

L'adolescence est volontiers perçue à la fois comme fascinante et dérangeante, inquiétante et aléatoire... Parfois imprévisible... En tout cas complexe et souvent difficile. Et pour certains adolescents, les plus fragiles, quelle attention portons-nous ? Quelles réponses offrons-nous ?

Du souci...

Crise d'adolescence ou adolescent en crise ? Adolescent simplement dérangeant ou jeune en souffrance ? Vague à l'âme passager ou dépression grave ?

L'adolescent doute de lui, interroge le monde, éprouve son corps... A sa façon, il nous interroge... Et devant des "symptômes flous", des plaintes indifférenciées, une mise en avant du corps, des comportements dérangeants, certains adolescents font parfois souci... Mais souci de quoi ? A partir de quand faut-il s'inquiéter ?

Quelles sont les préoccupations des différents professionnels ?
Et partageons-nous les mêmes soucis ?

Au soin...

Et lorsqu'un soin s'avère nécessaire, quel type de soins mettre en place ? A qui s'adresser ? Et comment ? Quel parcours de soins initier ?

Quand faut-il envisager un soin psychologique ? Psychiatre d'enfants ou psychiatre d'adultes ? Et comment articuler les différents temps du soin ?
Quelle place pour les parents ?

Autant de questions qui reviennent fréquemment dans la pratique quotidienne.

Du souci au soin...

Nous sommes toutes et tous amenés à rencontrer des adolescents qui interrogent notre savoir, mettent en question nos certitudes, interpellent notre bonne volonté... Et le plus souvent, ces adolescents nous imposent de travailler à plusieurs.

Alors, la **cohérence de nos projets** passe par une meilleure connaissance des ressources et réseaux de soins, une reconnaissance mutuelle entre professionnels, des représentations partagées. Et nos projets n'ont de sens que si chacun de nous - infirmières, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, médecins généralistes, médecins scolaires, médecins de P.M.I., pédiatres, psychiatres, juges - a repéré ce qu'il en est des compétences (et des limites) professionnelles de l'autre...

Et la **qualité de nos soins** dépend de la qualité des articulations entre nous. Sinon... Tout le monde écoute... Mais personne ne s'entend !

Cette journée s'adresse à tous ceux, de tous horizons, qui accueillent et accompagnent l'adolescent; ceux qui étayent quelque peu leur projet de vie; ceux qui l'orientent; ceux qui le soignent... L'interdisciplinarité est ici foncièrement de nécessité et fait le projet de cette nouvelle journée.

Pr. Philippe Duverger

Adolescents en souffrance

Parcours de soins

Samedi
6 décembre
2008
Centre des Congrès
Angers

Ce volume a été composé par L'Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU d'Angers et l'Association Angevine pour la Formation, la Recherche et l'Enseignement en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (A.A.F.R.E.P.E.A.) sous la direction de Ph. DUVERGER.

Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
4, rue Larrey - 49933 ANGERS Cedex 9
Tél. : 02 41 35 44 42 - Fax : 02 41 35 49 34
Courriel : PhDuverger@chu-angers.fr

Les idées et opinions émises par chaque auteur n'engagent que lui-même.

Cette journée a été réalisée avec le soutien des partenaires suivants :

**Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
L'Université d'Angers - Faculté de Médecine
La Ville d'Angers
Le Conseil Général de Maine-et-Loire
La Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Angers
Le GRSP Pays de la Loire
La DDASS 49**

Avec :
**La Société Française de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
et Disciplines Associées (SFPEA/DA)
La Société Française de Pédiatrie (SFP)**

Avec le soutien de :
**La Fondation J.M. Bruneau - Fondation de France
La Mutualité de l'Anjou**

Et des laboratoires :
**Sanofi Pasteur MSD
Lundbeck**

L'A.A.F.R.E.P.E.A. Association Angevine pour la Formation,
la Recherche et l'Enseignement en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
et
L'Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
remercie le Centre des Congrès d'Angers et son personnel
pour la qualité de son accueil.



Des soins culturels

Les soins culturels représentent une approche originale et innovante, mais participent certainement d'une prise en charge globale des adolescents, qu'ils soient hospitalisés à temps plein ou à temps partiel, ou encore suivis en ambulatoire.

Cette approche thérapeutique vise à relancer le plaisir de penser, de créer, de réfléchir, d'apprendre, en réhabilitant les fonctions sensorielles et psychiques, délaissées et/ou mises à mal par des étiologies diverses.

L'objectif principal étant donc que l'objet du désir de l'adolescent prenne forme et sens, devienne pensé et pensable, à l'image des processus pictographiques originaires, autant d'espaces transitionnels internes, autant d'espaces de symbolisation.

Le cadre artificiel (ré-aménageable et adaptable) de l'atelier choisi, sécurisant, bienveillant, porteur, joué et reconstruit à chaque fois avec l'enseignant et avec le groupe, mais aussi exigeant, contraignant, répétitif, transformant les pulsions en fonction imageante, voire métaphorisante.

Valeur primordiale de la répétition de l'atelier, permettant d'éprouver une expérience subjective non encore mentalisée, reprise encore et encore, jusqu'à une possible mise en scène parfois uniquement sensorielle, jusqu'à une mise en mots, jusqu'à une reconnaissance par le groupe des pairs et de l'adulte.

Dans notre projet marseillais, nous reprendrons en les enrichissant, divers ateliers culturels : espace mode, esthétique coiffure, expression corporelle, relaxation, sophrologie, danse, théâtre, studio radio, studio cinéma, peinture, sculpture, ateliers d'écriture, jardinage...

