les changements de comportements comme manifestation d'une possible guérison. Il n'y a pas, comme le rappelle Françoise Parot (2008) et comme je l'ai constaté, de cause sous-jacente à trouver, à interpréter et à traiter. À Al-Balkhi, c'est notamment saillant pour les enfants diagnostiqués, par exemple, avec un trouble oppositionnel ou un trouble d'hyperactivité avec/sans déficit d'attention, et dont les suivis sont majoritairement assurés par les orthophonistes et les psychomotriciens. Ainsi, comme je l'ai montré, la thérapie que les parents doivent implémenter au domicile peut se faire par la mise en place d'activités précises incluant des indications spécifiques telles que la fréquence, le moment, l'espace.

Troisièmement, si l'anamnèse et l'histoire passée du patient sont abordées lors de la première consultation, l'ancrage du travail (psycho)thérapeutique se fait dans le présent. Dans le modèle de TCC pratiqué à Al-Balkhi, une lecture passée des éventuelles raisons des troubles n'est pas menée, contribuant, comme je l'analyse, à soigner les relations avec les parents sans leur faire porter la culpabilité de ce qui arrive à leur enfant – bien que certains m'aient néanmoins avoué ressentir personnellement une responsabilité dans ce qui arrive à

leur enfant. La responsabilité au présent des parents est mise en avant, contre une hypothétique culpabilité au passé : ceci, je le présume, favorise la place de cothérapeute donnée et tenue par les parents. Pour le dire autrement, la temporalité du présent permettrait aux mères de se délester du poids de l'auto-accusation qui souvent surgit dans leurs propos. Ce travail de cothérapeute accepté par les mères des enfants et adolescents rencontrés s'inscrit dans la continuité de ce qui est localement perçu, mais aussi quotidiennement performé, comme leur *rôle* social de mère. Professionnelles et mères se rejoignent sur ce rôle « naturel » de cothérapeute qui leur incombe, du fait de leur statut même de mère.

Toutefois, mes observations m'enjoignent à suivre les mises en garde faites par Céline Borelle, afin de se « prémunir contre l'écueil du misérabilisme » envers les parents qui n'agiraient que comme « victime de l'avènement de ce nouveau régime de responsabilité » qu'impliquent les formes contemporaines de parentalité (2017, p. 18). J'emprunte ainsi à cette auteure, mais aussi à Jean-Sébastien Eideliman, la voie visant à nuancer la dichotomie parent « combatif »/parent « non combatif » (*Ibid.*), en donnant à voir au quotidien, et avec pour toile de fond des bribes de leurs histoires singulières, les manières dont les parents – pères inclus – prennent soin de leur enfant par-delà les attentes et les rôles attribués par les professionnelles. Cet achoppement est d'autant plus simple à éviter qu'un examen attentif des parcours de soins des enfants et des adolescents rappelle que les parents des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi (et il s'agit dans la plupart des cas d'un accord entre le père et la mère) sont les initiateurs de ces parcours, sauf dans de rares cas chez les patients adolescents (comme Nayma). Cependant, je constate que ce « travail médical » des mères, et dans une certaine mesure celui des pères, est invisible aux yeux des professionnelles, qui laissent dans l'ombre les formes de soins qu'elles et ils accomplissent pourtant.

Des sentinelles genrées

Ce travail, dans le prolongement des analyses de Sarra Mougel sur le rôle des parents au chevet de leur enfant malade, je l'ai nommé « travail de sentinelle ». Il inclut le travail délégué aux parents par le médecin suite à l'apposition d'un diagnostic et implique une activité parentale d'« observation et objectivation » du corps de l'enfant (Mougel-Cojocar, 2007a). En complément de l'auteure, qui montre les capacités de *prendre soin* non-

reconnues chez certains parents – car non conformes aux attentes –, j’ai observé que les parents, en amont des rencontres avec les professionnelles, exercent d’ores et déjà un travail d’attention et de soin qui sera précieux aux professionnelles pour mener la (psycho)thérapie (ré)éducative. De cette constatation, deux points essentiels sont ressortis. D’une part, les compétences des parents façonnent la relation avec les professionnelles, donnant lieu à des accords, plus ou moins harmonieux, sur les objectifs à poursuivre (c’est-à-dire quels aspects des comportements de l’enfant doivent être modifiés). Pour certaines mères, l’hyperactivité est centrale alors que les professionnelles mettront l’accent sur l’acquisition des fondamentaux scolaires. D’autre part, selon le genre des parents, l’identification de ce *quelque chose qui ne va pas* chez les enfants et adolescents et la conséquente définition de ce qui pose problème au quotidien n’est pas la même. À titre d’illustration, un père absent toute la journée considère problématique les difficultés de verbalisation de son fils – car il souhaiterait communiquer avec lui le soir en rentrant du travail –, tandis que la mère du garçon, qui a mis en place un système de communication non verbale avec lui, estime que l’hyperactivité du garçon est ce qui est le plus perturbant – puisqu’elle est seule toute la journée à devoir gérer ses comportements.

Des pères travailleurs du *care* invisibles à l’hôpital

Pour conclure sur les manières dont les parents prennent soin de leur enfant, j’aimerais insister, comme je l’ai déjà fait dans ce travail, sur la nécessité dans la recherche et dans la pratique professionnelle médicale de porter une attention plus systématique sur les pères dans les parcours de soins des enfants – un point d’autant plus important que, comme j’ai pu le constater au travers du dispositif ethnographique qui m’a conduit à domicile et permis d’y rencontrer les pères, d’importantes différences existent en termes de genre. Domaine de prédilection des femmes, la santé des enfants marocains n’est pas un sujet sur lequel les pères sont attendus, conduisant à des formes d’exclusion mais aussi, parfois, d’auto-exclusion de ce domaine. Pour ces pères jugés absents par les professionnelles, la collaboration, telle que je l’ai analysée, est soit impossible du fait des incapacités paternelles à se rendre à l’hôpital – souvent parce qu’ils travaillent –, et ils essuient dans ces cas des critiques pour leur manque d’engagement ; soit stérile dans les cas où ils sont effectivement présents à l’hôpital mais dévalorisés en tant qu’interlocuteurs compétents par les professionnelles ; et faute d’être pris

au sérieux, ils ne sont pas inclus dans les temps de guidance, les professionnelles les laissant sortir avec l'enfant dans le couloir pour parler à la mère ou optant pour un compte rendu succinct d'une ou deux minutes au milieu de la salle d'attente. Or, mes rencontres avec les pères des enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi laissent entrevoir que chacun à sa manière contribue et participe aux parcours de soins ; si une attention leur est portée, ils ont un avis sur les problèmes de leurs enfants, des solutions pour y remédier et un souci de recevoir, comme les mères, des conseils et des indications pour prendre soin de leur enfant. Il peut être noté que ces formes d'absence des pères privent les enfants et adolescents d'un soutien supplémentaire dans le processus thérapeutique qu'ils traversent, laissant par ailleurs les mères seules en première ligne.

Les éthiques du *care*

Les éthiques du *care*, telles qu'elles ont été élaborées par Joan Tronto et Berenice Fisher, puis reprises et développées, entre autres, par Patricia Paperman et Sandra Laugier, constituent la trame théorique de ce travail. .

La réalisation de cette activité de *care* peut être pensée, comme le proposent les mêmes auteures, en quatre dimensions – toutes concourant au maintien de la vie évoqué. J'ai jusqu'à présent couvert les dimensions de prendre soin (*care for*) et soigner les enfants (*care giving*), en considérant les enfants et les adolescents comme objet du soin (*care receiving*), je vais maintenant prêter attention au souci de quelqu'un ou quelque chose (*caring about*), observé chez les enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi.

Se soucier de soi, une forme de travail de *care* apprise à l'hôpital

Observer les enfants et adolescents

Au centre des attentions des professionnelles et des parents, ainsi que de moi-même, les enfants et les adolescents. J'ai exposé comment chaque adulte, en fonction de son bagage individuel, mais aussi de son contexte institutionnel et social, prend soin et soigne des enfants et adolescents pour lesquels des problèmes ont été reconnus et estimés

dommageables pour eux et pour leur entourage. Bien que des divergences existent sur les degrés, les solutions et les éventuelles raisons, parents et professionnelles s'accordent sur ces principes. J'ai insisté, dans une grande partie de ce travail, sur les manières de soigner (*cure*) des professionnelles et celles de prendre soin (*care*) des parents qui incluent, par leur rôle de cothérapeute, des techniques de soin (*cure*). Mais ces explications sont les éléments de réponses nécessaires pour comprendre ce que font les (psycho)thérapies aux enfants. Qu'en est-il de ce que font les enfants en (psycho)thérapies ? À la base de cette thèse et de ces deux préoccupations survient mon attention systématique portée sur les enfants et les adolescents, acteurs souvent invisibilisés pourtant au cœur de ces pratiques de soin(s). C'est en raison de mon souci permanent de cerner l'expérience des jeunes patients reçus à Al-Balkhi que j'ai pu percevoir ce qui se passait en séance et en consultation, et, *in fine*, concevoir que leur parcours de soin(s) relève d'une forme de « fabrique morale ».

Mon expérience personnelle comme point de départ méthodologique et épistémologique

Avant de revenir sur ce que j'entends par « fabrique morale », il est essentiel de rappeler que ce souci qui m'habite, comme je l'ai expliqué en préambule de ma thèse, est à comprendre à la lumière de [ma] trajectoire biographique. Ainsi, comme je l'ai brièvement évoqué, des éléments de l'histoire de quelques enfants rencontrés à Al-Balkhi, font écho, en raison de leur similarité, à mon propre vécu d'enfant. Ce dévoilement, permis à la suite d'une « réflexion analytique, au sens psychanalytique et socio-analytique, de certains éléments de [ma] trajectoire biographique » – particulièrement facilitée par ma formation d'art-thérapeute en cours de recherche doctorale – m'est apparu « incontournable » (Céfaï, 2003) car il autorise la mise en relief des « affinités du chercheur avec son objet, ses impensés, ce qu'il voit et ne voit pas sur [son] terrain » (Sylvie Morel, 2018). Partant de cette analyse personnelle, j'ai pu clarifier cette obsession qui est mienne de me focaliser sur le vécu des enfants et adolescents et d'appréhender dans une perspective méthodologique mon attention permanente portée sur eux. J'ai par ailleurs pu mettre en exergue les glissements possibles en raison des proximités biographiques repérées entre certains enfants et adolescents et l'enfant et adolescente que j'étais, prenant le soin de démêler les bribes d'histoires des uns et des autres, là où l'inconscient peut brouiller, dans une subtile confusion, les images générées par le miroir déformant que la rencontre avec les enfants et adolescents constitue.

Riche de ce constat, j'encourage d'ailleurs tout chercheur à questionner méthodiquement son rapport à l'objet, car il n'est jamais neutre, ou pour le dire autrement, il est nécessairement subjectif et influence irrémédiablement sa vision de celui-ci.

Être objet de soin, un travail de care à part entière

Les théoriciennes du *care* avancent que l'on s'intéresse toujours aux donneurs de *care* (ici les professionnelles et les parents), mais rarement aux objets de ce soin, à ses bénéficiaires, c'est-à-dire dans le cas présent aux enfants et adolescents : « Mais toute l'attention est concentrée sur celui qui soigne, le plus puissant ». (Molinier et al., 2009, p. 48). Constat paradoxal lorsque l'on songe au fait que les enfants et les adolescents sont au cœur des dispositifs de soins et devraient donc être le centre de l'attention. Me tournant vers les enfants et les adolescents, en portant mon attention sur eux, je les perçois en tant que receveur actif du travail impulsé, guidé et dirigé par les professionnelles et les parents, et je constate que sans *leur* travail de *care*, le *care* dont ils sont l'objet ne peut se faire (J. Tronto & Maury, 2009).

À partir d'une minutieuse ethnographie des dispositifs de soins, un des apports majeurs de cette thèse est la reconnaissance que les enfants *se soucient d'eux-mêmes et de la (psycho)thérapie* (ré)éducative à laquelle ils participent (avec des variations d'intensité selon les moments et selon les enfants/adolescents). En donnant à voir le déroulement des séances avec l'équipe paramédicale et des consultations avec les médecins, j'ai mis en évidence le fait que les enfants et les adolescents font preuve de cette capacité d'attention, cette « capacité perceptive » qui est, pour les auteures des éthiques du *care*, l'une des caractéristiques du *souci de*, c'est-à-dire de la réalisation d'un travail de *care*. Chez les enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi, *ce souci de*, cette attention au particulier se manifeste dans leur perception des détails qu'ils glanent au fur et à mesure des séances et des consultations et qui leur permet de faire ce qui est attendu d'eux. À mon sens, leurs gestes expressifs – communication verbale et/ou non verbale – révèlent cette capacité qu'ils acquièrent, développent et forgent en « apprenant par et avec » les adultes ou en « apprenant par soi ». De plus, cette attention aux détails vaut pour l'environnement matériel autant que

pour leur propre corps – et ce point est essentiel : conscience de soi, pas seulement soumission mécanique, engagement dans le travail.

Ainsi, si les professionnelles se concentrent sur le *cure* en déployant les registres précités d'« apprendre par et avec les adultes » pour les enfants, et d'« apprendre par soi » pour les adolescents, j'ai pu observer qu'au travers de ces mêmes registres, des « pratiques de soi » sont exercées par les enfants et les adolescents. L'acquisition et la maîtrise progressives des outils thérapeutiques utilisés par les professionnelles permettent autant qu'elles indiquent l'exercice de ces pratiques – ce qui atteste d'activités de *care* – même si l'attention - présente chez les enfants et adolescents puisqu'elle est ce qui leur permet de grandir et d'apprendre – peut aussi ne pas être là où elle doit (socialement) être, donnant naissance à des tensions, des difficultés qui amènent les parents à consulter).

Se soucier de soi et de la thérapie

Chez les enfants, cette forme de travail de *care* accompli transparait, par exemple, dans la réalisation et le maintien des positions initialement demandées puis finalement autoproduites – sur la chaise, pour tenir le stylo, pour placer des cartes sur la table, pour tenir leur cahier ; mais je les aperçois aussi, dans le respect des règles de la séance et l'autocontrôle exercé inhérent à celui-ci, lorsqu'ils rentrent dans le bureau et qu'ils s'assoient à leur place, dans le silence tenu pendant les exercices, dans l'attente des nouvelles consignes une fois un exercice fini... Cet ensemble d'activités requiert une intention pour identifier ce qui importe (le respect du « cadre » et le déchiffrement de ce qui compose et compte dans les règles de celui-ci), pour faire le geste adéquat au moment adéquat, pour faire le travail sur soi requis. Sans implication de soi, sans ce travail médical, la thérapie (ré)éducative ne peut se réaliser. Le souci de soi et de la thérapie est nécessaire pour que le *cure* (et le *care*) puisse avoir lieu. Être objet de soin, dans le cas des enfants rencontrés à Al-Balkhi implique d'être acteur du soin, d'y être attentionné, réceptif et actif.

Quant aux adolescents, des observations et conclusions similaires peuvent être faites. Lors des consultations, j'aperçois les traces de cette capacité perceptive : ils repèrent, démêlent, extraient ce qui est attendu d'eux, ce qui compte dans la (psycho)thérapie, et le mettent en pratique par un travail de soi sur soi. Pareillement aux enfants, sans ce sens de

l'importance, sans cette attention à ce qui est attendu, la (psycho)thérapie ne peut se réaliser car leur engagement n'est pas possible. Ce travail est tangible dans les raisonnements inspirés des médecins et réappropriés, par exemple, lorsqu'ils recherchent la logique entre leurs pensées et leurs actions, ou verbalisent leurs sentiments et tentent d'identifier l'impact de ceux-ci sur leur agissement. Alors que les professionnelles mettent à exécution des « conduites à tenir » (exercices et méthodes à implémenter pour réguler, contrôler et éradiquer les manifestations des troubles) afin de soigner les adolescents, je perçois dans leurs comportements modifiés des signes de pratiques de soi, révélatrices de leur apprentissage du *care*.

Les enfants et les adolescents, dès leur entrée dans le bureau de séances ou de consultations, font attention à eux-mêmes, se soucient de leurs corps, de leurs gestes expressifs, de leurs manières d'être et d'agir. Les séances ou les consultations sont des lieux d'attention permanente dans lesquels enfants et adolescents sont amenés, de manière insoupçonnée par les professionnelles, à devenir *caring envers eux-mêmes*. En effet, ces dispositifs de soins sont pensés comme un lieu de guérison ou d'aller mieux par un processus d'acquisitions de nouveaux « comportements » – que je qualifie de manières d'être et d'agir – dictés et guidés par les professionnelles. Mais ce sens de l'importance (*what matters*) qu'ils y acquièrent et y déploient n'est pas perçu et n'est donc pas conceptualisé par les professionnelles. Leur statut d'enfants et d'adolescents (c'est-à-dire, selon les représentations locales en vigueur, d'être inachevé, et de surcroît avec des capacités jugées réduites ou défaillantes en lien avec le(s) trouble(s) avec lesquels ils ont été diagnostiqués) voile le souci de soi et de la (psycho)thérapie qui peut être le leur et qui transparait pourtant – aux yeux de l'anthropologue que je suis –, dans le « sol raboteux » de ce qui est, pour ces enfants et adolescents, l'ordinaire des séances et des consultations. Cette adéquation entre leurs expressions et le cadre de l'hôpital est ce qui m'a amenée à conclure que ces enfants et ces adolescents en dépit des attentes des professionnelles sont toutefois les acteurs des (psycho)thérapies ((ré)éducatives) dans lesquelles ils sont effectivement engagés et s'engagent. À la question de savoir ce que font les enfants et adolescents en (psycho)thérapies, je réponds, en m'appuyant sur les éthiques du *care*, qu'ils y apprennent et y accomplissent un travail de *care envers eux-mêmes*, montrant un souci de soi et de la psychothérapie.

Prendre soin de soi et des autres

Le déploiement hors de l'hôpital

L'ethnographie au domicile des familles a permis de mettre en évidence l'appropriation, la circulation et les transformations inhérentes à ce souci de soi documenté en séances et en consultations. En suivant les enfants et les adolescents d'un espace (hôpital) à l'autre (domicile familial), j'ai pu constater qu'ils utilisaient les outils thérapeutiques transmis par les professionnelles à l'hôpital au domicile familial, réajustant les « conduites à tenir » dans le contexte de leur vie ordinaire. Le « cadre » de la consultation ou de la séance se mue au contact du cadre social dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents et des ajustements plus ou moins intentionnels, plus ou moins conséquents, influencent les routines des interactions parents/enfants existantes. Dans le prolongement de l'analyse déroulée à partir du *care*, j'ai proposé d'interpréter cet usage circulaire comme des activités de *care*.