Une association loi 1901 veillera au bon fonctionnement et au financement de l'ensemble de ces activités culturelles.

Pr. Marcel RUFO

Table des matières

Avant propos	5
La Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA)	
Bilan et perspectives	7
- Le bureau sortant	8
- Mode d'emploi du site de la SFSA	8
Facultés de Médecine d'Angers, Poitiers, Tours, Paris V	
Diplôme Inter-Universitaire (DIU)	9
Adolescents en souffrance - Parcours de soins	10
<i>Ph. DUVERGER, AS CHOCARD, J. MALKA, K. FAURE, A. NINUS</i>	
Adolescents en souffrance. Plaidoyer pour une véritable prise en charge	11
Recommandations pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale de prise en charge des adolescents en souffrance	14
I Recalibrer le dispositif médical, psychiatrique, social et éducatif sur l'ensemble du territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer (DOM-COM)	14
II Améliorer l'information et l'accueil des jeunes et de leurs familles	14
III Aller vers les adolescents en développant des dispositifs innovants : maisons des adolescents, équipes mobiles, permanences hors les murs...	15
IV Systématiser la mise en place de réseaux interdisciplinaires afin de garantir le repérage, l'orientation, la prise en charge et la continuité effective des soins.	15
V Généraliser une formation obligatoire de l'ensemble des professionnels au contact avec les adolescents sur la psychologie de l'adolescent et le repérage des signes d'alerte	15
VI Développer la prise en compte et l'accompagnement des parents à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des adolescents	16
VII Mettre en place une stratégie nationale volontariste de prévention et de lutte contre l'alcoolisation précoce des adolescents et la banalisation du cannabis	16
La souffrance des adolescents, mais quelle souffrance ?	17
<i>Pr. Philippe JEAMMET</i>	
Adolescents en souffrance. Parcours de soins.	19
<i>Pr. François Garnier</i>	
Besoin de soins. Ce qui fait souci : le point de vue du Pédiatre	21
<i>Dr. Georges Picherot</i>	

Adolescents en souffrance. Parcours de soins	
Vécu de l'infirmière et du médecin scolaire	24
<i>M. MAZÉ et E. MASSOL</i>	
A - LE REPERAGE	24
1 - Par les personnels infirmiers	24
2 - Par les enseignants et l'équipe de vie scolaire (surveillants, conseiller principal d'éducation)	25
3 - Par le médecin scolaire	25
4 - Par les pairs	25
5 - Par les parents	26
B - L'ENTREE DANS LE PARCOURS DE SOIN	26
1 - Difficultés liées à l'adolescent	26
2 - Difficultés liées aux parents	27
3 - Difficultés liées à l'institution	27
4 - Difficultés liées à nos propres limites	28
C - LE PARCOURS DE SOINS ET SES DIFFICULTÉS	29
1 - Le délai	29
2 - L'éloignement géographique	29
3 - Les difficultés financières	29
4 - La longueur des soins	29
5 - Les problèmes relationnels avec les soignants	29
6 - Les parents	29
7 - L'institution scolaire	30
CONCLUSION	30
Adolescents en souffrance - Parcours de soins	
Besoin de soin ? Ce qui fait souci...	
Perception de l'éducateur - Patrick COTTIN	31
Soigner aujourd'hui nécessite de prendre en compte les questions d'identité	
La République n'aime pas tous ses enfants et ses adolescents	33
<i>Marie-Rose MORO</i>	
L'ADOLESCENT QUI NE DEMANDE RIEN ET L'URGENCE	38
<i>Dr. Marie-Jeanne GUEDJ</i>	
POSITION DU PROBLEME	38
1 - L'urgence comme typique de l'absence de demande	38
2 - Phénoménologie	38
3 - Psychopathologie	38
QUELQUES SITUATIONS TYPIQUES	39
1. Les jeunes adolescents	39
2. La claustration à l'adolescence	39
3. L'histoire qui empêche de demander	40
LE DEVELOPPEMENT DE LA REPOSE EN URGENCE	40

Table Ronde : Du souci au soin...	
La place de l'hospitalisation	41
<i>Véronique Delvenne</i>	
L'hospitalisation spécifique	41
Les axes d'évaluations	42
1 - Axe du diagnostic symptomatique	42
2 - Axe du diagnostic du fonctionnement mental	42
3 - Axe du diagnostic du fonctionnement familial	43
4 - Axe du fonctionnement cognitif et scolaire	44
5 - Axe du diagnostic du fonctionnement institutionnel	44
Le travail en atelier	45
En conclusion	45
DU SOUCI... AU SOIN : LE TEMPS DE L'ALLIANCE	46
<i>Dr. Véronique LACCOURREYE / Dr. Isabelle MONNEAU</i>	
La construction transversale du CASIA	49
Le dispositif d'accueil	49
Un travail de réflexion de la fonction accueil l'a déclinée dans son détail	50
Les réponses thérapeutiques proposées	50
Des soucis partagés...	52
<i>Dr. Véronique DEGRANGES / Dr. Martine CHARLERY</i>	
Adolescents en souffrance. L'articulation du soin	58
<i>Dr Yoann LOISEL</i>	
Des soins culturels	64

Programme de la journée

- 8h30 **Accueil des participants**
- 8h45 **Séance d'ouverture**
Pr. P. Duverger (Angers)
Mme D. Versini, Défenseure des Enfants (Paris)
- 9h00 **Conférence inaugurale : « La souffrance des adolescents. Mais quelle souffrance ? »**
Pr. Philippe Jeammet (Paris)
- 10h15 Pause
- 10h30 **Table ronde : Besoin de soins ? Ce qui fait souci...**
Présidente : Dr AS. Chocard (Angers)
Discutant : Dr P. Jacquin (Paris)
 - *Point de vue du généraliste* Pr. F. Garnier (Angers)
 - *Du côté du pédiatre* Dr G. Picherot (Nantes)
 - *Vécu de l'infirmière et du médecin scolaire* M. Mazé (Angers)
 - *Perception de l'éducateur* P. Cottin (Nantes)
 - *Dans la Cité* Pr. MR Moro (Paris)
- 12h30 Déjeuner
- 14h00 **Table ronde : Du souci au soin...**
Présidente : Dr. S. Lemerle (Paris)
Discutant : Pr. D. Marcelli (Poitiers)
Le temps de l'urgence... La demande et l'adresse... Comment et à qui adresser ?
 - *L'adolescent qui ne demande rien* Dr MJ. Guedj (Paris)
 - *La place de l'hospitalisation* Pr. V. Delvenne (Bruxelles)
 - *Et de « l'alliance thérapeutique »* Dr I. Monneau - Dr V. Lacourreye (Angers)
- 15h30 Pause
- 16h00 **Table ronde : Des soucis partagés...**
Présidente : Dr. B. Gohier (Angers)
Discutant : Pr. JL. Giniès (Angers)
Le temps de la rencontre et du projet de soins... Qui s'occupe de quoi... Ensemble ?
 - *De l'élaboration à la réponse* Dr V. Desgranges, Dr M. Charlery (Angers)
 - *L'articulation des soins* Dr Y. Loisel (Fd. Vallée, Paris)
 - *Quels soins à l'adolescence ?* Pr. M. Rufo (Marseille)
- 17h00 **Discussion générale**
- 17h30 **Parcours et échos de la journée**
Dr J. Malka (Angers)

ACTES DU COLLOQUE

10^e Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent

Angers, le 6 décembre 2008

AVANT PROPOS

La Médecine de l'adolescent prend en compte un sujet en proie à de profondes transformations physiques, psychologiques, sociales : clinique à la fois syncrétique et originale, elle ne peut se réduire à la simple juxtaposition d'éléments de médecine de l'enfant et de médecine de l'adulte, de médecine somatique et de médecine psychiatrique. Elle a pour objet de soin un individu qui tente de devenir le sujet de son corps et de sa vie : la rencontre avec le médecin sera-t-elle pour cet individu adolescent l'occasion d'une possible appropriation de cette subjectivation ou le maintiendra-t-elle dans un statut de dépendance qui, souvent pour le jeune, est à la fois la source de sa souffrance et l'origine de ses manifestations symptomatiques.

La plupart des besoins médicaux des adolescents sont sous l'influence directe ou indirecte de cette dynamique de transformation. Toutefois, clinique du changement, du mouvement et de la nouveauté, la médecine de l'adolescent doit aussi, au-delà de la conjoncture, resituer l'adolescent dans la continuité de sa trajectoire globale de développement somatique et psychologique, individuel et familial.

Le soin à l'adolescence est toujours sous-tendu par les questions fondamentales relatives aux transformations corporelles plus ou moins bien vécues de la puberté, au fait de maintenant posséder un corps sexué d'homme ou de femme, à la redéfinition plus ou moins critique de la relation avec ses parents et au besoin nouveau d'autonomie et d'inscription dans le corps social. Les craintes concernant le devenir de tous ces processus prennent souvent la forme d'un questionnement insistant sur la normalité physique ou psychique, craintes bien évidemment renforcées quand une maladie entrave de longue date le développement ou surgit soudainement à cette période ou encore, semble se décompenser sous l'impact de la puberté et échapper aux tentatives de soins.

Toutes ces questions concernent l'adolescent mais aussi son entourage qui, par ses réactions, témoigne de ses capacités ou de ses difficultés à s'adapter à une telle transformation.

Volontiers perçue comme tout à tour fascinante et délicate, aléatoire et difficile, la médecine de l'adolescent est une pratique interactive qui échappe aux représentations simples : l'espace médical «élargi» dont elle se prévaut tire son efficacité de l'intégration de savoirs et de savoir-faire issus de champs différents, intégration seule susceptible de répondre aux symptômes «flous» des jeunes, à leurs plaintes indifférenciées, à une expression souvent transnosographique qui doit rencontrer une écoute transdisciplinaire.

La médecine de l'adolescent est en quelque sorte un défi aux fréquentes orientations médicales actuelles où le champ d'investigation se réduit de plus en plus à l'organe, la cellule, la biochimie, le gène et la molécule. Certes, les données scientifiques les plus récentes doivent être connues et sont à prendre en compte : la médecine de l'adolescent doit refuser toute approximation et au flou des plaintes ne doit en aucune manière répondre un flou des connaissances scientifiques. Cependant, l'adolescent à travers son comportement, ses manifestations éventuelles d'opposition, de refus d'observance rappelle aussi au clinicien, si compétent soit-il au plan scientifique, qu'il n'y a de véritable médecin qu'au travers d'un souci de soin élargi s'adressant au sujet dans la globalité de sa personne et de son entourage.

Souvent médecine des paradoxes, toujours médecine de la relation, la médecine de l'adolescence ne renvoie pas pour autant à une sémiologie inconsistante : outre la connaissance des aspects somatiques, psychologiques et psychopathologiques, socio-familiaux et éducatifs de l'adolescence, l'analyse et l'approche plurifactorielles des situations appréhendées sont ses objectifs premiers. Cette connaissance clinique plurielle est le préalable indispensable permettant de garantir la qualité et la cohérence de la relation de soin avec l'adolescent et son entourage.