Travailleur de care à domicile, un métier de contrebandier

Le déploiement des pratiques de soi par les enfants et adolescents dans leur quotidien a éclairé autrement le travail qu'ils accomplissent, notamment en lien avec leurs parents. J'ai précédemment expliqué que pour les professionnelles et les parents, les enfants et adolescents doivent « apprendre par et avec » ou « apprendre par soi » en précisant que quel que soit le registre d'actions, ils sont toujours sous la tutelle des adultes. Néanmoins, le passage à domicile a révélé d'autres ficelles de l'usage de ces outils thérapeutiques devenus ordinaires. Ils attestent des accords ou, au contraire, des désaccords entre parents et enfants ou adolescents, mettant ainsi à mal l'idée, défendue par les professionnelles, qu'enfants et adolescents obéissent ou suivent les règles du cadre posé par les parents. Ces nouveaux éléments relatifs à l'usage des outils m'ont amenée à qualifier les enfants de contrebandiers²⁵⁵ d'outils thérapeutiques et les adolescents de passeurs – la distinction, entre les deux

²⁵⁵ Alors que Régine Sirota utilise le terme de « braconnier des pratiques culturelles » pour qualifier le rôle de médiateurs culturels joué par l'enfant et son groupe de pair dans le cadre d'une étude sur la scolarisation en réseau public ou privé (1998), je lui préfère celui de « contrebandier » qui, par son étymologie relative au commerce, rend compte d'une part d'un transfert, d'un lieu à un autre, et d'autre part, met en avant son aspect caché, ici invisible aux yeux des professionnelles et souvent des parents.

catégories d'âges se voulant le reflet du niveau d'autonomie prêté par les adultes, et notamment par les professionnelles. En effet, dans le contexte familial où la discipline est moins prégnante que celle imposée à l'hôpital, voire totalement absente, les enfants mettent en place les activités de soins apprises à l'hôpital.

Faire pour soi et par soi

Une fois encore, malgré les dispositions mises en place par les parents (ce qui serait qualifié de « cadre » dans le langage des professionnelles d'Al-Balkhi), les enfants sont ceux qui transfèrent, portent, prennent en main ces outils : si la guidance permet aux parents de savoir et de comprendre ce qu'il faut faire avec leur enfant ou adolescent, ils ne connaissent pas nécessairement les détails des activités menées par les professionnelles avec les jeunes patients dans le quotidien des séances et des consultations. Les détails de ce travail font partie du vécu qu'enfants et adolescents (em)portent avec eux dès lors qu'ils sont hors du cadre social de la thérapie et de l'hôpital. Je pense notamment aux positions variées, aux rythmes de travail, aux reformulations, aux multiples formes de l'attention et la prise en main (au sens propre et figuré) des outils qu'enfants et adolescents réinventent dans leur quotidien. Si les parents peuvent (vouloir et savoir comment) *faire faire* aux enfants, et dans une certaine mesure aux adolescents, les enfants et adolescents agissent également par eux-mêmes et selon les conditions nouvelles de leur contexte quotidien – avec pour outil premier, comme je l'ai observé, la finesse des détails que leur sens de l'importance (*what matters*) formé et aiguisé en séance ou en consultation leur permet. Ainsi, dans l'épaisseur du quotidien, le souci des enfants et adolescents de prendre soin d'eux-mêmes gagne en visibilité.

Changer les pratiques parentales

Une des autres conséquences de cette dynamique concerne les relations parent/enfant ou adolescent, et tout particulièrement les pratiques éducatives parentales. J'ai en effet constaté qu'avec la circulation des outils thérapeutiques dans l'espace domestique, les pratiques éducatives des parents pouvaient se modifier. Bien que l'influence des parents sur les enfants

et les adolescents soit systématiquement envisagée, l'inversion de cette dynamique n'est pas anticipée, car non concevable dans les schémas de pensée étudiés. Elle n'est pas non plus probable (selon leur perspective) car le déploiement à domicile des « conduites à tenir » prodiguées par les professionnelles, et leurs conséquences, ne leur sont pas visibles ; cette réalité leur échappe. Ainsi, les changements de dynamiques produits par l'usage des outils ne leur sont pas connus. L'apport du travail ethnographique sur différents sites est ce qui permet la perception de ce renversement de perspective entre donneur et receveur de *care* – révélant à cette occasion le fait que le *care* n'est pas exclusivement le fruit d'une dyade (professionnel/patient, mère/enfant), mais qu'il est façonné et livré par une multiplicité d'acteurs dont les vies s'entrecroisent. Les enfants et les adolescents, au travers des divers changements dont ils sont les acteurs, modifient les pratiques parentales, rompant avec le rapport hiérarchique parent/enfant en vigueur localement (un adolescent réclamant par exemple la plus grande pièce de l'appartement pour en faire sa chambre ou un enfant exigeant des adultes autour de lui qu'ils se taisent). Dans certains cas, parents et enfants travaillent ensemble à l'élaboration de nouvelles pratiques qui leur conviennent et correspondent à ce que les professionnelles recommandent. Dans d'autres cas, les accords doivent être forcés, y compris par les enfants qui recourent aux outils thérapeutiques pour amener les changements dont ils ont besoin et envie (une jeune fille reléguant *ses* tâches domestiques à sa mère ou un garçon argumentant sur le temps de jeu auquel il a droit avec son père). Ces changements sont induits par le souci de soi mais aussi par le souci de l'autre, l'attention à l'autre et au contexte dans lequel enfants et adolescents interagissent.

Du souci de soi au souci des autres

Je soutiens que l'attention à soi et à la psychothérapie apprise à l'hôpital permet d'expérimenter d'autres types de relations. En complément de ce nouveau rapport à soi que les enfants apprennent en consultation ou en séance, j'estime qu'ils y cultivent également une attention aux professionnelles qui se transforme en une attention envers la famille dans l'espace social de la maison. D'autres formes de vie sont pratiquées et testées dans le cadre de l'hôpital et circulent ailleurs, transformées sous l'effet du changement de cadre. Déceler l'important chez les professionnelles, pour participer à la thérapie, pour faire ce qui est attendu, aiguise cette attention de ce qui compte chez l'autre, qu'il s'agisse des

professionnelles, des parents ou des frères et sœurs. Les signes de l'attention aux proches (à l'autre) sont multiples, singuliers et toujours contextuels : il peut s'agir de gestes d'affection et de protection, y compris dans des moments où les parents se montrent fragiles, vacillants (un jeune garçon réconfortant sa mère en train de pleurer en lui attrapant le visage) ; ou de tentatives d'explications contextuelles pour faire comprendre un comportement jugé inadéquat par les parents ; ou l'acharnement de certains enfants à faire ce qui est attendu, portant leur attention sur ce qui a de l'importance pour les parents ; ou de faire son travail seul pour laisser les parents tranquilles ; ou de faire rire un parent en dansant, en chantant, en racontant des histoires.

Texture d'être et compétence morale

Ces gestes sont apparus comme les traces des apprentissages faits à l'hôpital, miroir de ce que je nomme, en référence aux théories du *care*, les textures d'être de chaque enfant et adolescent. Leurs expressions ne sont pas systématiquement la conséquence d'une attention qui serait infaillible, « La texture désigne alors une réalité instable, qui ne peut être fixée par des concepts ou par des objets déterminés, mais par la reconnaissance de gestes, de manières, de styles humains » (Laugier, 2014). De fait, leurs expressions ne sont pas constantes, mais elles habitent, de temps à autre, les (inter)actions qu'enfants et adolescents tissent avec leurs parents. Ces gestes expressifs sont le résultat de la vision du monde de chaque enfant et adolescent, de ce sur quoi il porte son attention, de ce qui est important pour lui mais aussi pour ses parents et ses proches, et ancré dans leur contexte de vie quotidienne. J'ai choisi, dans une visée argumentative, de forcer le trait de ces compétences éthiques en leur attribuant des qualificatifs révélateurs de ce qui compte pour eux (la générosité, la persévérance, la justice, la douceur, la liberté, l'apaisement). Aux yeux des professionnelles et des parents, ces valeurs sont dissimulées derrière les comportements jugés inadéquats qui certes peuvent être plus bruyants, plus envahissants dans lesquels se noient ces attentions éparées.

Pour ma part, mon souci est autre : ma préoccupation, mon attention se tournent justement vers ces attentions qui échappent aux autres. J'ai alors montré lorsqu'il y avait convergence entre parents et enfant ou adolescent, lorsque le sens de ce qui compte pour l'un rencontre

ce qui compte pour l'autre, donnant à l'expression de leurs qualités la possibilité de créer des accords entre eux. Mais j'ai aussi documenté des moments durant lesquels les sens de l'importance ne coïncidaient pas, où d'autres éléments du contexte prenaient une signification différente pour chacun, devenant source de tensions, d'incompréhension – parce que les éthiques du *care* ne sont pas l'application de valeurs prédéfinies quel que soit le contexte : des variations s'observent, et des désaccords peuvent survenir.

L'hôpital, un lieu de fabrique de la compétence morale

À propos de la compétence morale, Sandra Laugier écrit : « La capacité à percevoir le détail de la vie ordinaire – à saisir “ce qui compte” sur l'arrière-plan de la forme de vie – est un élément central de la compétence morale » (Laugier, 2014).

Observer le *care*, c'est ainsi observer le sens moral qui s'y déploie. Saisir les expressions singulières des enfants et des adolescents, nourries de leur attention à soi, aux autres et au contexte, c'est comprendre la dynamique de *care* en jeu dans leurs manières d'être et de faire. Il faut garder en tête que chacun de ces gestes n'était pas ou plus fait, et qu'ils sont, dans le contexte du quotidien des enfants et adolescents suivis à Al-Balkhi, les signes d'une (ré)invention de ce qu'ils apprennent, expérimentent, performent à l'hôpital.

Pour conclure, en donnant à voir l'usage des outils thérapeutiques dans la sphère privée, j'ai révélé les effets du prolongement de l'expression du souci de soi et de l'importance accordée à la (psycho)thérapie et aux professionnelles dans le contexte familial. J'y ai observé comment les enfants et les adolescents prennent soin de leur parent, dévoilant une autre facette de *ce que font les (psycho)thérapies aux enfants* (lorsqu'un garçon se retire dans sa chambre pour laisser ses parents se reposer ou lorsqu'une adolescente complimente sa mère et l'aide à prendre soin de son apparence physique) . Sandra Laugier écrit : « La compétence morale n'est pas seulement, en effet, affaire de connaissance ou d'émotion, elle est affaire d'apprentissage de l'expression adéquate et d'éducation de la sensibilité [...] » (*Ibid.*, p.260).

En effet, dans ces changements de pratiques observés, j'ai pu percevoir que les enfants et adolescents prennent en compte ce qui a de l'importance aux yeux de leur parent (et d'eux-

mêmes), requérant, comme le défend Sandra Laugier à la suite de Carol Gilligan, « un examen des situations particulières », lui-même révélateur d'« un mode de pensée plus contextuel et narratif que formel et abstrait » (Laugier, 2010). Ainsi, l'autre contribution majeure de cette thèse, et conclusion de celle-ci, s'inscrit aux antipodes des capacités attribuées aux enfants et adolescents rencontrés à Al-Balkhi. La mise en lumière de la capacité des enfants et adolescents à se soucier et à prendre soin d'eux et de leur famille, sans nécessairement attendre et dépendre de leurs parents, dévoile l'apprentissage d'une compétence morale. C'est en ce sens que je propose de considérer l'hôpital comme un lieu de fabrique de la compétence morale des enfants et adolescents qui y sont suivis.

Un nouveau souffle pour la recherche avec les enfants et adolescents

Les éthiques du *care* m'ont permis de penser, d'analyser, mais aussi, plus simplement, de mettre des mots sur les gestes que j'avais pu observer, que j'avais vus surgir après des heures et des heures de présence aux côtés des enfants et des adolescents.

La place privilégiée d'anthropologue

Les méthodes choisies, opérant principalement un recentrement sur la relation corporelle, sur l'interaction, sur l'« espace transitionnel » qui se crée dans la rencontre entre la chercheuse et les acteurs de terrain, ont été favorisées au profit de dispositifs toujours plus outillés, élaborés et complexes que les *childhood studies* ou socioanthropologie de l'enfance développent pour s'adapter aux compétences enfantines (impliquant des jeux, des questionnaires, des journaux, etc.). Percevoir le *care* a été possible avec l'abandon de ces objets d'enquête que je considère comme de potentiels écrans mais qui, pourtant, sont plébiscités dans ce champ d'études pour ce qu'ils permettraient, faciliteraient l'émergence de la parole des enfants et des adolescents. En plaçant la relation comme outil premier d'enquête (en m'adaptant au rythme des enfants, en suivant leur initiative, en acceptant de ne pas poser de question et d'écouter leur mot ou leur silence), je reconnais, *a posteriori*, que j'ai créé l'espace pour voir les attentions, pour les enfants et adolescents. J'ai laissé la place pour que ce qui compte (*what matters*) pour eux émerge dans notre rencontre. Cette

posture permet d'accéder à l'expérience des enfants et des adolescents, à leur vécu total sans l'aborder par le prisme de la maladie mentale. Livia Velpry écrit : « la lecture psychiatrique construit les propos des personnes en des entités qui laissent peu de place à une compréhension en termes d'expérience » (réf). Avec l'attention au sensible et au perceptible dans la vie quotidienne des enfants et adolescents, le *care* permet l'introduction des émotions et des interactions comme possibilité de partage de cette expérience.

Voir le *care* a nécessité de prendre le temps, d'avoir le temps sur le terrain. C'est cet outil qui permet d'ailleurs, par rapport aux acteurs étudiés (et je pense tout particulièrement aux professionnelles), d'apporter une autre perspective sur le travail réalisé à Al-Balkhi. Car c'est bien de ma place d'anthropologue et des déplacements que j'y ai associés que j'ai pu saisir ces dynamiques complexes de soin(s) et dessiner cette ronde du *care* que les professionnelles (pré)occupées à soigner les enfants ne peuvent pas voir – une ronde entre professionnelles, parents et enfants. Chacun son métier, ses outils, sa place. La visibilité du *care* n'est pas évidente pour ceux dont le souci est de soigner. Toutefois, je pense qu'il puisse être un nouvel élan pour penser autrement la place des enfants et adolescents dans les dispositifs de soins. Ainsi, la perspective du *care*, en pointant la dimension morale, ordinaire et pratique du parcours de soin(s) des enfants et de leurs parents, a le potentiel de (ré)intégrer l'intention évacuée dans le raisonnement clinique.

Intentionnalité et pédopsychiatrie

À propos de la maladie mentale, Alain Ehrenberg et Anne Lovell écrivent :

« Les pathologies mentales et la psychiatrie occupent une place particulière dans le monde de la maladie et de la médecine. Cela tient à la complexité de la matière même : la subjectivité. Celle-ci est à la fois un objet inobservable [...] et un objet dont certains aspects sont observables en tant qu'élément du corps » (Ehrenberg & Lovell, 2001, pp. 9-10).

Je l'ai montré : les professionnelles d'Al-Balkhi abordent pour toute une série de raisons la maladie mentale sous l'angle de ce qui est observable, laissant de côté ce qui ne l'est pas. Que devient la subjectivité quand la psychiatrie ne se concentre que sur l'observable ? Que devient l'intentionnalité dont ces deux auteurs expriment qu'elle est la « dimension proprement humaine du vivant animal », dont la désorganisation est la source de ce qui est

socialement qualifié de pathologie mentale ? L'observable a constitué la jonction commune entre mon approche ethnographique et le travail des professionnelles d'Al-Balkhi.

Mais mon analyse du matériau collecté à partir des théories du *care* a eu pour effet de remettre au cœur de mes questionnements cette intentionnalité puisque celle-ci, au prisme du *care*, est perception (des pourvoyeurs et bénéficiaire à ce qui compte). Je découvre alors que par cet angle de lecture, à l'observable se greffe nécessairement ce qui *était* (dit) inobservable mais devient visible par une attention à ce qui compte (*what matters*). Il semble que cet apport socio-anthropologique peut être chargé d'implications pour le travail pédopsychiatrique, car il souligne la mise au ban d'une donnée au cœur des manières d'être et d'agir : l'intentionnalité des enfants et adolescents, alors que celle-ci est justement dite en souffrance. Ne pas adresser cette composante de la personnalité des enfants et adolescents prive peut-être les acteurs du soin(s) (professionnelles, parents et enfants et adolescents eux-mêmes) d'occasions d'appréhender ce qui est en jeu dans les situations des familles (en prenant en considération une partie cachée de ce qui la compose pourtant) et d'ouvrir d'autres chemins pour parvenir à un aller mieux. Considérer cette voix revient, pour reprendre les mots de Pascale Molinier au sujet de son travail sur les descriptions réelles du *care* auquel je considère que mon travail participe, « à critiquer le discours hégémonique du corps-besoin, pour faire une place légitime au corps-sujet [...]»²⁵⁶ » (Molinier et al., 2009, p. 250). Il s'agit bien de mettre au cœur des dispositifs de soins les « corps-sujets » des enfants et des adolescents et de faire place à ce qu'ils sont dans leur intégralité.

En dévoilant l'intentionnalité qui habite enfants et adolescents, une question demeure en suspens. J'ai montré que les mères, et dans une certaine mesure les pères, étaient des cothérapeutes en raison du travail de soin(s) (*cure* et *care*) effectué vis-à-vis de leur enfant. J'ai par ailleurs documenté comment le souci de soi et de la thérapie chez les enfants et adolescents était un moteur essentiel, vital, à l'accomplissement de la thérapie. De fait, je

²⁵⁶ La suite de cet extrait évoque « les situations de travail et la morale des subalternes » (Molinier, 2009, p.250). J'ai pointé dans quelle mesure le travail de suivi hebdomadaire des enfants et des adolescents est porté par des professionnels paramédicaux ou des médecins en formation de psychiatrie. Si je décale la focale du travail de souci de soi accompli par les enfants et les adolescents, surgit le travail de *care* des professionnelles et des familles qui, malgré leurs divergences éventuelles, bénéficient d'un traitement relativement égal, à savoir un manque de reconnaissance. Or, ils apportent, comme l'écrit Joan Tronto, « un soutien essentiel à la vie. Sans ces soins, les enfants ne deviendraient pas adultes. En ce sens, le *care* est un "pouvoir des faibles" qui "prennent soin des autres". Il semble vital, dans un travail revendiquant la circularité des soins et l'interdépendance des acteurs, de souligner et de valoriser le travail de *care* de ces travailleurs dont la reconnaissance n'est pas toujours de mise car effectué par des subalternes pour lesquels des mécanismes de sexisme et de racisme peuvent aussi s'exprimer » (Tronto, 2009, 169).

m'interroge : dans une telle dynamique thérapeutique, n'est-il pas éthique de reconnaître que les enfants et adolescents, du fait de leur participation active aux soins, sont des cothérapeutes ? S'ils le sont, il faut admettre qu'ils ne le sont pas dans un rapport de symétrie, chaque acteur amène (professionnelle, parent, enfant et adolescent), participe, co-construit à la hauteur de ses capacités, dispositions et ressources. Mais le fait que sans leur engagement, sans leur attention, le *care* ne prenne pas, ne s'enracine pas dans leurs actions, dans leur vie implique, semble-t-il, de reconnaître cette posture de cothérapeute.