Si comme tout malade, l'adolescent malade est nécessairement l'objet de soin du médecin, le souci du médecin d'adolescent est aussi de permettre à cet individu de devenir le sujet de sa santé en lui restituant la part active de lui-même, seule garante d'une conquête durable de la capacité à prendre soin de soi. En ce sens, il n'y a pas de médecine de l'adolescent sans prise en compte de la «santé de l'adolescent» qui devient alors partie prenante d'une prise en charge ne se limitant pas à la maladie actuelle dont souffre présentement le jeune.

En effet, la «Santé de l'adolescent» ouvre un autre espace, beaucoup plus vaste que le précédent. Il faut s'interroger sur la capacité de l'individu à prendre soin de lui-même mais aussi sur la capacité pour une société de permettre à ses sujets de s'approprier cette dimension. Recherche permanente d'équilibre entre l'individu et son environnement, la santé nécessite un certain degré d'autonomie individuelle et au plan collectif une participation de la communauté aux activités de prévention comme de soin. Débordant le cadre de la médecine, la santé concerne non seulement l'épidémiologiste mais aussi le sociologue, le pédagogue, l'éducateur, le travailleur social, le magistrat, le philosophe etc. Pour l'individu, la capacité à prendre soin de soi d'une façon qui ne soit ni une pusillanimité excessive, ni une confiance abusive implique une estime de soi bien tempérée, un mélange harmonieux d'activité et de passivité, de possibilité de s'opposer ou d'obéir, en un mot un ensemble assez paradoxal de «qualités» dont la conjonction est rien moins qu'évidente à l'adolescence. Pourtant notre expérience clinique nous le montre, c'est à cet âge que l'individu se forge progressivement les bases de ce «souci de soi» qui accompagnera le sujet sa vie durant et sera son allié privilégié pour recouvrer la santé quand elle lui fera défaut.

Médecine et Santé sont, à l'adolescence, indissociables, c'est la raison pour laquelle la pluridisciplinarité fonde l'essence même de la clinique qui se consacre à cet âge symbole et reflet de nos sociétés dont on sait les immenses qualités mais aussi les redoutables menaces.

Les journées annuelles nationales de Médecine et Santé de l'Adolescent de la **Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA)** ainsi que le **Diplôme Inter Universitaire de Médecine et Santé de l'adolescent (DIU)** sont l'expression de ces objectifs.

La Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA)

Bilan et perspectives

Il y a maintenant plus de trois ans que nous avons créé la SFSA, avec la volonté de rassembler l'ensemble des professionnels concernés par la santé des adolescents, dans leur diversité de métier et de condition d'exercice. **Nos objectifs** étaient ambitieux, comme nous l'avons inscrit dans nos statuts :

1. Promouvoir toute initiative en faveur de la Santé de l'Adolescent.
2. Susciter toute action en vue de développer la médecine de l'Adolescent.
3. Fédérer l'ensemble des professionnels concernés par la santé de l'Adolescent pour un repérage des compétences et une optimisation des circuits locaux régionaux de soins et de prévention (réseaux formels et informels).
4. Contribuer activement à toutes réflexions sur la formation initiale et continue des professionnels dans le domaine de la santé des Adolescents.
5. Promouvoir la recherche en santé de l'Adolescent, réaliser des études multicentriques, et faire connaître les travaux scientifiques des professionnels concernés par la santé de l'Adolescent.
6. Favoriser en tous lieux l'accès des Adolescents à des soins de qualité
7. S'engager dans des actions d'information et de prévention concernant l'Adolescent à destination des professionnels et ou du public.
8. Constituer des pôles de référence et d'expertise reconnus des Pouvoirs Publics dans tous les domaines concernant la Santé de l'Adolescent
9. Développer les échanges entre professionnels français et étrangers au niveau des congrès et instances consacrés à la santé de l'adolescent à l'échelle internationale.

Cette courte existence ne nous a bien sûr pas permis d'atteindre un tel programme, mais nous avons derrière nous déjà trois ans de rencontres et d'échanges autour de la santé des adolescents. Beaucoup d'entre vous ont participé aux journées nationales d'hiver couplées avec le DIU « Médecine et santé de l'adolescent» (Amiens 2005, Nantes 2006, Paris 2007, et maintenant Angers 2008), et aux journées de Printemps (mars 2007 et 2008 à Paris), certains prenant une part active à leur préparation et à leur réalisation, qu'ils en soient tous remerciés ici. Nous avons pu faire connaissance, réfléchir ensemble, profiter des expériences des uns et des autres, échanger des adresses ...

Mais pour nombre d'entre nous, la SFSA ne répond pas encore assez à nos aspirations, en terme de travail en commun, de réseau et peut-être aussi de crédibilité. Nous sommes encore jeunes, et nous voulons continuer à nous développer autour de **3 axes principaux** :

- Construire un lieu d'échange de pratiques et de savoir-faire autour de la santé des adolescents,
- Défendre la multidisciplinarité qui nous caractérise, dimension à la fois riche et risquée
- Réussir à travailler et à élaborer ensemble, et produire selon les besoins des analyses, des recommandations et autres outils de réflexion dans le champ de la santé des adolescents.

Il nous faut être plus visibles, plus accessibles, et plus ouverts pour acquérir la légitimité dont nous avons besoin, tant sur le terrain entre professionnels qu'auprès des institutions et des pouvoirs publics ou des experts éventuels.

C'est dans ce but que nous avons fait de notre nouveau site Internet une priorité de ces derniers mois, et nous sommes fiers de vous annoncer sa mise en service : www.sfsante-ado.org (Cf. mode d'emploi ci dessous).

D'autre part, nous tiendrons bientôt notre nouvelle Assemblée Générale qui devra élire un nouveau conseil d'administration. Pour des raisons de temps, elle n'aura pas lieu à Angers le 6 décembre prochain, mais lors de nos journées de printemps le 20 mars 2009 à Paris

La SFSA a besoin de vous. Ce renouvellement du conseil d'administration qui va intervenir en mars prochain doit être l'occasion de dynamiser notre société pour avancer ensemble. Nous comptons sur l'énergie et la motivation des nouveaux candidats et des membres sortants qui souhaitent conserver leur mandat pour rendre ce CA plus opérationnel qu'il ne l'a été jusqu'alors.

Tous les adhérents qui souhaitent se présenter au Conseil d'administration sont priés de se faire connaître par une lettre de candidature par mail à la SFSA, lettre qui sera ré-adressée à tous les membres de la SFSA. Il est rappelé que le vote n'est possible que si l'adhérent est à jour de sa cotisation.

Chaque membre sortant du CA doit faire savoir également s'il souhaite prolonger son mandat ou non.

En espérant avoir le plaisir de vous voir à Angers, puis à Paris,

→ Le bureau sortant :

S. Lemerle-Gruson
Pédiatre
Présidente

F. Cosseron
Pédopsychiatre
Vice-Président

P. Jacquin
Pédiatre
Vice-Président

MP. Archambeaud
Médecin généraliste
Secrétaire Générale

C. Rocaboy
Psychologue
Secrétaire Gale Adjointe

B. Boudailliez
Pédiatre
Trésorier

F. Bléchy
Assistante Sociale
Trésorière Adjointe

→ Mode d'emploi du site de la SFSA

Il conserve la même adresse : <http://sfsante-ado.org>

Pour entrer dans l'espace adhérent, vous devez remplir la totalité du formulaire d'adhésion dans l'espace « adhérer » afin de vous identifier et de créer votre mot de passe personnel. Cette procédure, est un peu contraignante, mais vous n'aurez à la faire que la première fois et cela permettra de vérifier que vos coordonnées sont valides pour notre annuaire. Merci à tous de cet effort, (bien sur, vous n'avez pas besoin de mettre une lettre de motivation puisque vous êtes déjà adhérent, mettez un document fictif).

Vous n'avez pas besoin de vous inscrire à la newsletter, cela se fait automatiquement si vous êtes adhérent. Mais si vous voulez la recevoir à une autre adresse mail, alors remplissez le formulaire d'inscription à la newsletter avec cette deuxième adresse.

Vous pouvez inscrire tous vos contacts à la newsletter.

Facultés de Médecine d'Angers, Poitiers, Tours, Paris V

Diplôme Inter-Universitaire (DIU)

Médecine et Santé de l'Adolescent Année Universitaire 2008-2009

Objectifs

- Approfondir les connaissances sur l'adolescence dans ses multiples aspects (physiologiques, psychologiques, médicaux, éducatifs, sociologiques, ...).
- Approfondir l'étude des interactions entre les domaines somatique, psychopathologique, sociologique et éducatif et leur retentissement réciproque sur l'adolescent.
- Acquérir une aptitude pour les généralistes, médecins scolaires, médecins du sport, pédiatres, psychiatres, et membres des équipes au contact d'adolescents à travailler de façon complémentaire, coordonnée et cohérente.
- Travailler dans une perspective de santé globale de l'adolescent en ouvrant un débat pluridisciplinaire.

Programme

L'enseignement dure deux ans (130 h). La première année comprend 20 journées d'enseignement (10 regroupements mensuels de deux jours consécutifs). Chaque journée se compose de 3 exposés théoriques principaux (1h30 chacun) suivi d'un séminaire clinique (1h30) avec présentation orale et vidéo. La deuxième année est consacrée à la rédaction et à la soutenance du mémoire.

- A. Généralités sur l'adolescence :** historique du concept, approche ethnologique et sociologique, approche psychologique et éducative, crise d'adolescence, crise familiale et crise de société, le droit à l'adolescence...
- B. Les grands problèmes somatiques à l'adolescence :** puberté normale et pathologique, évaluation des modifications symptomatiques des maladies au cours de l'adolescence, maladie chronique (diabète, insuffisance rénale, myopathie, épilepsie, ...), orthopédie et atteinte motrice, pathologie de la croissance pubertaire, traumatologie, conduites à risque, médecine du sport, pathologie émergente à l'adolescence pathologie gynécologique, conduite sexuelle chaotique, grossesse à l'adolescence, dermatologie, etc.
- C. Approche psychiatrique et psychopathologique :** retentissement psychologique des maladies somatiques à cet âge, intégration du corps malade dans l'équilibre psychique de l'adolescent, problèmes spécifiques de psychiatrie à l'adolescence : dépression, tentatives de suicide, pathologie des conduites alimentaires, de sommeil, passages à l'acte, violence et psychopathie, toxicomanie, épisode psychotique aigu, psychose, pathologie liée à la scolarité, etc.
- D. Séminaires cliniques interdisciplinaires :** l'objectif de ces séminaires est d'illustrer par des cas cliniques présentés (présentation orale et au magnétoscope) l'importance d'une approche multidisciplinaire et d'une compréhension globale de l'adolescence.

Conditions d'inscription : D.I.U. réservé aux médecins généralistes, médecins scolaires, médecins du sport, pédiatres, psychiatres et autres spécialistes ; aux membres des équipes pluridisciplinaires des services de pédiatrie et de psychiatrie : psychologues, cadres infirmiers, éducateurs, travailleurs sociaux... ayant une formation universitaire ou cinq années d'exercice professionnel dans ces champs et désireux d'approfondir leur formation initiale.