Le care, une réponse possible à l'essoufflement de l'agency

A posteriori, je remarque également que je me suis appuyée sur la théorie du *care* pour contribuer à un renouveau de l'étude des enfants et de l'enfance en raison de ce que certains auteurs ont appelé un « essoufflement » (Sirota, 2015). Ce travail a lui-même requis du *care*, à savoir une attention, un souci de l'autre dans des contextes chaque fois singuliers et une perception du sens de l'importance de la part de la chercheuse. Les enfants, les professionnelles, la chercheuse, tous sont pris dans des interactions uniques. En ce sens, cette approche, à la différence de certaines lectures existantes de l'enfance et des enfants, donne l'occasion de valoriser *le monde* auquel enfants *et* adultes appartiennent. En concevant que nous habitons le même monde, alors nos manières d'être et d'agir prennent d'autres significations, s'imbriquent différemment, se répondent autrement. En outre, là où l'*agency* peine à reconnaître la dimension politique de sa démarche, et où injonction est faite aux chercheurs de révéler l'autonomie des enfants (Garnier, 2015a), les éthiques du *care* analysent et reconnaissent la dimension politique constitutive de leur approche et l'intègrent à leur raisonnement.

Un point central de cette thèse, et l'intérêt de la perspective du *care* – par rapport à celle de l'*agency* –, est la considération des agissements des enfants en lien avec l'attention qu'ils prêtent à ce que l'autre fait, professionnelle, parent, frère *et/ou* sœur et éventuellement autres personnes de l'entourage (camarade de classe, professeur d'école). Si la perspective de l'*agency* montre ce que les enfants sont capables de faire pour et par eux, le point fort de mes observations, et leur analyse sous la lentille du *care*, réside dans le fait que je souligne comment leurs manières d'être et d'agir peuvent être le résultat d'une attention au contexte

mais aussi, telle que l'accentue la perspective du *care*, de l'attention à l'interaction qui se déroule et de ce qui compte pour les acteurs en présence. D'une action sur soi, pour soi et sur l'autre à travers le prisme de l'*agency*, les éthiques du *care* donnent à voir ce qui est fait par souci de soi, de l'autre et du contexte, c'est-à-dire pour soi et pour l'autre. Ce changement est possible en raison de la différence de paradigme qui sous-tend chaque approche. Alors que l'*agency* examine les enfants (ou adolescents) comme des acteurs indépendants dont l'autonomie (vis-à-vis des adultes) est à prouver, les éthiques du *care* invitent les chercheurs à porter leur attention sur les expressions d'acteurs interdépendants (nous le sommes tous) et vulnérables du fait de notre condition d'humain (même s'il n'est pas exclu que par leurs conditions singulières, certains acteurs, comme les enfants, peuvent être plus vulnérables que d'autres par certains aspects de leur existence). La dépendance, comme l'écrit Joan Tronto, est « une part naturelle de l'expérience humaine » et « à certains moments et sous certains aspects, [elle] ne conduit pas nécessairement à une dépendance dans tous les domaines de la vie » (J. Tronto & Maury, 2009, p. 213). Elle n'est donc pas un état permanent et aborder le rôle des enfants et adolescents par les pratiques de *care* au quotidien montre ces variations de dépendance.

Repenser la dichotomie adulte/enfant au prisme du care

Enfin, les théoriciennes du *care* affirment que « la lentille du *care* » permet de « réexaminer les grandes dichotomies analytiques de la modernité occidentale – nature-culture, féminin-masculin, corps-esprit, raison-émotion » (Ibos et al., 2019, p. 12). J'estime que ce travail montre ainsi que les éthiques du *care* peuvent aussi nous aider à penser autrement cette grande dichotomie enfant-adulte, en envisageant autrement la dépendance mais aussi l'interdépendance qui les relie. Les frontières entre pourvoyeurs et récipiendaires des diverses formes de *care* se floutent. Lorsque nous prenons conscience de notre vulnérabilité commune, celle que les éthiciennes du *care* nomment la « vulnérabilité constitutive » versus la « vulnérabilité délimitée à des catégories différenciées (handicap, vieillesse, diverses dépendances) » (Molinier et al., 2009, p. 29), la conception de notre rapport à l'autre change, les rapports de pouvoir et la domination reçoivent un autre éclairage (comme l'exercice d'une contrainte sur un être jugé dépendant en tant qu'être se pensant indépendant). Ainsi, prendre soin de ses parents n'est pas être parent à sa place, c'est être

enfant avec une compétence morale. C'est être humain, attentif et soucieux de l'autre, de manière similaire à un adulte, mais avec une dépendance et vulnérabilité plus grandes, car « il existe un continuum entre les degrés de *care* dont chacun a besoin, non pas une dichotomie entre ceux dont on s'occupe et ceux qui s'en occupent » (*Ibid.*, p.51). Agir et réagir de la sorte, c'est être cet humain doté d'une compétence morale apprise au fil des expériences de vie quotidienne – même si, tel que d'ores-et-déjà précisé, cette attention n'est pas constante ou utilisée selon les attentes des adultes.

Alain Renaut analyse l'enfance comme une figure paradoxale, notamment en raison du fait que celui qu'il nomme « le petit homme » bénéficie d'un traitement égal aux adultes alors qu'il est dépendant d'eux. Dans sa perspective, le statut de l'enfant est paradoxal car la référence du plein pouvoir (du plein droit) est construite sur l'idée de l'adulte autonome et indépendant. Comment l'enfant non adulte pourrait-il avoir des droits identiques ? Dans une telle perspective, il souligne qu'il est compliqué de défendre l'application des droits (Renaut, 2002). Il propose comme solution une approche par la sollicitude qui place au cœur de la relation adulte/enfant les obligations des uns par rapport aux autres, mais sa proposition répète le même schéma de dépendance, avec le risque que ces obligations, sous l'exercice du pouvoir d'un dominant par rapport à un dominé, ne soient pas accomplies en fonction des besoins du bénéficiaire (mais avec l'intérêt du pourvoyeur : les parents amènent l'enfant en consultation car ils souffrent de la situation). Avec les éthiques du *care*, si nous considérons la vulnérabilité constitutive, l'autonomie et l'indépendance ne font plus sens.

Conséquemment à ce principe, d'une part les droits ne sont plus un paradoxe, puisque nous avons tous accès à des droits fondamentaux et singuliers – bien que des traitements différenciés en lien avec des vulnérabilités spécifiques subsistent. Si l'égalité n'est plus paradoxale (puisque l'autonomie et l'indépendance ne sont pas la référence), les questions d'autorité et pouvoir peuvent se penser autrement : et si l'enfant souffrait ? Et si la consultation n'était pas imposée à l'enfant mais qu'il pouvait en retirer quelque chose, en apprendre quelque chose, et souffrir moins ? La figure de l'enfance est un égal différent : avec des expressions différentes tout en étant humainement similaire.

D'autre part, et conséquemment à l'abandon de l'idéal d'autonomie, les besoins du récipiendaire peuvent être entendus. La compétence morale, telle qu'elle est élaborée dans les éthiques du *care*, permet l'expression de voix différentes, de voix silencieuses de personnes dont la vision du monde n'est pas régie par des systèmes de règles et de concepts

abstrait de justice. La compétence morale est le propre d'une éthique ancrée dans la pratique, dans la vie ordinaire des personnes. Ces voix et les compétences morales des enfants et adolescents sont inaperçues, invisibles, conséquences de leur double statut : enfant ou adolescent et malade. Pourtant, l'approche par le *care* permet de mettre en lumière, par un travail ethnographique minutieux qui consiste à orienter le projecteur dans les zones sombres du quotidien, cette sensibilité ordinaire qui chaque jour contribue au « maillage de la vie. » Par ailleurs, la réflexion sur le *devenir caring* par la perspective du *care* bat en brèche les stéréotypes de compétence perceptive en lien avec le genre et l'âge des enfants et des adolescents, puisque de jeunes garçons deviennent tout aussi soucieux et attentifs à eux, à leur (psycho)thérapie et à leur famille que des filles – montrant ainsi que l'apprentissage permet l'*être* et donc le *devenir caring*.

Limites et perspectives

L'absence d'historicisation de la naissance de la pédopsychiatrie

Dans ce travail je me suis intéressée à la pédopsychiatrie telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée dans une localité hospitalière du Maroc, tout en la mettant en perspective avec d'autres manières d'exercer cette discipline en Afrique, en Europe, ou encore en Amérique du Nord. Ce procédé visait à situer, afin de mieux les appréhender, les mouvements locaux observés par rapport aux dynamiques de politiques de santé mentale globales. Néanmoins, l'analyse des activités menées par les professionnelles aurait gagné en profondeur si une historicisation de ces dernières, en particulier par une approche post-coloniale, avait été réalisée. Elle aurait favorisé une mise en tension plus forte entre local et global, elle aurait permis de dévoiler les évolutions que cette jeune discipline a connu depuis son institutionnalisation, et elle aurait aidé à comprendre les enjeux socio-politiques sous-jacents à son implantation dans la localité étudiée. En effet, la pédopsychiatrie, tout comme la psychiatrie, est marquée par des courants de pensées et d'actions nourris de différents postulats médicaux et épistémologiques, mais aussi sociaux et politiques. Deux facteurs expliquent ce manquement : d'une part, faute de ressources et de place, j'ai choisi de ne pas intégrer une histoire de la pédopsychiatrie. D'autre part, l'histoire de la pédopsychiatrie reste à écrire. À l'heure actuelle, seules des recherches ponctuelles ont été menées par des historiens ou par des professionnels du champ. Il serait donc nécessaire de se prêter à cet exercice d'historicisation dans une prochaine publication.

Une proximité épistémologique évincée

Tel que je l'ai exposé dans le prologue de cette thèse, j'ai eu à cœur de placer les enfants et les adolescents au centre de ma recherche doctorale. Cette volonté analytique s'est traduite par une méthodologie qui m'a amenée au plus près des enfants et des adolescents. Lors de ma présence à l'hôpital, j'ai, par exemple, dédié l'entièreté de mon temps à ces derniers, qu'ils soient en séance, en consultation ou dans les salles d'attente et les couloirs. Du fait de ce choix, j'ai probablement manqué de temps et d'énergie pour me rapprocher des professionnelles d'Al-Balkhi et aborder avec elles certaines des problématiques que je voyais se dessiner sur le terrain et vers lesquelles nos intérêts convergeaient. Je songe par exemple à la réflexivité et à la place de leurs émotions dans leur travail, à la question de l'intentionnalité dans les actions des enfants, ou encore à l'être et le devenir parent d'enfant ou d'adolescent avec un problème psychiatrique ou psychologique. Une telle posture aurait probablement offert la possibilité de confronter mes résultats à la lumière des points de vue des professionnelles, leur apportant une solidité plus conséquente ou, peut-être, d'autres orientations. En cela, il serait pertinent que je puisse m'inscrire davantage dans les cercles professionnels et soumettre mon travail au regard des acteurs et actrices de la clinique pédopsychiatrique. Des démarches en ce sens ont déjà eu lieu et une reprise de contact avec les professionnelles d'Al-Balkhi est également envisagée afin de présenter les résultats de la recherche et de recevoir leurs critiques. De plus, une telle démarche sera sans doute l'occasion de davantage déceler l'emprunte psychanalytique enfouie dans ce travail.

Les enjeux de la traduction écartés

Un des autres corollaires inhérents à mes choix méthodologiques est l'exclusion, faute de temps, d'espace et *a priori* d'intérêt, de l'analyse de mes relations avec les enquêtrices-interprètes. Tel que je l'ai avancé dans le chapitre 1, je considère qu'elles ont effectivement exercé une influence sur le matériau collecté et produit. Mais en choisissant de centrer mon attention sur les enquêtés et les relations que nous avons tissées au fil du terrain, j'ai certainement négligé quelques-uns des effets des personnes engagées pour effectuer ce travail de traduction. Je pense par exemple au fait que Lamya, étudiante en licence de psychologie par correspondance à Paris, est plus proche des approches psychodynamiques que comportementalistes et que dans ses traductions, bien que j'en fusse consciente et attentive, des traces de cette proximité épistémologique (et donc sémantique) aient pu se glisser. Afin d'étudier ces enjeux et aborder autrement un tel terrain, j'aimerais pouvoir conduire une recherche dans un contexte au sein duquel je sois davantage familière avec la langue afin de détecter de manière plus fine ces glissements sémantiques.

Rééquilibrer l'économie du texte pour aborder d'autres points centraux

Enfin, l'ampleur de ce manuscrit aurait pu être moindre si un travail plus important de synthèse avait été mené. Mais j'avais besoin de cet espace pour construire ma pensée. Toutefois, en vue de la publication d'un ouvrage, un travail en ce sens devra être fait. La thèse est un exercice fait d'abandons (et de choix), et donc de frustration avec lesquelles il faut s'arranger. Certaines parties, telle la méthodologie, peut faire l'objet d'une publication indépendante ; d'autres – toujours faute de place -, seront réexaminées et affinées lors de mes prochaines recherches et publications futures. Je songe notamment à l'articulation entre compétence morale et socialisation. En m'appuyant sur les éthiques du *care* pour analyser les manières d'être et d'agir des enfants et des adolescents diagnostiqués avec des problèmes psychologiques ou psychiatriques, j'ai certes apporté une lecture originale à cette thématique située au croisement de la sociologie de l'enfance et de la psychiatrie, mais j'ai sans doute délaissé la question de la socialisation enfantine et adolescente. Au terme de ma réflexion, j'ai conclu que les jeunes acteurs et actrices rencontrés apprenaient, à la suite de leurs aller-retours entre l'hôpital et leur domicile, des compétences morales. Mais il serait pertinent, d'une part, d'élargir mes conclusions aux compétences sociales que les enfants et adolescents rencontrés acquièrent au travers de la (psycho)thérapie ((ré)éducative), et d'autre part, de revenir au concept d'agency afin de penser de manière plus critique le pouvoir d'agir - largement documenté dans ces pages - des enfants et des adolescents, et de mieux problématiser les contraintes sociales qui pèsent sur eux.

Bibliographie

- Abélès, M. (2002). Le terrain et le sous-terrain. In C. Ghasarian (Ed.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris: Armand Colin.
- Adedzi, K. A. (2019). *Culture et santé infantile chez les Agotimés du Togo: place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique*.
- Akrich, M. (1995). Petite anthropologie du médicament. *Techniques et culture*(25-26), 129-157.
- Alanen, L. et al. (2015). *Childhood with Bourdieu*: Palgrave Macmillan.
- Alderson, P. (2005). Designing ethical research with children. *Ethical research with children*, 27-36.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272-2283.
- Alderson, P. & Goodey, C. (1996). Research with disabled children: how useful is child-centred ethics? *Children & Society*, 10(2), 106-116.
- Aldridge, J. (2007). Picture this: the use of participatory photographic research methods with people with learning disabilities. *Disability & Society*, 22(1), 1-17.
- Allah Habib, H. (2018). *Assabeyya, idiome de détresse. Exploration anthropologique de la détresse psychologique de femmes dans le Caire contemporain*. (Doctorat). Laval, Québec, Canada.
- Allen, J. L. et al. (2010). The separation anxiety daily diary: child version: feasibility and psychometric properties. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(6), 649-662.
- Alm, S. & Olsen, S. O. (2013). Informed consent in child research. (1).
- Antoine, P. et al. (2010). Living with a chronically ill relative: assessment of positive and negative dimensions of the experience of natural caregiver. *Annales Médico-psychologiques*, 168(4), 273-282.

- Anton, A. & Artigau, P. (2020). La formation en santé mentale des assistants de services sociaux. Une pertinence questionnée. *Pratiques en santé mentale*, 66e année(4), 45-50. doi:10.3917/psm.204.0045
- Aouattah, A. (1993). *Ethnopsychiatrie maghrébine: représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc* : L'Harmattan.
- Aouattah, A. (2003). Le rêve: de la maladie à la guérison dans le maraboutisme marocain. *L'Autre*, 4(1), 43-52.
- Aouattah, A. (2010). Les pratiques éducatives des familles migrantes maghrébines : éducation ou maltraitance ? *Enfances & Psy*(3), 107-118.
- Appadurai, A. (1996). *Modernity at large: cultural dimensions of globalization* (Vol. 1): University of Minnesota Press.
- Araoui, K. & Fsian, H. (2018). La compétence des familles d'enfants en situation de handicap. *Insaniyat/إنسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*(80-81), 91-104.
- Armstrong, D. (1984). The patient's view. *Social Science & Medicine*, 18(9), 737-744.
- Ashby, C. E. (2011). Whose" voice" is it anyway?: Giving voice and qualitative research involving individuals that type to communicate. *Disability Studies Quarterly*, 31(4).
- Augé, M. (1987). Qui est l'autre ? Un itinéraire anthropologique. *L'homme*, 7-26.
- Augé, M. & Herzlich, C. (1984). Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. In. Paris: Archives contemporaines.
- Baboullène-Miellou, N. & Teboul, J. (2015). Rêver ses filles. « Bien grandir » dans les milieux favorisés. *Ethnologie française*(4), 693-704.
- Backstrom, L. (2016). Embodied resocialization at a children's weight loss camp. *Ethnography*, 17(4), 539-558.
- Badji, M. & Desclaux, A. (2015). Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. *Dakar, L'Harmattan-Sénégal*.
- Barbichon, G. (1975). Espace villageois, espace urbain dans l'imagerie enfantine: Analyse de dessins d'enfants. *Revue française de sociologie*, 539-560.
- Barker, J. & Weller, S. (2003). "Is it fun?" Developing children centred research methods. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(1/2), 33-58.
- Barrett, R. (1998). *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie* (F. Bouillot, Trans.). Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

- Barthes, R. (1957). *Histoire et sociologie du vêtement: quelques observations méthodologiques*. Paper presented at the Annales. Histoire, Sciences Sociales.
- Baruch, G. (1981). Moral tales: parents' stories of encounters with the health professions. *Sociology of health and Illness*, 3(3), 275-295.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.
- Bazin, J. (2014). *Des clous dans la Joconde : l'anthropologie autrement*: Éditions Anacharsis.
- Bearss, K. et al. (2015). Parent training in autism spectrum disorder: What's in a name? *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 170-182.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique ». *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 9(35), 226-257.
- Beaud, S. & Weber, F. (2012). 11 – Le raisonnement ethnographique. In *L'enquête sociologique* (pp. 223-246). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Beaudevin, C. (2008). “Inaugurer” l'anthropologie de la santé au Sultanat d'Oman. L'anthropologue face à la lecture locale de l'éthique de la recherche: une rencontre inattendue. *Ethnographiques.org* (17-novembre 2008).
- Beaugé, G. & Clément, J.-F. (1995). *L'image dans le monde arabe*: CNRS.
- Becker, P. & Clark, W. (2001). *Little tools of knowledge: Historical essays on academic and bureaucratic practices*: University of Michigan Press.
- Bédhioufi, H. & M'rabet, H. (2010). Corps Féminin Et Pratiques Sportives Au Maghreb : Fragments d'un parcours. *Esprits critiques*, 13(1), 340-361.
- Béhague, D. P. (2015). Taking pills for developmental ails in Southern Brazil: The biologization of adolescence? *Social Science & Medicine*, (143), 320-328.
- Béhague, D. P. & Lézé, S. (2015). Shaping the modern child: Genealogies and ethnographies of developmental science. *Social Science & Medicine* (143), 249-254.
- Béliard, A. et al. (2015). « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences sociales et santé*, 33(3), 5-14. doi:10.3917/sss.333.0005
- Béliard, A. & Eideliman, J.-S. (2008). Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique. In.
- Béliard, A. & Eideliman, J.-S. (2014). Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Revue française de sociologie*, 55(3), 507-536.