- Pour toute candidature, une demande motivée de pré-inscription doit être envoyée **AVANT LE 15 SEPTEMBRE 2008**
- Inscription définitive : 13 octobre 2008
- début des enseignements : 15 janvier 2009

Adresse de pré-inscription :

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - CHU - 4 rue Larrey - 49933 Angers Cedex 09

Coût de la formation : Première année :

Inscription individuelle : 1 180 euros - Formation continue : 1 880 euros - Internes DES/DESC : 580 euros

Deuxième année (année mémoire) : 180 euros

Lieu de l'enseignement : Maison des Adolescents de Paris - 14^e arrondissement

Renseignements : Secrétariat du Pr. Ph. Duverger - Tél. 02 41 35 44 42

Directeur de l'Enseignement : Pr. Ph. Duverger

Bureau pédagogique : Prs D. Marcelli, Ph. Jeamment, J.L. Ginies, C. Maurage; B. Boudailliez, M. Rufo, B. Falissard, Drs D. Armengaud, N. Catheline, M. Fillatre, S. Lemerle, J. Malka, G. Picherot, C. Rey.

Adolescents en souffrance - *Parcours de soins*

Ph. DUVERGER, AS CHOCARD, J. MALKA, K. FAURE, A. NINUS

L'adolescence est volontiers perçue à la fois comme fascinante et dérangeante, inquiétante et aléatoire... Parfois imprévisible... En tout cas complexe et souvent difficile. Et pour certains adolescents, les plus fragiles, quelle attention portons-nous ? Quelles réponses offrons-nous ?

Du souci...

Crise d'adolescence ou adolescent en crise ? Adolescent simplement dérangeant ou jeune en souffrance ? Vague à l'âme passager ou dépression grave ?

L'adolescent doute de lui, interroge le monde, éprouve son corps... A sa façon, il nous interroge... Et devant des «symptômes flous», des plaintes indifférenciées, une mise en avant du corps, des comportements dérangeants, certains adolescents font parfois souci... Mais souci de quoi ? A partir de quand faut-il s'inquiéter ?

Quelles sont les préoccupations des différents professionnels ? Et partageons-nous les mêmes soucis ?

Au soin...

Et lorsqu'un soin s'avère nécessaire, quel type de soins mettre en place ? A qui s'adresser ? Et comment ? Quel parcours de soins initier ?

Quand faut-il envisager un soin psychologique ? Psychiatre d'enfants ou psychiatre d'adultes ? Et comment articuler les différents temps du soin ?

Quelle place pour les parents ?

Autant de questions qui reviennent fréquemment dans la pratique quotidienne.

Du souci au soin...

Nous sommes toutes et tous amenés à rencontrer des adolescents qui interrogent notre savoir, mettent en question nos certitudes, interpellent notre bonne volonté... Et le plus souvent, ces adolescents nous imposent de travailler à plusieurs.

Alors, la **cohérence de nos projets** passe par une meilleure connaissance des ressources et réseaux de soins, une reconnaissance mutuelle entre professionnels, des représentations partagées. Et nos projets n'ont de sens que si chacun de nous - infirmières, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, médecins généralistes, médecins scolaires, médecins de P.M.I., pédiatres, psychiatres, juges - a repéré ce qu'il en est des compétences (et des limites) professionnelles de l'autre...

Et la **qualité de nos soins** dépend de la qualité des articulations entre nous. Sinon... Tout le monde écoute... Mais personne ne s'entend !

Cette journée s'adresse à tous ceux, de tous horizons, qui accueillent et accompagnent l'adolescent; ceux qui étayent quelque peu leur projet de vie; ceux qui l'orientent; ceux qui le soignent... L'interdisciplinarité est ici foncièrement de nécessité et fait le projet de cette nouvelle journée.

Adolescents en souffrance Plaidoyer pour une véritable prise en charge

ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE

Depuis ma nomination comme Défenseuse des enfants je suis frappée par le nombre de courriers qui arrivent chaque jour et qui expriment la détresse d'enfants et d'adolescents dans différentes circonstances de leur vie : notamment à l'occasion des ruptures de liens affectifs générés par les séparations familiales, les placements mais également du fait de l'incertitude de leur situation administrative ou de celle de leurs parents. Des adultes m'écrivent également pour me faire part de leurs inquiétudes, de leur isolement et de leur sentiment d'impuissance devant certaines décisions administratives ou judiciaires...

Des médecins, des travailleurs sociaux témoignent de leur côté de situations qui leur paraissent porter atteinte aux droits de l'enfant.

Certains courriers résonnent plus violemment que d'autres...

L'histoire de Baptiste rapportée par une équipe de travailleurs sociaux nous a saisis car elle raconte le désespoir d'un adolescent en crise, sa solitude et le côté implacable des procédures administratives qui ne savent pas toujours faire du sur-mesure pour ce type de jeunes multi-fracturés.

« C'est l'histoire banale d'un adolescent turbulent qui a écumé tous les centres sociaux de la région pour échouer dans un centre éducatif renforcé en attendant sa majorité. Congédié le jour de ses 18 ans (en juin 2005), il se retrouve à la rue sans un euro en poche. Désespéré, livré à lui-même, il agresse un pharmacien pour lui voler sa recette de la journée et deux boîtes de tranquillisants. Ultime appel, face aux urgences du centre hospitalier universitaire, il avale 18 comprimés et l'équivalent d'une bouteille de whisky. Il meurt dans l'indifférence générale ».