- Béliard, A. et al. (2018). Le TDA/H, un diagnostic qui agite les familles. Les quêtes diagnostiques autour d'enfants agités, entre rupture et continuité. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(17).
- Ben Hounet, Y. (2014). La parentalité des uns... et celle des autres. *L'Homme. Revue française d'anthropologie*(209), 121-141.
- Ben Hounet, Y. & Rupert, N. (2018). L'application du droit de la famille au Maroc: Du « genre » et de la parentalité. *L'année du Maghreb*, (18), 169-183.
- Benali, R. (2005). Éducation familiale en Algérie entre tradition et modernité. *Insaniyat/إنسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, (29-30), 21-33.
- Benamar, A. (2008). À propos du statut social de l'enfant : une enquête en milieu scolaire. *Insaniyat/إنسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, (41), 53-66.
- Bennani, J. (1996). Psychanalyse en terre d'islam. *Introduction à la psychanalyse au Maghreb*.
- Bennani, J. (2014). *Comment les jeunes changent nos vies: La croisée des chemins*.
- Bennani, J. & El-Amraoui, A. (2013). *Un psy dans la cité: Éditions La Croisée des chemins*.
- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Éditions Karthala
- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Éditions Karthala.
- Benoist, J. & Desclaux, A. (1996). *Pour une anthropologie impliquée* (Karthala Ed.). Paris : Anthropologie et sida : bilan et perspectives.
- Bensa, A. (2008). Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours. *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*. Paris: La Découverte, 19-39.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of health & illness*, 18(4), 499-524.
- Bergman Blix, S. & Wettergren, Å. (2015). The emotional labour of gaining and maintaining access to the field. *Qualitative research*, 15(6), 688-704.
- Bettioui, A. (2021). État des lieux de l'éducation des enfants en situation de handicap au Maroc. *Revue Marocaine de l'Évaluation et de la Recherche Educative*(5), 279-292.

- Bienne, M. (2004). « Les enfants terribles ». La psychiatrie infantile au secours de la famille: la consultation du professeur Georges Heuyer en 1950. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, (6), 69-91.
- Bluebond-Langner, M. (1980). *The private worlds of dying children*: Princeton University Press.
- Boltanski, L. (1971). *Les usages sociaux du corps*. Paper presented at the Annales. Histoire, sciences sociales.
- Bonnardel, Y. (2020). La domination adulte : L'oppression des mineurs. Le Mérévillois : Hêtre Myriadis
- Bonnet, D. & Pourchez, L. (2007). *Du soin au rite dans l'enfance*. Toulouse : Erès.
- Bonnet, M. (2008). *Le traitement du cancer chez l'enfant : de la parole au choix. Analyse anthropologique à partir d'une étude de terrain de 30 mois (2004-2007) dans un service hospitalier d'oncopédiatrie universitaire à Marseille*. (Doctorat). EHES-SHADYC, Marseille.
- Bonnot, T. (2017). Alise-Sainte-Reine : polluer les sources ? In *Le terrain comme mise en scène* (pp. 91-110). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Booth, T. & Booth, W. (1996). Sounds of silence: Narrative research with inarticulate subjects. *Disability & Society*, 11(1), 55-70.
- Bordeleau, L. & Leblanc, J. (2017). La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie: une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 229-243.
- Borelle, C. (2017). Le nouveau régime de responsabilité parentale dans l'autisme. *Sociologie du travail*, 59(2).
- Borutti, S. et al. (2012). Sentiment et écriture de l'autre en anthropologie. *A contrario*(1), 71-91.
- Boughaba, I. (2019). Accès des femmes aux filières porteuses de la formation professionnelle au Maroc : pénalisation ou auto-pénalisation ? *International Journal of Management Sciences*, 2(2).
- Boukobza, J. (2006). *Être danseuse "orientale" au Caire: Construction, usages et enjeux d'une figure du féminin*. (Doctorat). Aix-Marseille 1.
- Boukobza, J. (2008). Pratique partagée et émotions en partage. Ethnologie des danseuses orientales professionnelles au Caire. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, (114-115), 13-28.

- Bourdieu, P. (2004). *Esquisse pour une auto-analyse*. Paris : Raisons d'Agir.
- Brady, G. et al. (2015). Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing: Introduction. Vol. 37, pp. 173-183, Wiley Online Library.
- Brossard, B. (2014). *Les conditions sociales de l'automutilation juvénile : une approche sociologique*. (Doctorat). Paris, EHESS.
- Bruggeman, D. (2010). Entrer dans la caravane et boire un café. Rencontres avec des familles tsiganes dans le cadre d'une recherche ethnographique sur la scolarisation des enfants. In B. Tillard & M. Robin (Eds.), *Enquêtes au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé* (pp. 75-95). Paris : L'Harmattan.
- Buchberger, S. (2012). Hospitality, secrecy and gossip in Morocco: Hosting CouchSurfers against great odds. *Hospitality & Society*, 1(3), 299-315.
- Buchwald, D. et al. (2009). Video diary data collection in research with children: An alternative method. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 12-20.
- Buisson, J.-R. (2010). *La pédopsychiatrie: prévention et prise en charge*. (2111208523). France: Direction des Journaux Officiels.
- Bureau, E. & Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* (8).
- Burton-Jeangros, C. (2006). Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts. *Recherches familiales* (1), 16-25.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
- Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. *Theatre journal*, 40(4), 519-531.
- Cairolì, M. (1998). Factory as home and family: female workers in the Moroccan garment industry. *Human organization*, 57(2), 181-189.
- Caldairou-Bessette, P. et al. (2017). Le culturel dans le dessin d'enfant: de l'adaptation de l'interprétation à une phénoménologie de la culture. *L'Autre*, 18(3), 326-339.
- Canguilhem, G. (1991). *Le normal et le pathologique. Aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Carnevale, F. A. (2003). Les dilemmes éthiques chez les enfants gravement malades—Un modèle de rapprochement. *InfoKara*, 18(2), 73-73.
- Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences sociales et santé*, 19(1), 79-106.
- Castagnet, F. (1985). De l'illusion à l'attente en psychiatrie infantile. In *La salle d'attente: "clinique" et espace méconnus : 12e Journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture de Paris* (pp. 59-77): Éditions ESF.
- Castel, P.-H. (2010). La folie : une construction sociale ?, 20(9), 5-5. Retrieved from <https://www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2010-9-page-5.htm>
- Catusse, M. (2011). Le « social » : une affaire d'État dans le Maroc de Mohammed VI. *Confluences Méditerranée*, 78(3), 63-76. doi:10.3917/come.078.0063
- Cause, L. (2007). Au plus près des acteurs. In V. de Gaulejac, F. Hanique, & P. Roche (Eds.), *La sociologie clinique* (pp. 217-229). Toulouse : ERES.
- Cavestro, L. (2003). PRA-participatory rural appraisal concepts methodologies and techniques. *Padova University. Padova PD. Italia*.
- Céfaï, D. (2003). Postface. In *L'enquête de terrain* (pp. 465-615). Paris: La Découverte.
- Chabane, M. (2002). Le placement familial, figure ancienne de la parentalité moderne ? La fin d'une illusion In *Le placement familial, une vieille histoire à réinventer* (pp. 53-61). Toulouse : Érès.
- Chafiqi, F. & Alagui, A. (2011). Réforme éducative au Maroc et refonte des curricula dans les disciplines scientifiques. *Carrefours de l'éducation* (3), 29-50.
- Chamak, B. (2008). L'autisme n'est plus ce qu'il était. *Champion F (sous la direction de). Psychothérapie et société. Paris: Armand Colin*, 167-185.
- Chamak, B. (2009). L'autisme dans un service de pédopsychiatrie. *Ethnologie française*, 39(3), 425-433.
- Chamak, B. (2009). La pédopsychiatrie américaine au ban des accusés. *Médecine/sciences*, 25(5), 534-536.
- Chamboredon, J.-C. & Prévot, J. (1973). Le "métier d'enfant": Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle. *Revue française de sociologie*, 14(3), 295-335.

- Chamboredon, J. C. & Prévot, J. (1973). Le "métier d'enfant": Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle. *Revue française de sociologie*, 14(3), 295-335.
- Chambry, J. & Voizot, B. (2014). La place de l'interne dans les soins psychothérapeutiques. *Perspectives Psy*, 53(2), 103-106.
- Chaoui, H. (2017). *L'accueil de l'utilisateur à l'hôpital public*. (Cycle de spécialisation en santé publique et management de la santé). École Nationale de Santé Publique, Rabat.
- Charlton, J. I. (1998). *Nothing about us without us*. University of California Press.
- Chauvier, É. (2012). Anthropologie de l'ordinaire. Pour retrouver la voix des déclassés. *Journal des anthropologues*(128-129), 209-221.
- Chauvin, D. (2016). Chapitre 11. Bilan orthophonique. In *Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 153-159). Cachan : Lavoisier.
- Choudhury, S. (2010). Culturing the adolescent brain: what can neuroscience learn from anthropology? *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(2-3), 159-167.
- Christensen, P. & James, A. (2017). *Introduction: Researching children and childhood: Cultures of communication* : Routledge.
- Christensen, P. & Prout, A. (2002). Working with ethical symmetry in social research with children. *Childhood*, 9(4), 477-497.
- Christensen, P. & Prout, A. (2005). Anthropological and sociological perspectives on the study of children. In S. Greene & D. Hogan (Eds.), *Researching children's experience: Approaches and methods* (pp. 42-60) : SAGE.
- Clavering, E. K. & McLaughlin, J. (2010). Children's participation in health research: from objects to agents? *Child: care, health and development*, 36(5), 603-611.
- Cohen, P. & Rossi, I. (2011). Anthropologie des soins non conventionnels du cancer. *Anthropologie & Santé*, 2.
- Company-Córdoba, R. et al. (2020). Mental health, quality of life and violence exposure in low-socioeconomic status children and adolescents of Guatemala. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7620.
- Conseil National des Droits de l'Homme. (2012). *Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique*. Retrieved from Rabat, Maroc.:
- Cook-Darzens, S. (2009). La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale. *Thérapie Familiale*, 30(3), 327-352. doi:10.3917/tf.093.0327

- Coppock, V. & LeFrançois, B. (2014). Psychiatrised children and their rights: Starting the conversation. *Children and society*, 28(3), 165-171.
- Cordey, M. (2020). Contribution à l'éthique de la connaissance. *Enjeux éthiques dans l'enquête en sciences sociales*.
- Corsaro, W. A. (2005 [1997]). *The sociology of childhood* (2nd ed.). Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Coste, F. et al. (2008). Consentir : domination, consentement et déni. *Tracés. Revue de sciences humaines*(14), 5-27.
- Couronné, J. (2016). Pour un usage sociologique du dessin. *Agora débats/jeunesses*(3), 25-38.
- Coutant, I. (2012). *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*: Dispute (La).
- Coutant, I. (2018). Le pouvoir pédo-psychiatrique : une approche ethnographique. *Politika*. Retrieved from <https://www.politika.io/fr/article/pouvoir-pedopsychiatrique-approche-ethnographique>
- Cox, A. M. (2015). *Shapeshifters: Black girls and the choreography of citizenship*: Duke University Press.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.
- Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682-1689.
- Coyne, I. et al. (2009). Research With Hospitalized Children: Ethical, methodological and organizational challenges. *Childhood*, 16(3), 413-429.
- Cresson, G. (1991). La santé, production invisible des femmes. *Recherches féministes*, 4(1), 31-44.
- Cresson, G. (1997). La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? *Sociétés contemporaines*, 25(1), 45-65.
- Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*(1), 6-15.
- Crocq, M.-A. (2014). Les principes du DSM. *Annales Médico-psychologiques*, 172(8), 653-658.

- Cunin, É. & Hernandez, V. A. (2007). De l'anthropologie de l'autre à la reconnaissance d'une autre anthropologie. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*(110-111), 9-25.
- Da Costa Gomes, P. & Musset, A. (2015). Des lieux d'attente aux territoires de l'attente : Une autre dimension existentielle de l'espace et du temps. *Les territoires de l'attente. Migrations et mobilités dans les Amériques (XIXe-XXIe Siècles)*, 61-72.
- Daccache, S. (2013). Quelle liberté religieuse de l'enfant dans la religion musulmane ? *Société, droit et religion, Numéro 3*(1), 243-258. doi:10.3917/sdr.003.0243
- Dago-Akribi, H. A. (2007). Enfant et VIH : du somatique au psychologique. Expériences à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Face à face. Regards sur la santé* (10).
- Dampier, C. et al. (2002). Home management of pain in sickle cell disease: a daily diary study in children and adolescents. *Journal of Pediatric Hematology / Oncology*, 24(8), 643-647. doi:10.1097/00043426-200211000-00008
- Danic, I. et al. (2006). *Enquêter auprès d'enfants et de jeunes : objets, méthodes et terrains de recherche en sciences sociales*: Presses universitaires de Rennes.
- Darmon, M. (2001). La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle. *Sociétés & Représentations*(1), 515-538.
- Darmon, M. (2003). Devenir anorexique. Une approche sociologique. In. Paris: La Découverte.
- Darmon, M. (2005). Le psychiatre, la sociologue et la boulangère: analyse d'un refus de terrain. *Genèses*(1), 98-112.
- Darmon, M. (2008). La notion de carrière: un instrument interactionniste d'objectivation. *Politix*(2), 149-167.
- Das, V. (2012). Ordinary Ethics. *A companion to moral anthropology*, 133.
- David, A. et al. (2019). Parentalité chez les personnes souffrant d'un trouble du développement intellectuel : état de la situation en France. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 67(8), 391-396.
- De Singly, F. (2004). *Enfants-adultes: vers une égalité de statuts ?* : JSTOR.
- Delaporte, Y. (1981). Pour une anthropologie du vêtement. In: Muséum national d'histoire naturelle.
- Delchambre, J.-P. (2009). Le Jeu créatif comme modalité de l'expérience dans une perspective pragmatique élargie. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 40(40-1), 15-38.

- Delcroix, C. (2004). La complexité des rapports intergénérationnels dans les familles ouvrières originaires du Maghreb: l'exemple de la diagonale des générations. *Temporalités: revue de sciences sociales et humaines*(2), 44-59.
- Dell Clark, C. (2003). *In sickness and in play: Children coping with chronic illness* : Rutgers University Press.
- Demazeux, S. (2016). Philosophe contre la psychiatrie, tout contre. *Revue de Synthèse*, 137(1), 11-34.
- Demazière, D. (2004). Les générations comme catégorie d'analyse. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines* (2).
- Denieuil, P.-N. & Laroussi, H. (2012). Les valeurs internationales à l'épreuve du terrain : adhésions et résistances à la lutte contre le travail des enfants au Maroc. *Mondes en développement*, 157(1), 137-152. doi:10.3917/med.157.0137
- Denis, J. & Pontille, D. (2012). Travailleurs de l'écrit, matières de l'information. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6(1), 1-20.
- Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier. *Genèses*(1), 105-120.
- Derbez, B. (2017). L'économie politique et morale de l'espoir en oncologie médicale et la constitution des corps expérimentaux comme biocapital. *Revue française d'éthique appliquée*, 3(1), 28-42. doi:10.3917/rfeap.003.0028
- Desclaux, A. & Egrot, M. (2015). Anthropologie du médicament au Sud. *La pharmaceuticalisation à ses marges. Collection Anthropologies et Médecines. Paris : L'Harmattan*.
- Diasio, N. (2010). Faire corps, ou comment faire du collectif en singularisant. L'exemple des ressemblances familiales. *Anthropologica*, 323-336.
- Diasio, N. (2012). Maillage des temps et gouvernement des corps dans la construction des rapports d'âge et de genre. *SociologieS*.
- Diasio, N. (2015). Introduction. Penser le corps qui change. *Ethnologie française*(4), 597-606.
- Diasio, N. & Vinel, V. (2014). La préadolescence : un nouvel âge de la vie ? *Revue des sciences sociales*, 51, 8-13.
- Direction de la Statistique, M. d. l. P. E. e. d. P. (2001). Annuaire statistique du Maroc.
- Dodier, N. (2007). Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients. In V. Tournay (Ed.), *La gouvernance des innovations médicales* (pp. 127-154). Paris : Presses Universitaires de France.

- Dodier, N. (2007). Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients. In V. Tournay (Ed.), *La gouvernance des innovations médicales* (pp. 127-154). Paris : Presses Universitaires de France.
- Dodier, N. & Rabeharisoa, V. (2006). Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social. *Politix*(1), 9-22.
- Donzelot, J. & Ehrenberg, A. (2010). La souffrance des individus: un problème social ? *Esprit*(7), 7-21.
- Doucet, M.-C. & Moreau, N. (2014). *Penser les liens entre santé mentale et société : Les voies de la recherche en sciences sociales*: PUQ.
- Douville, O. (2003). Enfants et adolescents en danger dans la rue à Bamako (Mali) : questions cliniques et anthropologiques à partir d'une pratique. *Psychopathologie africaine*, 32(1), 55-89.
- Douville, O. (2009). Enfants et adolescents sous la guerre et rapport à l'ancestralité. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*(116-117), 231-259.
- Draghici, C. C. & Garnier, P. (2020). Pratiques de la recherche avec les jeunes enfants : enjeux politiques et épistémologiques. *Recherches en éducation*(39).
- Dubois, V. & Baudot, P.-Y. (2012). Formes et fondements sociaux de la compétence administrative. *Sociologies pratiques*(1), 19-24.
- Dussy, D. (2013). *Le berceau des dominations : anthropologie de l'inceste livre 1*: Ed. La Discussion.
- Dykens, E. et al. (2007). The sentence completion and three wishes tasks: Windows into the inner lives of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 588-597.
- Ebrahim, H. B. (2010). Situated ethics: Possibilities for young children as research participants in the South African context. *Early child development and care*, 180(3), 289-298.
- Ehrenberg, A. (1997). Mythologies de la souffrance et gouvernement de soi. In *Écouter l'angoisse* (pp. 63-74): L'Esprit du temps.
- Ehrenberg, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 304(5), 133-156.
- Ehrenberg, A. (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*. Montréal : Athéna Editions, (41-42), 17-41.

- Ehrenberg, A. (2006). Malaise dans l'évaluation de la santé mentale. *Esprit*(5), 89-102.
- Ehrenberg, A. (2011). La société du malaise. *Adolescence*(3), 553-570.
- Ehrenberg, A. (2013). De l'homme coupable à l'homme capable. In *Ruptures* (pp. 133-144). Paris : Presses Universitaires de France.
- Ehrenberg, A. (2014). Faire société à travers l'autonomie. *Recherche et formation* (76), 107-118.
- Ehrenberg, A. (2014). Santé mentale : l'autonomie est-elle un malheur collectif? [Mental Health: Is Autonomy a Collective Illness?]. *Esprit, février* (2), 99-108. doi:10.3917/espri.1402.0099
- Ehrenberg, A. & Lovell, A. (2001). *La maladie mentale en mutation : Psychiatrie et société*: Odile Jacob.
- Eideliman, J.-S. (2008). " *Spécialistes par obligation*" *Des parents face au handicap mental: théories diagnostiques et arrangements pratiques*. École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS),
- Eideliman, J.-S. (2019). Qui a peur de la parentalité ? [Who's afraid of parenthood?]. *Revue française des affaires sociales*(4), 255-262. doi:10.3917/rfas.194.0255
- El Harras, M. (2006). Les mutations de la famille au Maroc. *50 ans de développement humain au Maroc*.
- El Ouardani, C. (2014). Childhood and Development in Rural Morocco: Cultivating Reason and Strength. *Everyday Life in the Muslim Middle East*, 24-38.
- El Ouardani, C. (2017). Innocent or intentional?: Interpreting oppositional defiant disorder in a preschool mental health clinic. *Culture, medicine, and psychiatry*, 41(1), 94-110.
- El Ouardani, C. (2018). Care or Neglect?: Corporal Discipline Reform in a Rural Moroccan Classroom. *Anthropology & Education Quarterly*, 49(2), 129-145.
- Elliot, A. (2016). The makeup of destiny: predestination and the labor of hope in a Moroccan emigrant town. *American Ethnologist*, 43(3), 488-499.
- Ensor, M. O. & Goździak, E. M. (2010). Introduction: Migrant children at the crossroads. In *Children and migration* (pp. 1-12): Springer.
- Eribon, D. (2009). *Retour à Reims: Une théorie du sujet*: Fayard.
- Estival, C. (2010). Imagerie médicale et rapport au corps dans un centre de cancérologie. *Corps*(1), 105-110.
- Fainzang, S. (1997). Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 5-23.

- Fainzang, S. (1998). Anthropology at home via anthropology abroad: The problematic heritage. *Anthropology & Medicine*, 5(3), 269-277.
- Fainzang, S. (1999). L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. *Sciences sociales et santé*, 19(2), 5-28.
- Fainzang, S. (2003). Les médicaments dans l'espace privé : gestion individuelle ou collective. *Anthropologie et sociétés*, 27(2), 139-154.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades: information et mensonge*: Presses universitaires de France.
- Fainzang, S. (2013). The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication. *Culture, medicine, and psychiatry*, 37(3), 488-504.
- Fansten, M. (2007). Pourquoi les psychanalystes ne veulent rien faire comme les autres ? In *La Psychanalyse* (pp. 239-248). Auxerre: Éditions Sciences Humaines.
- Fansten, M. & Figueiredo, C. (2015). Parcours de hikikomori et typologie du retrait. *Adolescence*, 33(3), 603-612.
- Fansten, M. & Garnoussi, N. (2014). Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* (9).
- Farha, G. et al. (2015). Reality TV shows in the Arab World: Star Academy Impacts on Arab Teenagers. *International Journal of Social Sciences & Education*, 5(3), 437-453.
- Fassin, D. (1999). L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèses*, 35(1), 146-171.
- Fassin, D. (2006). *Faire de la santé publique* (École des hautes études en santé ed.). Rennes.
- Fassin, D. (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. *Politix* (1), 137-157.
- Fassin, D. (2008). L'éthique, au-delà de la règle. *Sociétés contemporaines*(3), 117-135.
- Fassin, D. (2008). Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses 'autres'. *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques. Paris: La Découverte*, 299-322.
- Fassin, D. & Eideliman, J.-S. (2012). Vers une théorie des économies morales. *Économies morales contemporaines*, 19-47.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts* (Vol. 3). Paris : Éditions Gallimard.
- Favretto, A. R. & Zaltron, F. (2014). Health in everyday life. The competences and autonomy of children and adolescents in treatment practices. *Italian Journal of Sociology of Education*, 6(3), 219-243.

- Feldman, M. A. et al. (2013). Inclusion of children with disabilities in mainstream child development research. *Disability & Society*, 28(7), 997-1011.
- Figueiredo, C. (2019). Le corps adolescent face à la souffrance psychique: enjeux individuels, sociaux et politiques de l'hospitalisation en pédopsychiatrie. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* (33).
- Fine, A. (2006). Les fratries en Europe. Aperçu sur quelques orientations de recherche en anthropologie. In.
- Fortier, M. A. et al. (2014). Pain management at home in children with cancer: a daily diary study. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(6), 1029-1033.
- Fortin, S. & Knotova, M. (2013). Présentation : Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière. *Anthropologie et sociétés*, 37(3), 9-24.
- Foucault, M. (1972). Power/knowledge: Selected interviews and other writings. *New York: Pantheon*.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris.
- Foucault, M. (2012). « *Il faut défendre la société* », cours du Collège de France, 1976. In A. p. I. C. M. Foucault (Ed.). (Le Foucault Électronique (ed.2001)).
- Foucault, M. (2013). Pratiques de soi. In *La question morale* (pp. 65-73). Paris : Presses Universitaires de France.
- Fournier, M. (2018). Ivan Illich : Une société sans école. In *Les Grands Penseurs de l'éducation* (pp. 121-123). Auxerre: Éditions Sciences Humaines.
- Francequin, G. (2008). *Le vêtement de travail, une deuxième peau*: Erès.
- Freeman, M. & Mathison, S. (2009). *Researching children's experiences*: Guilford Press New York.
- Frehse, F. & Vidal, D. (2015). Les territoires de l'attente comme territoires moraux. In *Les territoires de l'attente: Migrations et mobilités dans les Amériques (XIXe-XXIe siècle)* (pp. 173-193): Presses universitaires de Rennes.
- Fruitet, M. (2017). *Le dessin chez l'enfant en psychothérapie: Les formes énigmatiques*. Nîmes : Champ social éditions.
- Gansel, Y. & Lézé, S. (2015). Physical constraint as psychological holding: Mental-health treatment for difficult and violent adolescents in France. *Social Science & Medicine*, 143, 329-335.

- Garcia-Fons, T. (2005). Parole et silence en réunion. À propos des synthèses cliniques de l'équipe pluridisciplinaire en CMPP. In *Au fil de la parole, des groupes pour dire* (pp. 141-146). Toulouse: Érès.
- Garcia-Quiroga, M. & Agoglia, I. S. (2020). Too vulnerable to participate? Challenges for meaningful participation in research with children in alternative care and adoption. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920958965.
- Garnier, P. (2015). L'“agency” des enfants. Projet scientifique et politique des “childhood studies”. [The “Agency” of Children. The “Childhood Studies” Scientific and Political Project]. *Éducation et sociétés*, 36(2), 159-173. doi:10.3917/es.036.0159
- Garnier, P. (2019). Enfances à l'école: un singulier pluriel. *Émulations n° 29: Enfances à l'école*, 155.
- Gavarini, L. (1999). La Passion pour l'enfance. *Chimères. Revue des schizoanalyses*, 36(1), 49-62.
- Gavarini, L. (2001). *La Passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIe siècle*. Paris : Denoël.
- Gavarini, L. (2006). L'enfant et les déterminismes aujourd'hui : peut-on penser un sujet ? *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, 93-102.
- Geoffroy, P. A. et al. (2016). La génétique en psychiatrie : aspects fondamentaux. *l'Information Psychiatrique*, 92(4), 305-315. doi:10.1684/ipe.2016.1478
- Gilligan, C. (2019). *Une voix différente : la morale at-elle un sexe ?* : Flammarion.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon&Schuster.
- Goffman, E. (1967). *International ritual: essays on face-to-face behavior*. New York: Double Day Anchor Books.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Minuit.
- Goffman, E. (1971). *Strategic interaction, conduct and communication*. Philadelphia, PA.
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les éditions de minuit.
- Goffman, E. & Kihm, A. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne* (Vol. 1). Paris : Les éditions de minuit.

- Golse, B. & Querre, M. (2020). Le handicap : un concept complexe. Réflexions médicales et socio-anthropologiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 63(1), 123-133.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*: Cambridge University Press.
- Gordon, C. (1980). *Power/knowledge*. New York: Pantheon.
- Grady, A. (2012). Electronic health records: how the United States can learn from the French dossier medical personnel. *Wis. Int'l LJ*, 30, 374.
- Graindorge, C. (2006). Santé mentale et expertises INSERM : chronologie d'une récurrence ? In *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans !* (pp. 227-230). Toulouse: Érès.
- Granier, C. & Castel, P.-H. (2001). La thérapie comportementale. Entretien avec Christophe André. *Journal français de psychiatrie*, 12(1), 32-35. doi:10.3917/jfp.012.0032
- Gremillion, H. (2002). In fitness and in health: Crafting bodies in the treatment of anorexia nervosa. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 27(2), 381-414.
- Gros, G. (2010). Philippe Ariès: naissance et postérité d'un modèle interprétatif de l'enfance. *Histoire de l'éducation*(125), 49-72.
- Gruénais, M.-É. & Guillermet, É. (2018). Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du « premier délai ». *Insaniyat. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*(80-81), 71-89.
- Ha, V. S. & Whittaker, A. (2016). « Closer to my world »: Children with autism spectrum disorder tell their stories through photovoice. *Global public health*, 11(5-6), 546-563.
- Hajbi, M. (2006). Anthropologie et psychiatrie : Regards croisés sur le Maghreb. *Perspectives Psy*, 45, 151-156.
- Hamelin-Brabant, L. (2006). La recherche auprès des enfants. Institutionnalisation de l'éthique et nouvelles prescriptions normatives. *Recherche et formation* (52), 77-89.
- Hastings, R. P. & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American journal on mental retardation*, 107(2), 116-127.
- Hedayat, K. M. & Pirzadeh, R. (2001). Issues in Islamic biomedical ethics: a primer for the pediatrician. *American Academy of Pediatrics*, (4), 965-971.
- Heikel, J. (2020). *Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc*. Université Paris-Nord-Paris XIII,
- Hejoaka, F. (2012). *L'enfant gardien du secret, vivre et grandir avec le Sida et ses traitements*. (Doctorat). EHESS, Paris.

- Henrich, J. et al. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and brain sciences*, 33(2-3), 61-83.
- Henrich, J. et al. (2010). Beyond WEIRD: Towards a broad-based behavioral science. *Behavioral and brain sciences*, 33(2-3), 111.
- Herzlich, C. (1998). Gérer une longue maladie : le point de vue du sociologue. *Bulletin du cancer*, 85(3), 251-253. Retrieved from <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/bdc/e-docs/00/01/11/D8/article.phtml>
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hounet, Y. B. (2017). Anthropology and the Concept of Parenthood in Elsie Clews Parsons' Works. *L'homme*(2), 5-34.
- Hughes Rinker, C. (2015). Creating neoliberal citizens in Morocco: Reproductive health, development policy, and popular Islamic beliefs. *Medical anthropology*, 34(3), 226-242.
- Ibos, C. et al. (2019). *Vers une société du care. Une politique de l'attention*. Paris: Le Cavalier Bleu.
- Ida, A. (2016). *Les vécus de l'enfant hospitalisé à Dakar. Une analyse ethnographique des paroles et des interactions dans quelques services de pédiatrie à Dakar*. École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS); Centre Norbert Elias.
- Iivari, N. et al. (2014). Video diary as a means for data gathering with children—Encountering identities in the making. *International Journal of Human-Computer Studies*, 72(5), 507-521.
- Inhorn, M. C. (2004). Male Infertility, Masculinity, and New Reproductive Technologies in the Arab World. *Al-Raida Journal*, 38-45.
- Jaffré, Y. (1999). Les services de santé « pour de vrai ». Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey). *Bulletin de l'APAD*(17).
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*: Karthala Editions.
- James, A. et al. (1998). Theorizing childhood. *New York*, 81-104.

- James, A. & Prout, A. (1990). Constructing and reconstructing childhood. In. London: RoutledgeFalmer.
- James, A. & Prout, A. (2015). *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood*: Routledge.
- Jeantet, A. (2001). Le temps des guichetiers. *Temps de travail et temps libre*, 63.
- Jenkins, J. H. et al. (2020). Loneliness, adolescence, and global mental health: Soledad and structural violence in Mexico. *Transcultural psychiatry*, 57(5), 673-687.
- Jenks, C. (1996). *Childhood*: Psychology Press.
- Jodelet, D. & Moscovici, S. (1989). *Folies et représentations sociales*: Presses universitaires de France.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86.
- Joly, M. (2020). Du « coup de foudre » à l'investissement : les propriétaires français d'établissements touristiques dans la médina de Fès (Maroc). *Annales de géographie*, 732(2), 53-77. doi:10.3917/ag.732.0053
- Jouan, M. (2009). Introduction. In M. Jouan & S. Laugier (Eds.), *Comment penser l'autonomie ?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Jumel, B. (2015). *Aide-mémoire-Dessin d'enfant-2e éd*: Dunod.
- Jupille, J. (2011). Hyperactivité et troubles des conduites : des diagnostics controversés. *L'information psychiatrique*, 87(5), 409-415.
- Kane, H. (2015). *Négocier la guérison du petit malade : configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott (Mauritanie)*. (Doctorat). Paris, EHESS.
- Kaufman, L. & Karpati, A. (2007). Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2177-2188.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12(26), 85-93.
- Kleinman, A. (2013). Repenser la nouvelle bioéthique. *FASSIN D. et LÉZÉ S., La question morale. Une anthologie critique*. Paris : PUF, 398-410.
- Kohrt, B. A. et al. (2016). How anthropological theory and methods can advance global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 396-398.
- Laban, R. (2007). *La maîtrise du mouvement*. Arles : Actes Sud.
- Lachance, J. (2011). La temporalité : un matériel d'autonomie ? *Adolescence*, 29(1), 161-169.

- Lacharité, C. (2010). La prise en compte du milieu de vie des familles dans la recherche en protection de l'enfance. Défis pour la formation des chercheurs. In B. Tillard & M. Robin (Eds.), *Enquête au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé* (pp. 145-156). Paris : L'Harmattan.
- Lacroix, T. (2018). Les Marocains en France: maturation d'une communauté transnationale. In: Fondation Hassan II.
- Lämsä, T. et al. (2012). The child diary as a research tool. *Early child development and care*, 182(3-4), 469-486.
- Lancy, D. F. (2012). Unmasking Children's Agency. *AnthropoChildren*, 1(2).
- Langlois, A. (2005). Le transfert de compétences dans le champ de l'enseignement spécialisé : à propos de l'accompagnement de classes intégrées au Maroc. *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*(4), 61-86.
- Lareau, A. (1987). Social class differences in family-school relationships: The importance of cultural capital. *Sociology of education*, 73-85.
- Laugier, S. (2009). L'éthique comme politique de l'ordinaire. *Multitudes*(2), 80-88.
- Laugier, S. (2009). Chapitre VI. Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire. In É. P. Rivages (Ed.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris.
- Laugier, S. (2009). Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire. In É. P. Rivages (Ed.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 159-200).
- Laugier, S. (2010). L'éthique du *care* en trois subversions. *Multitudes*(3), 112-125.
- Laugier, S. (2011). *Care* et perception : L'éthique comme attention au particulier. In *Le souci des autres : Éthique et politique du care*. Paris : L'École de la EHESS. pp. 359-393.
- Laugier, S. (2014). Chapitre 16. L'éthique comme attention à ce qui compte. In *L'économie de l'attention* (pp. 252-266): La Découverte.
- Laugier, S. (2021). Film as Moral Education. *Journal of Philosophy of Education*, 55(1), 263-281.
- Laugier, S. & Jouan, M. (2009). *Comment penser l'autonomie ? : Entre compétences et dépendances*: Presses universitaires de France.
- Laurent, É. (2014). Éthique et « participation sexuelle » lors d'un travail de terrain en milieu gay au Japon. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues* (136-137), 81-103.

- Laurent, N. (2007). Que veut le thérapeute cognitivo-comportemental ? *La revue lacanienne* (3), 111-118.
- Laxenaire, M. (2004). La séduction dans la littérature. *Dialogue* (2), 3-12.
- Le Goff, A. & Velpry, L. (2018). Que valent les bonnes intentions ? *Esprit*(12), 117-131.
- Lecestre-Rollier, B. (2011). L'un et l'autre sexe : une ethnologue au Maroc. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*(124-125), 137-158.
- Lecestre-Rollier, B. (2015). Les solidarités familiales au Maroc : permanences et changements. *Mondes en développement* (3), 51-64.
- Lee, N. (2001). *Childhood and society: Growing up in an age of uncertainty*. New York City: McGraw-Hill Education.
- Lefèvre, C. et al. (2007). Reproduction d'une figure complexe par des enfants d'âge préscolaire. *Enfance*, 59(2), 127-143. doi:10.3917/enf.592.0127
- Lefèvre-Utile, J. et al. (2018). Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1: perspective des patients). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66(7-8), 443-459.
- LeFrancois, B. A. (2013). The psychiatrization of our children, or, an autoethnographic narrative of perpetuating First Nations genocide through 'benevolent' institutions. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 2(1).
- Lelièvre, V. & Soulé, J.-S. (1985). Architecture et attente. In C. d. g. infantile (Ed.), *La salle d'attente: « clinique » et espace méconnus : 12e Journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture de Paris* (pp. 22-48): Éditions ESF.
- Lépinard, É. & Mazouz, S. (2021). *Pour l'intersectionnalité*: Anamosa Paris.
- Lewis, A. & Lindsay, G. (1999). *Researching children's perspectives*. New York City: McGraw-Hill Education.
- Lézé, S. (2013). Qu'est-ce que la psychiatrie aujourd'hui ? *L'Information Psychiatrique*, 89(2), 115-119. doi:10.3917/inpsy.8902.0115
- Lignier, W. (2010). L'intelligence investie par les familles. *Sociétés contemporaines*(3), 97-119.
- Linder, A. et al. (2019). Accompagner des parents ou éduquer des cothérapeutes ? La parentalité à l'épreuve des troubles du spectre de l'autisme. *Revue française des affaires sociales* (1), 75-90.