L'éducateur qui est contacté le lendemain par les services de police pour identifier Baptiste est effondré devant le corps de cet adolescent, « *mi-ange, mi-démon* », qui avait ce parcours bien connu de trop d'enfants que les circonstances familiales ont amenés à vivre des ruptures répétées de liens affectifs, des placements multiples de foyers en familles d'accueil... puis, de tentatives de suicide en troubles du comportement ou en actes de délinquance, ils rejoignent la cohorte des « *incasables* » que les différentes institutions se renvoient de l'une à l'autre. Leur circuit tourne en boucle : de la pédopsychiatrie où leur comportement est difficile à gérer vers la psychiatrie adulte où ils n'ont pas leur place à côté de patients adultes aux pathologies lourdes... des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques aux foyers de la protection judiciaire de la jeunesse ou en centre éducatif renforcé ou fermé... et puis vient le temps où ils sont majeurs et où les institutions, qui n'ont pas pu ou pas su réparer ces blessures trop profondes, les laissent partir vers leur destin d'adultes...et là, sans ces filets fragiles que la société posait pour amortir les chocs, ils sont perdus et nous disent, comme Baptiste qui l'avait écrit au creux de sa paume gauche, « *demandez-moi pardon* ».

Mais il y a aussi dans des contextes familiaux sans problème majeur, tous ces parents d'adolescents qui nous ont dit que leur enfant semblait aller bien, qu'il avait une scolarité

normale, pas de problèmes particuliers de comportement, qu'il lançait sans doute des petits signaux à peine visibles pour le regard non averti... qu'il fumait un peu de cannabis, peut-être un peu trop... et qu'il a mis fin à ses jours en écrivant simplement « *je n'y arriverai pas* ».

Et tous ces autres parents qui, sentant que leur enfant n'allait pas très bien, ont cherché de l'aide auprès du monde scolaire non formé à ces problématiques, dans des centres médico-psychologiques saturés où on leur a donné des rendez-vous trop lointains ou auprès de psychiatres qui disaient qu'il fallait attendre que le jeune « *ait une demande de soins* »... et puis, un jour, il y a eu un passage à l'acte... irréversible. « *Nous étions des parents abandonnés...* », nous ont-ils confiés.

Ces histoires de vie fulgurantes ont fait écho avec le chiffre élevé en France des tentatives de suicide (environ 40 000 par an) et des décès par suicide d'adolescents et de jeunes adultes (plus de 600 par an).

Face à ces parcours d'adolescents exprimant leur détresse, ces parents broyés par le choc de ces morts prématurées, ces travailleurs sociaux laissés seuls avec des adolescents qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique ou au moins pluridisciplinaire, **nous avons décidé d'interroger le fonctionnement de nos institutions et l'état de nos pratiques professionnelles pour comprendre pourquoi le repérage n'avait pas été fait, pourquoi les institutions n'avaient pas réagi à temps, quelles étaient les difficultés et les manques...**

Durant une année nous avons rencontré dans différents départements, des médecins généralistes, des médecins des urgences, des pédopsychiatres, des enseignants, des infirmières scolaires, des conseillers principaux d'éducation, des principaux de collèges et proviseurs de lycées, des services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, des policiers et des gendarmes, des magistrats de la jeunesse, des équipes de maisons d'adolescents, de points accueil écoute jeunes, de service d'écoute téléphonique... Nous sommes allés également dans un centre éducatif fermé et dans le quartier mineur d'une maison d'arrêt.

Nous avons écouté leurs inquiétudes « *nous voyons de nouvelles formes de souffrances psychiques chez des adolescents de plus en plus jeunes, des scarifications, une alcoolisation jusqu'au coma, des tentatives de suicide...* », nous ont-ils dit. Nous avons aussi entendu leurs interrogations « *que veulent-ils nous dire en se mettant ainsi en danger sous nos yeux ?* ».

Nous avons constaté leurs insuffisances de moyens pour faire face à l'augmentation des demandes (800 postes de psychiatres non pourvus dans les hôpitaux publics, manque d'infirmiers et de médecins scolaires...) ce qui a des conséquences importantes sur le repérage et la prise en charge des adolescents.

Nous avons analysé les manques structurels des institutions qui entraînent une discontinuité dans les prises en charge : centres médico-psychologiques saturés, lits d'hospitalisation à temps complet inexistant dans 16 départements, structures de posthospitalisation complètement insuffisantes...

Nous avons déploré que l'objectif posé en 2004 de créer une Maison des adolescents par département soit bien loin d'être réalisé : 18 maisons seulement sont ouvertes à ce jour ! Les projets nouveaux piétinent alors que c'est « une véritable révolution » qui permet

de mettre en lien toutes les institutions qui interviennent dans la prise en charge d'un jeune et surtout d'être un lieu adapté aux adolescents.

Mais nous avons aussi rencontré des équipes de « *précurseurs* » qui ne baissent pas les bras.

Des services de pédopsychiatrie qui ont inventé de nouvelles méthodes d'approche des adolescents en s'adaptant aux modes de vie des adolescents (horaires, rythmes...) et surtout en allant dans les lieux où se trouvent les jeunes grâce à des « *permanences hors les murs* » au cœur des collèges partenaires ou des équipes mobiles de consultation qui se rendent au domicile de jeunes qui n'en sortent plus (ou dans tout autre lieu) et qui n'iraient pas dans une consultation traditionnelle.

Nous avons été admiratifs de cette équipe de travailleurs sociaux et de familles d'accueil hors du commun qui s'est donné pour mission en lien avec le service de pédopsychiatrie de leur secteur de tenir le coup, 24h/24, face aux adolescents « *incasables* » de leur département afin que ces jeunes qui ont eu un mauvais départ puissent trouver un équilibre de vie sociale.