- Livet, P. & Volken, H. (2003). La preuve. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences* (XLI-128), 5-10.
- Loriol, M. (2002). « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi: une approche sociohistorique. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*(4-1).
- Lovell, A. M. et al. (2013). *Face aux désastres : une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives*. Paris : Ithaque Éditions.
- M'Chichi, H. A. (2014). Les féminismes marocains contemporains. Pluralité et nouveaux défis. *Nouvelles questions féministes*, 33(2), 65-79.
- Mahon, A. et al. (1996). Researching children: Methods and ethics. *Children & Society*, 10(2), 145-154.
- Mandell, N. (1988). The least-adult role in studying children. *Journal of Contemporary Ethnography*, 16(4), 433-467.
- Marc Boily, T. et al. (2016). Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité : regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental.
- Marchal Escalona, N. (2015). Reconnaissance et efficacité de la kafala marocaine dans l'ordre juridique espagnol. *Revue critique de droit international privé*, 1(1), 89-113. doi:10.3917/rcdip.151.0089
- Martin, C. (2003). La parentalité en question. Perspectives sociologiques.
- Martin, C. (2014). *"Être un bon parent": une injonction contemporaine*: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Marzano, M. (2007). *La philosophie du corps*. Paris: Que sais-je.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie* XXXII(2-P), 30-39.
- Maximilien, M. (2020). ASS en pédopsychiatrie : le soin comme objectif commun. *Pratiques en santé mentale*, 66(4), 69-71.
- Mayall, B. (2013). A history of the sociology of childhood [IOE Press advance information].
- Mayère, A. et al. (2012). « Zéro papier » et « pense-bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier de soins. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6(1), 115-139.
- Méadel, C. (2006). Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste. *Politix* (1), 57-82.
- Meekosha, H. (2011). Decolonising disability: Thinking and acting globally. *Disability & Society*, 26(6), 667-682.
- Mejjati Alami, R. (2004). Femmes et marché du travail au Maroc. *L'année du Maghreb*(I), 287-301.

- Michelot, C. (2011). Analyse de pratiques et étude de problèmes. *Nouvelle revue de psychosociologie* (1), 13-22.
- Mitchell, L. M. (2006). Child-centered? Thinking critically about children's drawings as visual research method. *Visual Anthropology Review*, 22(1), 60-73.
- Molinier, P. (2011). Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Raisons pratiques (Paris)*, 16, 339-357.
- Molinier, P. et al. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Editions Payot & Rivages.
- Montazami, M. (2017). Ethnographie expérimentale: du réassemblage à la reconstitution. In *Le terrain comme mise en scène* (pp. 182). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Moran-Ellis, J. (2010). Reflections on the Sociology of Childhood in the UK. *Current sociology*, 58(2), 186-205.
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire: La Dispute* Paris.
- Morel, S. (2016). Troubles dans les apprentissages : neurosciences cognitives et difficultés scolaires. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*(54-1), 221-247.
- Morel, S. (2018). Se défaire du savoir savant. Réflexions autour d'un engagement ethnographique avec les ambulanciers. *Genèses*, 112(3), 140-153. doi:10.3917/gen.112.0140
- Morel, S. (2018). Peut-on contrôler la médicalisation de l'échec scolaire ? Les logiques sociales d'un processus. *Administration & Education*, 157(1), 51-60. Doi :10.3917/admed.157.0051
- Motta, M. (2016). *Vivre au rythme de l'uganga à Zanzibar*. (Doctorat). Université de Lausanne, Lausanne.
- Mougel, S. (2007). *Vous avez des enfants ?*
- Mougel, S. (2009). *Au chevet de l'enfant malade: Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?* : Armand Colin.
- Mougel, S. (2012). Séjourner à l'hôpital : des enfants entre autonomie et contrôle. Les enfants comme enjeux et comme acteurs. *Tsantsa* (17), 36-44.
- Mougel-Cojocar, S. (2005). L'enfant hospitalisé. In *L'enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille* (pp. 23-32). Toulouse: ERES Petite enfance et parentalité.
- Mougel-Cojocar, S. (2007). Au-delà de l'accompagnement : le « double » travail des parents lors d'une consultation pédiatrique spécialisée. *Recherches familiales*(1), 149-163.

- Mougel-Cojocar, S. (2007). Quand les enfants veillent « seuls » sur leur trajectoire hospitalière. *Face à face. Regards sur la santé*(10).
- Moumjid-Ferdjaoui, N. & Carrère, M.-O. (2000). La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale: les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales*, 2, 73-88.
- Mounir, H. (2009). Un exemple d'apprentissage de la vie quotidienne: des apprentissages domestiques au Maroc. In G. Brougère & A.-L. Ulmann (Eds.), *Apprendre de la vie quotidienne* (pp. 33-42). Paris: PUF.
- Moussaoui, D. (2007). Psychiatry and mental health in Morocco. *Bulletin de L'académie Nationale de Medecine*, 191(4-5), 781-782.
- Muel-Dreyfus, F. (1975). L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(1), 60-74.
- Müller, B. (2017). La fable ethnographique. Recherche théâtrale sur la genèse d'une fiction culturelle : les « Brésiliens » du Togo aujourd'hui In *Le terrain comme mise en scène* (pp. 75-90). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Neyrand, G. (2007). La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*(1), 71-88.
- Neyrand, G. (2014). Les pères face aux professionnels : une place à élaborer. *Métiers de la petite enfance*, 20, 23-24.
- Ogien, A. (1992). Les limites de la connaissance nécessaire. Sur l'apposition du diagnostic psychiatrique à l'enfant. *Sciences sociales et santé*, 10(1), 49-83.
- Ogien, A. (2000). Médecine, santé et gestion. *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes: Editions ENSP, 133-148.
- Oliver, M. & Barnes, C. (2010). Disability studies, disabled people and the struggle for inclusion. *British journal of sociology of education*, 31(5), 547-560.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*(1), 71-109.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1996). La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*(3), 31-59.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2001). L'enquête de terrain socio-anthropologique. *Enquête*, 8, 63-81.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2009). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Paris : L'Harmattan.

- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées.
- Osella, C. & Osella, F. (2007). Muslim style in south India. *Fashion Theory*, 11(2-3), 233-252.
- Ouasmi, L. (2011). Le français au Maroc : usages et attitudes. *Les Cahiers de l'Orient*, 103(3), 23-27. doi:10.3917/lcdlo.103.0023
- Paccaud, L. (2020). "Toi le piéton, pourquoi t'intéresses-tu au hockey en fauteuil électrique ?" : les relations entre chercheur et enquêtés au cours du travail ethnographique. *Sociographe*, 45, 33-54.
- Paes, M. et al. (2005). La psychiatrie au Maroc. *l'Information Psychiatrique*, 81(5), 471-480.
- Palermo, T. M. et al. (2004). A randomized trial of electronic versus paper pain diaries in children: impact on compliance, accuracy, and acceptability. *Pain*, 107(3), 213-219.
- Paperman, P. (2010). Éthique du *care*, un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33/133(2), 51-61. doi:10.3917/gs.133.0051
- Paperman, P. & Laugier, S. (2011). Préface à la nouvelle édition. *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, 2.
- Parmantier, C. (2015). Footballeuses et musulmanes: des transgressions négociées. *Migrations Societ e*(1), 33-50.
- Parot, F. (2008). La maladie mentale dans les thérapies comportementales. Approche historique et épistémologique. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2(1), 63-93. doi:10.3917/ccgc.002.0063
- Parot, F. et al. (2011). *Les psychothérapies : fondements et pratiques*: Belin.
- Perrenoud, P. (1995). Enseigner des Savoirs ou Développer des Compétences. *L'École entre Deux Paradigms*.
- Perrenoud, P. (1996). *Métier d'élève: comment ne pas glisser de l'analyse à la prescription ?* : Université de Genève.
- Picard, D. & Baldy, R. (2012). Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique. *Développements* (1), 45-60.
- Pilleron, B. (2020). Les sciences sociales comme clés d'analyse et d'amélioration des pratiques soignantes. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(21).

- Pinell, P. & Zafiroopoulos, M. (1983). *Un siècle d'échecs scolaires (1882-1982)*: Éditions de l'Atelier.
- Plowman, L. & Stevenson, O. (2012). Using mobile phone diaries to explore children's everyday lives. *Childhood*, 19(4), 539-553.
- Pluies, J. et al. (2016). L'aller-mieux en pédopsychiatrie : entre engagement et résistance, comment professionnels, enfants et parents s'engagent dans le soin et la guérison. In *Aller mieux. Approches sociologiques* (pp. 422). Lille: Septentrion.
- Pluies, J. et al. (2019). Self-control and bodily resources: Teenage girls in the face of the paradox of sanitary democracy. Swiss and Moroccan case studies. In S. VS (Ed.), *Kindheit(en) in formalen, nonformalen und informellen Bildungskontexten. Ethnographische Beiträge aus der Schweiz* (pp. 301-320).
- Pordié, L. & Simon, E. (2013). *Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Prudhommeau, M. (1947). *Le dessin de l'enfant*. Paris: PUF.
- Punch, S. (2002). Research with children: The same or different from research with adults? *Childhood*, 9(3), 321-341.
- Qvortrup, J. (2007). A reminder. In: Sage Publications Sage UK: London, England.
- Rabeyron, T. (2019). Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande-Bretagne. *Research in Psychoanalysis* (2), 112-136.
- Rabiee, P. et al. (2005). Doing research with children and young people who do not use speech for communication. *Children & Society*, 19(5), 385-396.
- Rabischong, P. (2015). Évolution historique de la sémantique du handicap: les classifications. *Que sais-je ?*, 3, 45-72.
- Raffaelli, M. et al. (2001). How Do Brazilian Street Youth Experience the Street"? Analysis of a Sentence Completion Task. *Childhood*, 8(3), 396-415.
- Rassam, A. (1980). Women and domestic power in Morocco. *International Journal of Middle East Studies*, 12(2), 171-179.
- Renaut, A. (2002). *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance*. Paris: Bayard/Calmann-Lévy.
- Ricœur, P. (1988). L'identité narrative. *Esprit*(7-8), 295-314.
- Romijn, F. (2016). L'évocation d'Internet dans l'espace du cabinet médical. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(13).

- Rossi, I. (2011). La parole comme soin: cancer et pluralisme thérapeutique. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(2).
- Roucous, N. & Dauphagne, A. (2015). La chambre d'enfant. *La revue internationale de l'éducation familiale*(1), 87-113.
- Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rouzel, J. (2015). *La supervision d'équipes en travail social-2e éd*: Dunod.
- Saiki-Craighill, S. (1997). The children's sentinels: mothers and their relationships with health professionals in the context of Japanese health care. *Social Science & Medicine*, 44(3), 291-300.
- Sakoyan, J. (2009). L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel. Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires. *Ethnographiques.org* (17-novembre 2008).
- Salime, Z. (2007). The war on terrorism: Appropriation and subversion by Moroccan women. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 33(1), 1-24.
- Sarcinelli, A. S. (2015). Réflexions épistémologiques sur l'ethnographie de l'enfance au prisme des rapports d'âge. *AnthropoChildren*.
- Sarradon-Eck, A. (2004). Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer. In P. Ben Soussan (Ed.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (pp. 31-45): Érès.
- Sarradon-Eck, A. (2008). Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org (en ligne)*, <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>.
- Scetbon, A. (2013). *Le dessin d'enfant : étude de son utilisation par 43 pédopsychiatres de Haute-Garonne*. Université Toulouse III-Paul Sabatier,
- Scheper-Hughes, N. (1995). The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology. *Current anthropology*, 36(3), 409-440.
- Segalen, M. (2012). Être parents, être pères aujourd'hui. *Ethnologie française*, 42(1), 7-12.
- Sekkat, F. Z. & Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique*, 85(7), 605-610.
- Sélim, M. & Douville, O. (2008). Objets, méthodes et terrains de l'anthropologie et de la clinique. *Le Journal des psychologues* (5), 42-48.

- Serre, D. (2009). *Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*. Paris: Liber/Raisons d'agir.
- Serre, D. (2011). Gouverner le travail des assistantes sociales par le chiffre. *Informations sociales* (167), 132-139.
- Siblot, Y. (2005). Adapter » les services publics aux habitants des « quartiers difficiles. *Actes de la recherche en sciences sociales* (4), 70-87.
- Siblot, Y. (2010). Contraintes et ambivalences du travail d'accueil du public. *Informations sociales*(2), 102-110.
- Sicot, F. (2005). Intégration scolaire : le handicap socioculturel a-t-il disparu ? [Integration at School: Has the Sociocultural Factor Disappeared?]. *Revue française des affaires sociales*(2), 273-293. doi:10.3917/rfas.052.0273
- Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? *Déviance et société*, 30(2), 203-232.
- Sirota, R. (2004). Le gâteau d'anniversaire. De la célébration de l'enfant à son inscription sociale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* (1), 53-66.
- Sirota, R. (2006). *Éléments pour une sociologie de l'enfance*: Presses Universitaires de Rennes.
- Sirota, R. (2010). Allers-retours sur carnets de terrain : le métier de sociologue en famille. L'observation d'un rite de socialisation de l'enfance. In B. Tillard & M. Robin (Eds.), *Enquête au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé* (pp. 119-144). Paris: L'Harmattan.
- Sirota, R. (2012). L'enfance au regard des Sciences sociales. *AnthropoChildren* (1).
- Sirota, R. (2015). *Éléments pour une sociologie de l'enfance*: PU Rennes.
- Sorignet, P.-E. (2014). Le métier de danseur. Retour sur une enquête. *Staps*(1), 119-131.
- Stalker, K. (1998). Some ethical and methodological issues in research with people with learning difficulties. *Disability & Society*, 13(1), 5-19.
- Stalker, K. & Connors, C. (2003). Communicating with disabled children. *Adoption & Fostering*, 27(1), 26-35.
- Stavo-Debaugé, J. (2012). *Des "événements" difficiles à encaisser : un pragmatisme pessimiste*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Stebler, J. (2013). *« Obéir librement » ou ce qui se joue lorsqu'il y a du jeu*. Lausanne : BSN Press.
- Stoecklin, D. & Lutz, A. (2018). *Les enjeux éthiques de la recherche*.

- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A. & Corbin, J. M. (1997). *Grounded theory in practice*. New York : Sage.
- Strauss, A. et al. (1992). L'hôpital et son ordre négocié. *La trame de la négociation*, 87-112.
- Strauss, A. L. (2006). Comment les compromis se négocient selon les contextes d'ordres sociaux. *Négociations* (1), 133-154.
- Suremain, C.-É. d. (2007). Heurts et malheurs de l'alliance thérapeutique. La relation soignant-soigné durant la consultation pédiatrique (Bolivie). *Face à face. Regards sur la santé* (10).
- Sweis, R. K. (2017). Children as biological sufferers? The paradox of international medical aid for homeless children in Cairo. *Childhood*, 24(4), 502-516.
- Taleb, M. O. (2012). *Autisme et intervention avec les mamans cothérapeutes. De la mise en place à l'évaluation: expérience à Alger en 2005–2010*. Paper presented at the Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Tangy, L. (2008). Le sens du consentement dans l'œuvre de Judith Butler. *Tracés. Revue de sciences humaines* (14).
- Tantchou, J. C. (2018). Des papiers pour soigner, résister et discipliner. Artefacts graphiques à l'hôpital au Cameroun. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* (16).
- Tawil, S. et al. (2010). *Éducation au Maroc : analyse du secteur*: UNESCO, Bureau multipays pour le Maghreb.
- Thierry, N. (2010). Enquêter dans des institutions auprès de mères en situation de précarité. In B. Tillard & M. Robin (Eds.), *Enquête au domicile des familles. La recherche dans l'espace privé* (pp. 63-74). Paris: L'Harmattan.
- Thomas, C. (2004). Rescuing a social relational understanding of disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 6(1), 22-36.
- Tiberghien, G. (2002). *Dictionnaire des sciences cognitives*: Armand Colin.
- Tillard, B. & Robin, M. (2010). *Enquêtes au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé*. Paris: L'Harmattan.
- Tinat, K. (2008). Le Poids du féminin et du masculin dans le corps anorexique. *Corps*(1), 41-48.
- Tlili, F. (2002). Statut féminin, modèle corporel et pratique sportive en Tunisie. *Staps*(1), 53-68.

- Trnka, S. & McLaughlan, L. (2012). Becoming 'Half a Doctor': Parent-Experts and the Normalisation of Childhood Asthma in Aotearoa/New Zealand. *Journal of social anthropology and cultural studies*, 9(2), 3-22.
- Tronto, J. (2009). *Care démocratique et démocraties du care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. In É. P. Rivages (Ed.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris.
- Tronto, J. & Maury, H. (2009). Un monde vulnérable. Pour une politique du "care". *Lectures, Les rééditions*.
- Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*(2), 243-265.
- Turmel, A. (2006). De la fatalité de penser la maturation en termes de développement : quelques réflexions. In R. Sirota (Ed.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance* (pp. 63-72). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Turmel, A. (2008). *A historical sociology of childhood*: Cambridge University Press.
- Turmel, A. (2012). *Enfant normal et enfance normalisée : Réflexions sur un infléchissement*. *Nouvelles pratiques sociales*(1), 65-78.
- UNICEF. (2006). *Plan d'action nationale pour l'enfance 2006-2015*. Retrieved from
- Van den Hout, C. E. (2013). *Hysteria on the Borderline : Psychiatry, Cultural Change, and Subjective Experience Among Women in Morocco*. (Doctorate). University of California, San Diego.
- Van der Geest, S. & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995-2001.
- Vandenbroeck, M. & Bie, M. B.-D. (2006). Children's agency and educational norms: A tensed negotiation. *Childhood*, 13(1), 127-143.
- Vaucher, C. (2020). Les émotions en tant qu'outils épistémologiques et éthiques dans le cadre d'une ethnographie itinérante. *Enjeux éthiques dans l'enquête en sciences sociales*, 193-212.
- Vega, A. (1999). Un bouillon de culture: contagion et rapports sociaux à l'hôpital. *Ethnologie française*, 100-110.
- Véga, A. (2000). *Nuits blanches à l'hôpital*. Paper presented at the Les Annales de la recherche urbaine.
- Velpry, L. (2003). Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. *art. cit*, 10.

- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand Colin.
- Velpry, L. et al. (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Velpry, L. et al. (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale-introduction générale*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Vergnaud, S. (2015). Perspective britannique sur les services de pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*, 68(4), 206-211. doi:10.3917/ep.068.0206
- Vermeren, P. (2010). *Histoire du Maroc depuis l'indépendance*: La Découverte.
- Vidal, L. (1995). L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre. *Sciences sociales et santé*, 13(2), 5-27.
- Vincent, G. et al. (2012). La forme scolaire : débats et mises au point. Entretien de Guy Vincent avec Bernard Courtebras et Yves Reuter. *Recherches en didactiques*, 13(1), 109-135. doi:10.3917/rdid.013.0109
- Vincent, G. et al. (1994). Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire. In G. Vincent (Ed.), *L'éducation prisonnière de la forme scolaire?: scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*: Presse universitaire de Lyon.
- Vogel, A. (2011). *Maternité et maladie psychiatrique, quelle conciliation?: ou dans quelle mesure une mère souffrant de troubles psychiatriques concilie-t-elle ses responsabilités parentales et les implications de sa maladie ?* Haute Ecole de Travail Social,
- Wacquant, L. (2007). *Body & soul*. New York: Oxford University Press
- Wacquant, L. (2010). L'habitus comme objet et méthode d'investigation. *Actes de la recherche en sciences sociales* (4), 108-121.
- Wang, S. (2016). Aidez-nous à comprendre vos Chinois ! *Genèses* (4), 141-156.
- Warnock Fernea, E. (1995). *Children in the Muslim Middle East*. Austin: University of Texas Press.
- Warnock Fernea, E. (1995). Introduction. In *Children in the Muslim Middle East*. Austin: University of Texas Press.
- Waty, B. (2017). Des relations d'enquête de terrain en école maternelle sous le prisme de l'âge: des 3-6 ans et une ethnologue. *SociologieS*.

- Weber, F. (2008). Une enquête dans l'histoire. Le travail à côté, apogée d'une culture ouvrière européenne. In A.-M. Arborio, Y. Cohen, P. Fournier, N. Hatzfeld, C. Lomba, & S. Muller (Eds.), *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées* (pp. 201-214). Paris: La Découverte.
- Weber, F. (2012). De l'ethnologie de la France à l'ethnographie réflexive. *Genèses*, 89(4), 44-60. doi:10.3917/gen.089.0044
- Werner, J.-F. (2004). D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar. *Autrepart* (1), 65-80.
- Westenberg, P. M. et al. (2004). Sentence completion measurement of psychosocial maturity.
- Whitley, R. (2014). Beyond critique: rethinking roles for the anthropology of mental health. *Culture, medicine, and psychiatry*, 38(3), 499-511.
- Wickenden, M. (2010). *Teenager worlds, different voices: an ethnographic study of identity and the lifeworlds of disabled teenagers who use Augmentative and Alternative Communication*. (PhD). The University of Sheffield,
- Wickenden, M. & Kembhavi-Tam, G. (2014). Ask us too! Doing participatory research with disabled children in the global south. *Childhood*, 21(3), 400-417.
- Willemin, B. (2018). Numérisation des données de soin: impact sur l'élaboration et les fonctions du dossier médical. *Droit, Santé et Société* (5), 33-41.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard.
- Wintgens, A. & Hayez, J.-Y. (2003). Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques: résilience, adaptation ou santé mentale compromise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51(7), 377-384.
- Witeska-Młynarczyk, A. (2020). Can the Children Speak?. Voice, Children and an Adhd Diagnosis in an Ethnographic Research. *Revue des sciences sociales* (63), 46-57.
- World Health Organization. (2005). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.
- World Health Organization. (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Retrieved from Geneva:
- Zerari, H. (2006). Femmes du Maroc entre hier et aujourd'hui: quels changements. *Recherches internationales*, 3(77), 65-80.

- Zouiten, M. (2015). *Migration, réseaux familiaux et stratégies d'insertion urbaine des migrants ruraux au Maroc. Étude exploratoire du cas de l'agglomération de Salé*. (PhD). Université de Montréal
- Zouitni, K. et al. (2017). L'usage des médicaments psychiatriques au Maroc : entre vécu familial et discours professionnel. [The use of psychiatric drugs in Morocco: Between family experience and medical dialogue]. *l'Information Psychiatrique*, 93(6), 479-485. doi:10.1684/ipe.2017.1658

Annexes


Annexe 1. Présentation des membres de l'équipe et des enfants/adolescents (et de leurs familles)

Hôtesse d'accueil	Aziza	
Agente de surface	Asma	
Infirmière psychiatrique	Chadia	Chargée du secrétariat
Infirmière-chef	Mme Fathna	Gestion de l'équipe et coordination des soins de l'hôpital de jour spécialisé pour l'accueil des enfants diagnostiqués (ou en cours d'évaluation) pour un trouble du spectre de l'autisme
Médecins	Chef de service : Prof. Alaoui	
	Résidents : Dr Debbagh (a quitté le service en août 2014) Dr Majd Dr Kasmi Dr Lasri Dr Salihi	En cours de formation pour le diplôme universitaire de pédopsychiatrie
Psychologue	Haniya	
Psychomotriciennes	Mina Rema Amra Aida	
Orthophonistes	Hafida Dawiya Amina	
Assistante sociale	Malika	

Prénom de l'enfant/adolescent	Signification du prénom de l'enfant/adolescent ²⁵⁷	Âge (en 2015)	Prénom de la mère	Prénom du père	Prénom du frère/sœur	Diagnostic médical (formulé par les professionnelles)
Enfants suivis (principalement) en thérapies (ré)éducatives						
Rezik	Nourricier, qui offre la subsistance, qui rassasie de bonnes choses	10 ans (2015)	Nour	Amir	Mounia	Agénésie partielle du corps calleux
Amar	Persévérant	7 ans (2015)	Aïcha			Déficience intellectuelle, trouble de l'attention, trouble oppositionnel
Adil	Juste	8 ans (2014)			Qadira	Autisme
Adolescents suivis en psychothérapie						
Mufida	Bénéfique et bienfaitante, utile	11 ans (2014)	Jahida	Mourad	Zineb (5 ans), Fadoua (7 ans)	Dépression infantile
Faraj	Soulagement, libération	13 ans (2014)	Adiba		Jawed (8 ans)	Suspicion de schizophrénie infantile ou de trouble oppositionnel
Assia	Qui soigne	17 ans (2014)				Trouble obsessionnel compulsif

²⁵⁷ https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_de_pr%C3%A9noms_arabes

Annexe 2. Soumission de mon projet de recherche au Comité d'éthique



COMITÉ D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMÉDICALE
UNIVERSITÉ [REDACTED]
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE [REDACTED]
FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE DE [REDACTED]

[REDACTED] le 02/04/2015

KTIOUET Jamal Eddine
Président
Psychologie Médicale

ABDALLAOUI Faïza
Recherche Médecine Dentaire

ABOUQAL Redouane
Recherche Médecine

BIHI El Habib
Droit

CHERKAOUI Mustapha
Paramédical

CHERRAH Yahia
Sciences Pharmaceutiques

DADSI BOUTALEB Fatima
Société Civile

GHARBI Mohamed El Hassan
Religion

HAIMEUR Charki
Recherche Médecine

HAJJAJ – HASSOUNI Najja
Recherche Médecine

HARMOUCHE Hicham
Recherche Médecine

M'RABET Mustapha
Santé Publique

RIDA Sana
Recherche Médecine Dentaire

SLIMANI Seif El Islam
Société Civile

TAMOURO Abdessamad
Philosophie

ZEGGWAGH Amine Ali
Recherche Médecine

Secrétariat Administratif
[REDACTED]

Faculté de Médecine et de
Pharmacie [REDACTED]
Départ N°: 296
Date: 21 AVR. 2015

Madame Julie Pluies
Assistante diplômée
LAPSSAD-ISS-SSP-UNIL
Quartier UNIL Mouline
Bâtiment Géopolis 1015 Lausanne

Titre et références

Le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de [REDACTED] a été saisi le 20/02/2015 d'une demande d'avis pour le projet de recherche intitulé : « **Expérience du trouble mental chez les enfants marocains : enjeux cliniques et sociaux.** »

Le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de [REDACTED] a examiné le protocole et tous les documents constituant le dossier lors de sa séance du **02/04/2015.**

Documents examinés

- Le Protocole de l'étude Le cahier d'observation
- La note d'information au patient en français
- La note d'information au patient en arabe
- Le formulaire de consentement en français
- Le formulaire de consentement en arabe
- La liste des investigateurs
- Les curriculum vitae des investigateurs
- L'attestation d'assurance de l'essai (selon les cas)

Délibérations

Ont participé à la délibération :

<p>KTIOUET Jamal Eddine Président Psychologie Médicale</p> <p>ABDALLAOUI Faïza Médecine Dentaire</p> <p>ABOUQAL Redouane Recherche Médecine</p> <p>BIHI El Habib Droit</p> <p>CHERRAH Yahia Recherche Pharmacie</p>	<p>HAIMEUR Charqi Recherche Médecine</p> <p>HARMOUCHE Hicham Médecine</p> <p>M'RABET Mustapha Santé Publique</p> <p>RIDA Sana Recherche Médecine Dentaire</p> <p>TAMOURO Abdessamad Philosophie</p> <p>ZEGGWAGH Amine Ali Recherche Médecine</p>
--	--



COMITÉ D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMÉDICALE
UNIVERSITÉ ██████████
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ██████████
FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE DE ██████████

KTIOUET Jamal Eddine
Président
Psychologie Médicale
ABDALLAOUI Faïza
Recherche Médecine Dentaire
ABOUQAL Redouane
Recherche Médecine
BIHI El Habib
Droit
CHEKAOUI Mustapha
Paramédical
CHERRAH Yahia
Sciences Pharmaceutiques
DADSI BOUTALEB Fatima
Société Civile
GHARBI Mohamed El Hassan
Religion
HAIMEUR Charki
Recherche Médecine
HAIJAJ – HASSOUNI Najla
Recherche Médecine
HARMOUCHE Hicham
Recherche Médecine
M'RABET Mustapha
Santé Publique
RIDA Sana
Recherche Médecine Dentaire
SLIMANI Seif El Islam
Société Civile
TAMOURO Abdessamad
Philosophie
ZEGGWAGH Amine Ali
Recherche Médecine

Au terme de la délibération le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de ██████████ a émis un **AVIS FAVORABLE** à la mise en œuvre du projet de recherche intitulé : « **Expérience du trouble mental chez les enfants marocains : enjeux cliniques et sociaux.** »

aux motifs suivants : Conditions satisfaisantes de validité / Pertinence scientifique / Intérêt de la recherche / Pertinence éthique / Conditions satisfaisantes de Protection des Personnes / Intelligibilité de la note d'information et conformité des modalités de recueil du consentement.

Le promoteur et l'investigateur sont priés d'informer dans les plus brefs délais le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de ██████████ de :

- Tous les incidents ou accidents éventuels survenus au cours de cette recherche
- Tous les amendements apportés au protocole
- La clôture de l'étude avec un bref résumé sur son déroulement

Références du Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de ██████████

- Le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de ██████████ suit une procédure de qualité de son fonctionnement et se base pour ses délibérations sur :
 - La déclaration d'Helsinki (version 2008)
 - Les lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains du Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOIMS - version 2002)
 - La loi française fixant le règlement intérieur type devant être adopté par les comités de protection des personnes (Arrêté du 13 janvier 2010)
 - Son règlement intérieur
 - La réglementation marocaine concernant l'exercice de la médecine
 - Les spécificités socioculturelles et religieuses du Maroc
- Le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de ██████████ est enregistré auprès de l'Office for Human Research Protections de l'U.S. Département of Health and Human Services sous le n° IORG0006594 (<http://ohrp.cit.nih.gov/search/search.aspx>)

Pour le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale

Comité d'Ethique pour la
Recherche Biomédicale

Le Président

██████████



Julie Pluies
Assistante diplômée
LAPSSAD - ISS - SSP - UNIL
Quartier UNIL-Mouline
Bâtiment Géopolis
1015 Lausanne
Tel professionnel : +41 21 692 3197/0041 78 68 24 801
Fax : 0041 21 692 3215
Mobile: +212 65 32 40 380
julie.pluies@unil.ch

le jeudi 26 mars 2015

Lettre de modification de soumission d'un projet de recherche

Chers membres du comité d'éthique pour la recherche biomédicale,

Je vous informe, par la présente lettre, des modifications apportées à la requête initialement soumise le 19 février 2015. Pour rappel, je suis doctorante en anthropologie à l'Institut des sciences sociales (ISS), au sein de la Faculté des sciences sociales et politique (SSP) de l'Université de Lausanne, et ma recherche se déroule, en partie, dans le service de consultations ambulatoires de l'unité de pédopsychiatrie dirigée par le [REDACTED] et affiliée à l'hôpital [REDACTED]

Conformément à la discussion tenue le 19 mars 2015 à la Faculté de médecine et de pharmacie de [REDACTED] vous trouverez, joints à ce courrier, les documents pour lesquels des modifications ont été requises. Elles concernent:

- l'identification du co-investigateur de la recherche, à savoir le Prof. [REDACTED] présenté dans le document intitulé « note d'information et formulaire de consentement » à destination des parents et professionnels, et dans le document intitulé « protocole » ;
- les modifications suivantes ont été apportées dans le protocole de recherche : annulation des observations à l'école et des entretiens avec les enseignants des patients/patientes ; annulation de l'utilisation de l'appareil photo comme outil d'entretien ;
- la confirmation que les données collectées seront détruites une fois la thèse soutenue ;
- la confirmation que les noms des interlocuteurs seront changés afin de respecter l'anonymat de ceux-ci ;
- la clarification des personnes devant signer les formulaires de consentement (enfants, parents et professionnels)
- le curriculum vitae de la traductrice qui accompagnera la chercheuse durant les entretiens et la confirmation que les entretiens enregistrés ne seront pas mis à sa disposition (en dehors de la présence de la chercheuse).

Annexe 3. Entretien avec le professeur Alaoui (mercredi 9 juillet 2014)

Prof. Alaoui : Ici aussi, c'est en train de nous guider [à propos des demandes de consentements soumises non plus seulement aux parents qui ont l'autorité parentale, mais aussi aux enfants], le droit des enfants...

Moi : Qui ?

Prof. Alaoui : Donc le problème, culturellement au Maroc, quand on demande aux gens de signer automatiquement, c'est le blocage.

Moi : Hum...

Doc : Les gens, ils ont peur ce qu'il fait que parfois vous leur dites, je veux vous filmer, ils sont d'accord, mais si vous leur dites de signer ils vont vous dire non.

OK donc ça, effectivement c'est prendre...

Les gens, ils ont peur de tout ce qui est écrit, engagement, euh... [rire]

Ça laisse une trace.

Ils ont peur de s'engager dans quelque chose, donc c'est une peur qui un peu culturelle, mais surtout qu'on a près de 70 % de la population qui est analphabète.

Ah oui, d'accord.

Donc automatiquement, les gens ils ont peur de signer parce que donc culturellement, même les gens qui savent lire et écrire ils ont appris à avoir peur de ça, donc ce qui fait des fois il y a des réticences, il ne faut pas être surpris, il y a des réticences comme ça.

Faut prendre plus de, dans ces cas-là vous, pour les enregistrements vidéos par exemple, vous expliquez bien et les gens finissent par comprendre et ça se passe bien.

Il y en a qui acceptent et il y en a qui refusent...

D'accord.

Il y en a qui acceptent sans signer et... [rire]

[Rire] D'accord, après c'est au niveau des obligations scientifiques de notre côté.

Bien sûr, s'il refuse de signer, à ce moment-là vous n'enregistrez pas.

J'enregistre pas, bien sûr ça c'est, oui oui évident ; c'est vrai que pour l'instant, j'ai enregistré les entretiens avec les professionnels, euh, les cas qui m'expliquaient sur les cas des enfants, mais pendant les entretiens je coupe l'enregistrement.

Donc pour les professionnels, je pense que ça ne pose pas de problème, [silence] pour les parents ils ont peur que l'enregistrement se retrouve sur Internet ou des choses comme ça.

Oui bien sûr, nous de notre côté, on a des obligations en tant que professionnel universitaire où il y a aussi des, au-delà des règles d'éthique médicale qui peuvent se joindre dans un contexte particulier comme celui-ci, mais c'est vrai que rien qu'au niveau de l'académique, il y a aussi des conduites à ne pas avoir, mais quand on ne connaît pas et pour les gens qui sont de l'extérieur, charge à nous d'expliquer comment on travaille, mais c'est vrai que c'est aussi un travail de longue haleine pour expliquer pourquoi il y a d'un seul coup une personne en plus dans la consultation et qu'est-ce qu'on fait de notre présence ; là, il y a quelque cas où les médecins présentaient que je faisais une recherche, c'est vrai que souvent c'est très bien accueilli, les parents qui viennent ici sont plutôt, enfin sont dans une démarche d'aide je pense donc..

Vous avez des origines marocaines ou pas du tout ?

Pas du tout.

Donc vous n'êtes pas du tout imprégnée de la culture marocaine...

Pas du tout, je découvre au fur et à mesure, et à chaque fois un petit peu plus, là c'est le troisième séjour que je fais, mais...

D'accord donc déjà vous avez une idée !

Une idée, très vague, rire, très vague, mais je fais, et le fait que les gens pensent que je suis marocaine souvent dans les consultations pour eux.

Parce que généralement, les gens qui viennent, ils ont un contact avec le Maroc.

Oui.

Soit c'est leur parents, parce qu'on a beaucoup de Néerlandais, des euh d'autres pays mais qui ont un parent ou du Maroc, donc ils ont un lien, donc c'est pour ça que je me disais peut-être, comme vous m'avez dit vous allez passer des vacances ici.

Oui.

Je pensais que vous avez un proche.

Non, c'était, l'idée en fait au départ c'était vraiment quand j'ai commencé à regarder sur la thématique de la pédopsychiatrie, il y avait deux choses : c'est que j'ai vu dans les journaux, notamment, et puis par le rapport de la commission des droits de l'homme sur l'état de la santé mentale au Maroc, j'ai constaté que la pédopsychiatrie était en train de mettre en place, je ne sais pas si on peut dire comme ça...

Oui.

Et c'est vrai que je trouve intéressant de voir, de venir ici pour voir comment ça se faisait et comment les professionnels étaient formés, quels types de problèmes vous voyez, je ne sais pas, vous au niveau de votre formation, vous avez été formé à Rabat ?

Moi, ma formation c'est à Rabat, j'ai fait des stages en France mais l'essentiel c'est au Maroc, à Rabat.

D'accord, en pédopsychiatrie, aussi

En pédopsychiatrie, j'ai fait une formation en France.

D'accord, dans quelle ville ?

A Limoge.

OK, c'est parce qu'ici il y avait pas, c'est relativement nouveau la formation ?

C'est nouveau, donc il y avait pas de service, il y avait quelques consultations [au loin, cris d'enfant], de toute façon, globalement la médecine elle est plus développée en Europe

qu'au Maroc, donc ce qui fait dans toutes les spécialités les résidents, les internes, je ne sais pas comment vous les appelez en Suisse...

Oui, internes.

Ils font des stages, des stages donc ça permet de voir autre chose, dans toutes les spécialités ; et notamment nous en pédopsychiatrie, il y avait pas de service, donc c'était difficile mais il y a des personnes qui font des stages en psychiatrie d'adultes, on a aussi des services de psychiatrie adultes, donc c'est intéressant de faire des stages là-bas parce que c'est un autre mode de fonctionnement, ils ont plus de moyens, c'est plus riche.

Hum, au niveau du fonctionnement, il y a des moyens qui sont beaucoup plus conséquents, au niveau du fonctionnement on voit les implications, au niveau peut-être théorique, est-ce que c'est la même chose, est-ce que les moyens et la théorie sont liés ou comment...

Euh, par rapport à ma propre expérience sur le plan théorique j'étais au même niveau.

Avec des approches qui seraient similaires ?

Euh, là par rapport à la France, il y a une forte imprégnation psychanalytique...

Hum...

Donc c'est un courant qui est très présent en psychiatrie, mais là c'est un courant qui est en train d'évoluer donc...

En France et...

Au Maroc, c'est pas le cas, l'ancienne génération c'était essentiellement des personnes qui étaient imprégnées de ce courant.

Hum...

Mais là les générations actuelles c'est plutôt ce qui est approche comportementale, cognitive, psychopharmacologie, donc la dimension psychanalytique est presque en train de disparaître.

[On frappe, Salma rentre et dépose un livre « L'autonomie », elle lui demande si c'est intéressant pour eux à lire (sous-entendu, pour les résidents), si vous êtes pour donner des conseils aux parents, alors oui, il faut le lire]

Donc...

On disait...

Au Maroc plutôt des approches...

Oui, c'est en train de changer, c'est plus [silence] les deux générations, les anciens c'est plus un discours, imprégnation théorique analytique et là, la nouvelle génération entre guillemets c'est plus ce qui est comportemental et cognitif, en France donc, on disait, je disais sur le plan théorique on était au même niveau parce qu'on avait accès à la même littérature.

Bien sûr.

Et en plus, par rapport au système français, on avait une formation ici qui était plus structurée, par exemple en France ils n'ont pas de cours ils n'ont pas d'examen, nous on a des examens chaque année, on a des cours.

OK.

On doit préparer alors qu'eux, une fois qu'ils avaient réussi le concours d'internat, ils passent quatre années de stage et ils avaient plus besoin de...

... un peu plus laxiste.

Ceux qui étaient intéressés, ils pouvaient assister à des séminaires, c'était optionnel, ils pouvaient s'inscrire à des diplômes, c'était pas obligatoire, donc c'était très hétérogène par rapport aux personnes que j'avais vues c'était très hétérogènes, il y avait des personnes qui étaient bien qui s'intéressaient et tout et d'autres...

Hum...

Mais ils avaient cette possibilité, alors qu'ici on est obligé de passer des examens, donc on est obligé...

C'est une autre pression.

De préparer, de travailler ! [rire] En même temps que le travail, comme là la docteure Madj...

Oui, d'accord.

Donc sur le plan théorique, il n'y avait pas de problème ; sur le plan pratique aussi, peut-être dans certains domaines ce que nous, notre travail est un peu restreint, on fait des consultations, on voit des urgences, alors qu'eux ils ont plus, ils ont des hôpitaux de jour, ce que nous on n'avait pas avant, ils ont des structures ambulatoires, ils ont des structures dans les écoles, donc c'était plus riche, par exemple dans un centre à Rennes ils ont des équipes mobiles, donc c'est eux qui vont vers les familles, donc c'est des pratiques qui sont différentes.

D'accord.

Mais sur le plan clinique, par exemple pour faire un diagnostic, pour faire une psychothérapie, pour prescrire des médicaments, c'est la même chose.

Hum c'est la même chose...

Un avantage que j'avais trouvé intéressant, c'est que surtout au Maroc, mais maintenant ça a changé, on n'avait pas tous les médicaments à disposition donc on avait des produits limités alors qu'en France, ils avaient tous les produits, alors à ce moment-là on pouvait essayer des autres produits avec lesquels on n'avait pas d'expérience ici.

Hum, c'est important de prescrire ? De pouvoir prescrire des médicaments ? Il y a beaucoup de prescriptions ou pas, selon les diagnostics ?

Moi je parle de la psychiatrie adulte.

Adulte, d'accord.

Adulte, il y avait beaucoup de prescriptions, chez les enfants moins, moins que chez l'adulte mais dans certains cas, c'est indispensable de prescrire, mais là depuis quelques années, on a presque les mêmes produits qui sont disponibles au Maroc donc les choses sont en train de se démocratiser ! [rire]

D'accord donc c'est un accès qui est plus ouvert à tous, comme la structure ici, ça fait trois ans...

Oui.

Comment ça s'est passé l'ouverture, vous avez assisté un peu politiquement à la mise en place, ça a été une longue bataille ?

Donc c'est un projet qui a beaucoup trainé, parce qu'il y avait des problèmes de budget, donc la construction ça a pris cinq ou six ans parce qu'il y avait à chaque fois des blocages, donc ça a pris beaucoup de temps pour la construction, et quand le bâtiment était prêt il fallait l'équiper, donc là aussi ça a pris du temps, et donc après on a équipé le service progressivement, donc au début on avait une équipe à l'étage, ici, mais pas tous les bureaux, quelques bureaux pour pouvoir démarrer les consultations, les prises en charge et ensuite on a équipé les autres salles, la salle de psychomotricité et l'hôpital de jour donc même l'ouverture elle s'est faite en plusieurs temps.

Avec des financements publics et privés ?

Essentiellement des financements publics. [12.40]

D'accord.

Et au départ, on avait eu un don de l'ambassade néerlandaise donc on avait un don avec lequel on avait démarré, donc une partie des meubles, par exemple le bureau ici, c'est avec le don et le reste c'était avec le budget de l'hôpital.

D'accord, et il y a des collaborations qui sont faites avec les Pays-Bas ?

Il y avait une collaboration qui avait démarré mais quand la crise financière avait démarré malheureusement ils ont interrompu le programme ; il y avait un programme d'échange, nous on est allé voir ce qu'ils faisaient.

D'accord, pour les professionnels ?

Et eux ils sont venus à trois reprises, donc pour une première fois explorer, voir un peu ce qu'il se passe, pour avoir une idée un petit peu sur ce qu'ils peuvent proposer, et ils ont fait je pense deux ou trois formations ici pour les professionnels, pour les infirmiers, les médecins, mais malheureusement après, dès qu'il y a eu la crise mondiale financière, ils ont disparu.

La coopération est beaucoup moins marquée donc ; je ne connais pas leur système de santé au niveau des Pays-Bas, mais au niveau de la psychiatrie, là aussi ils sont sur les mêmes fonctionnements que vous et que ce qui se passe au niveau international à savoir plutôt des approches comportementales ?

Oui, eux c'est plus, ils sont plus ouverts à tout ce qui est psychiatrie américaine, là les Américains ils sont avance pas rapport [rire] à tout le monde, disons qu'eux ils sont en plein dedans.

Hum.

Ils n'ont pas de réticences ; les Français, comme ils ont leur propre école, donc eux, ils ont démarré la pédopsychiatrie avant les Américains, donc il y a une école de psychiatrie, de pédopsychiatrie française, donc après ils ont été dépassés par les Américains, et il y en a qui ont un petit peu une réticence à suivre les Américains donc ils sont encore attachés un petit peu à la psychiatrie française, comme pour les autres pays, et pour les Néerlandais, on n'a pas vraiment [rire] un courant marocain !

OK.

Donc on est plus ouvert...

Vous prenez là, on adaptant au contexte marocain.

Il y a moins de résistances, oui.

Ça vous permet d'être plus flexibles dans les méthodes que vous utilisez ou...

Bien sûr qu'on adapte en fonction de nos moyens.

Et au niveau de... C'est vrai que j'ai remarqué la formation se fait en français, les dossiers sont remplis en français.

C'est plus facile pour vous ! [rire]

[rire] **Oui, pour moi c'est parfait, j'apprécie que ce soit en français, mais je me demandais, c'est vrai que c'est...**

C'est un grand problème au Maroc, parce que déjà, le Maroc avait démarré un programme d'arabisation pour que, parce qu'avant les études se faisaient en français, parce que moi j'ai

fait mes études, bien sûr il y a le français, l'arabe mais les mathématiques, les physiques et SVT et tout.

Donc ça au niveau équivalent collège, lycée...

Même primaire, collège, lycée ; mais juste après moi ils ont changé de système, donc ils ont fait l'arabisation donc ce que fait que les élèves maintenant ils font les mathématiques et physique tout est en arabe, et une fois arrivé à la facultés de médecine tout est en français et donc c'est un grand problème, il y a plein d'étudiants qui sont brillants mais qui n'arrivent pas à suivre, déjà ils n'arrivent pas à suivre, ils ne comprennent pas, ils ne comprennent pas le langage courant parce que déjà, par exemple il y avait un étudiant qui parlait avec son copain et lui avait dit est-ce que tu as le cours de « pisiologie », la physiologie, il lui a dit « est-ce que tu as le cours de pisiologie », donc il ne sait même pas prononcé le mot physiologie correctement, donc eux ils ont beaucoup de problèmes pour s'adapter et c'est une double, et c'est aussi une difficulté pour nous parce qu'on doit traduire tout, alors que c'est plus facile d'écrire en arabe par exemple, par exemple quand on rapporte les propos du malade.

Hum.

On met entre guillemets ce qu'il a dit, c'est plus facile de le mettre en arabe et c'est plus juste.

Oui.

Quand on fait une traduction automatiquement c'est une traduction...

Oui voilà il y a déjà l'effet de la traduction. [18.00]

Donc là c'est un gros problème au Maroc, le problème de la langue.

Qui se retrouve peut-être dans toutes les disciplines, oui tous les secteurs, mais qui là dans le milieu médical et peut-être justement encore plus en psychiatrie où la parole...

En psychiatrie oui.

Le rapport à la parole du malade est particulier ?

Et même par exemple pour les ouvrages, les articles, c'est plus riche sur le plan, c'est un français littéraire, alors que dans les autres spécialités c'est technique, donc le français c'est plus difficile, plus important en psychiatrie que dans les autres spécialités.

Et il y a combien de psychiatres, ici vous êtes cinq, quatre ou cinq au niveau de la structure du service...

Ici on est quatre.

Quatre.

Quatre et il y en a qui viennent pour faire une consultation par semaine.

C'est un renfort qui vient...

C'est un renfort et en même temps pour eux, pour leur formation, parce qu'on organise un diplôme un DU, un diplôme universitaire de pédopsychiatrie, et donc ils ont un petit peu la théorie et là pour les consultations c'est plutôt le côté pratique.

D'accord, ça se passe, c'est sur combien de, ça se passe comment ?

C'est une formation d'une année avec 8 modules de 3 jours, donc ça fait 24 jours au total, et l'enseignement il est fait essentiellement par des enseignants français, donc on a une collaboration avec certains enseignants, bon cette année on a eu un Belge mais pour le reste c'est des Français.

D'accord donc là on retrouve peut-être encore ce que vous disiez toute à l'heure l'influence par le biais de la formation notamment...

Bien, c'est sûr que le Maroc est très influencé parce que déjà l'ancienne génération, c'est des personnes qui ont été formées en France ou bien en contact de psychiatres français, beaucoup ont fait des stages en France, et les ouvrages qu'on lit c'est essentiellement en français donc on est, c'est sûr qu'on est imprégné par la psychiatrie française ; pour les générations actuelles, ils sont plus, ils ont plus de facilité avec l'anglais donc ce qui fait, on court-circuite maintenant les Français. [Rire] Parce qu'avant il fallait lire les traductions !

Il y avait l'influence de la France. Et après, il y a un travail d'adaptation par rapport au, enfin par rapport au contexte marocain et je pensais notamment par rapport aux

pathologies que vous rencontrez, est-ce que ce sont les mêmes, et est-ce que ça nécessite une adaptation en fonction du contexte ?

Les pathologies sont les mêmes donc il n'y a pas vraiment de différence, il y a quelques troubles qu'on voit plus fréquemment chez nous notamment par rapport aux pays occidentaux, tout ce qui est hystérie, les troubles de conversion...

Hum...

Mais c'est encore plus fréquent chez nous qu'ailleurs ; mais sinon pour le reste, l'autisme, le trouble de l'apprentissage et le reste, c'est la même chose, hyperactivité, donc l'essentielle de la pathologie, c'est la même chose, aussi bien sur le plan symptôme que traitement, bien sûr il y a le côté culturel qui joue un rôle, c'est par exemple il y a beaucoup de parents qui avant de venir, il ont consulté, ils amènent leur enfant chez les fqih, dans des marabouts, donc ils essaient tout ce qui est thérapie traditionnelle ou bien il y en a qui font les deux en parallèle.

D'accord, ça les parents ils...

Donc je ne pense pas qu'on va trouver un enfant, surtout quand c'est une pathologie sérieuse, qui n'a pas eu, que les parents n'ont pas fait bénéficier de ce type de thérapie.

D'accord.

C'est presque systématique.

Et ça, les parents vous le disent ou c'est vous qui supposez ou...

On le suppose, moi je ne pose plus la question, parce que pour moi c'est évident ! [rire]

C'est l'ex..., c'est votre expérience.

C'est plus, c'est exceptionnel que les parents, mais peut-être que les habitudes ont changé et nous on fonctionne encore avec, mais la plupart, la plupart, et cela ressort des fois spontanément dans le discours, et parfois les parents ils nous disent : « on l'a emmené chez un fqih et il nous a dit “ça non c'est médical il faut aller chez le médecin” », donc des fois ça vient, mais moi je ne pose pas la question systématiquement.

D'accord, le fqih, c'est le marabout ?

Le fqih c'est un guérisseur, c'est [silence], c'est un terme qui peut-être un guérisseur traditionnel ça peut-être l'imam, celui qui dirige la prière, c'est un terme qui peut être utilisé pour plusieurs personnes donc... [silence]

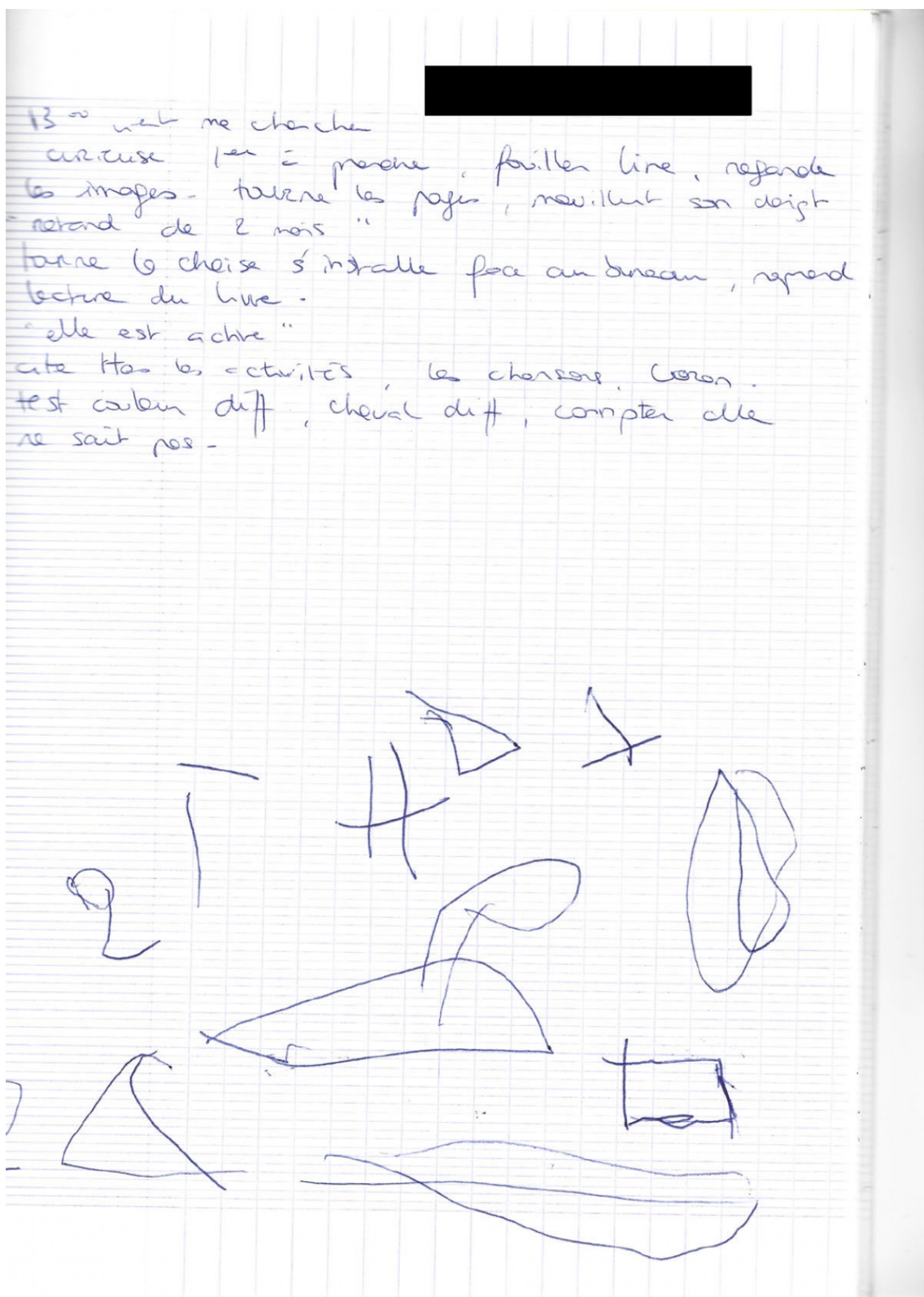
Donc un lien avec le religieux...

J'ai une consultation, donc de toute façon vous vous êtes encore là ! [rire]

[Rire] Je suis encore là !

Donc on pourrait fixer un autre rendez-vous [il prend son agenda], mercredi prochain, même heure ?

Annexe 4. Extraits de mon carnet de terrain



13 août

10³⁰ Seule maman et [REDACTED]10³¹ questions doc. / [REDACTED]

il parle d'axe, voix rétroce, il regarde vers doc, vers moi, vers fenêtre, rideau fermé (entre-couvert).

il me cc 1 stylo qu'il a pris de sa main et de rentrer. ch / ch

il sourit par mo^t, regard de vide, il articule peu, ms le ton de voix augmente ces fois, bras droit se appuyer ses propos. merion, bravo ... elle l'encourage, le félicite.

il a les yeux cernés, je le trouve ⊕ mat, moins blanc, pâle q^e la semaine dernière; peut se même mⁱ c^{est} dit f^{ait} d^{es} 1 semaine il n'est pas sorti, juste hier et aujourd'hui en venant hospital.

mat il ne le regarde plus en parlant

10³², il reste ds ses pensées.

il v= chercher sa mère 10³³, qui rentre seule.

je va / cent je été la semaine.

M

télévision, jeu / catch,

elle aussi tient le stylo par moi par parole, laisse sur bureau par K, ms pas de ch / ch.

ff. cris très forts par dehors, calme, haut ou hop de par? le mère parle, parle bcp... "c'est très bien" écoute bcp

D.

ce qu'elle lui dit.

ils st
1 peu
balancés
c^{est} q^{ue}, ss
forme-
se renseignent
sur cursus
de maman

m^{on} discours
contre
analyse
méd. / socio.
selon hôpital

lieu
d'écarte

traite-
est-ce qu'elle
a répondu à
vos attentes

je va mieux
- traite-?
venu hosp.?