Nous avons participé à des réunions de travail pluridisciplinaires d'avant-garde et compris qu'il existe des pratiques et des savoirs cumulés qui permettent de porter un regard croisé sur des situations rendues complexes par l'évolution de la société, la spécialisation et le cloisonnement des institutions. Il est indispensable de donner « *un statut* » à ces espaces de travail en réseau pluridisciplinaire des professionnels de chaque département.

De même, il nous faut disposer d'informations épidémiologiques sur les adolescents et soutenir la recherche-action-formation, quasiment inexistante à ce jour et qui permettra d'adapter en permanence les institutions aux problématiques des adolescents et non l'inverse qui a montré ses limites.

Le statut indépendant de la Défenseure des enfants la préserve d'une présentation par trop administrative des problématiques de société qui touchent les jeunes. Sa position de neutralité par rapport aux instances publiques lui permet d'être directement à l'écoute des adolescents qui se sont souvent heurtés à une multiplicité d'interlocuteurs sans réponse adéquate. Ce statut lui permet également de rencontrer en toute liberté professionnels et parents, de comprendre certains dysfonctionnements et ainsi d'élaborer des propositions novatrices à l'adresse des pouvoirs publics.

C'est pourquoi à l'occasion de ce rapport remis au Président de la République et au Parlement, j'é mets le souhait qu'un grand chantier consacré aux « *adolescents en souffrance* » soit ouvert, parce qu'il y va de l'avenir de nos adolescents les plus fragilisés.

Dominique Versini,
Défenseure des enfants

Recommandations pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale de prise en charge des adolescents en souffrance

I Recalibrer le dispositif médical, psychiatrique, social et éducatif sur l'ensemble du territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer (DOM-COM)

- 1) Mettre en place un Plan national pour régler la crise des centres médicopsychologiques (CMP).
 - renforcer considérablement leurs moyens pour réduire les délais d'attente de rendez-vous.
 - mettre en place un fonctionnement adapté aux besoins des adolescents.
- 2) Créer des lits d'hospitalisation à temps complet dans les départements qui en sont dépourvus, nonobstant la référence aux territoires de santé et réserver dans tous les départements des lits de pédopsychiatrie « spécifiques adolescents ».
- 3) Développer dans chaque département des relais diversifiés de post-hospitalisation et notamment :
 - des unités de soins études pour les collégiens et lycéens (besoin prioritaire)
 - des internats scolaires
 - des places en hôpitaux de jour spécifiques adolescents.
- 4) Admettre les adolescents en pédopsychiatrie jusqu'à 18 ans et clarifier les circulaires sur la prise en charge psychiatrique des 16-18 ans.
- 5) Organiser un accueil spécifique pour les adolescents dans les urgences hospitalières.
- 6) Augmenter le nombre de postes de psychiatres mis au concours de l'internat.
- 7) Se donner l'objectif d'une infirmière à temps plein par établissement scolaire et augmenter le nombre de médecins scolaires.

II Améliorer l'information et l'accueil des jeunes et de leurs familles

- 1) Étendre les plages d'accessibilité du numéro national Fil-Santé-Jeunes (0800 235 236) jusqu'à 24h/24 et assurer la gratuité des appels à partir des téléphones mobiles. Développer la notoriété de ce numéro auprès des adolescents : affichage dans les collèges et lycées, les lieux de sport et de loisirs, les transports en commun.
- 2) Conforter le financement des points accueil écoute jeunes (PAEJ) qui constituent un dispositif d'accueil de proximité et harmoniser leurs pratiques professionnelles. Favoriser leur implantation dans les zones rurales.
- 3) Créer un portail grand public rassemblant toutes les informations utiles pour les jeunes et leurs parents. Le rendre accessible de façon très aisée à partir de mots-clés simples et pertinents et actualiser régulièrement tous les liens.

III Aller vers les adolescents en développant des dispositifs innovants : maisons des adolescents, équipes mobiles, permanences hors les murs...

- 1) Concrétiser dans les 3 ans l'objectif d'une Maison des adolescents par département (MDA)
 - Créer un label « Maisons des adolescents » pour garantir la pleine spécificité de leur mission :
 - veiller au libre accès tout venant des adolescents sur des plages horaires correspondant à leur modes de vie (après l'école, en soirée, week-ends, vacances...)
 - promouvoir une information large sur l'existence de la Maison des adolescents dans leurs lieux de vie (école, sports, loisirs, site internet de la ville et site spécifique...)
 - prévoir impérativement un accueil et un accompagnement pour les parents
 - garantir l'accès des MDA à des lits d'hospitalisation spécialement réservés aux adolescents.
 - Faire de la MDA la « tête d'un réseau » réunissant les points accueil écoute jeunes et l'ensemble des professionnels et institutions intervenant dans la vie des jeunes du département. Leur donner les moyens d'animer ce réseau.
 - Créer une fédération des MDA pour donner une pleine dynamique au label, développer des formations, animer des rencontres inter-équipes, et impulser des recherches actions.
- 2) Créer des équipes mobiles pour aller vers les adolescents qui n'ont pas de demande explicite. Promouvoir l'organisation :
 - de permanences « hors les murs » dans les établissements scolaires ou dans tout autre lieu pertinent.
 - d'équipes mobiles de consultation.

IV Systématiser la mise en place de réseaux interdisciplinaires afin de garantir le repérage, l'orientation, la prise en charge et la continuité effective des soins.

- 1) Soutenir la constitution de groupes interdisciplinaires de travail en réseau et d'analyse des pratiques entre les différents professionnels au contact des adolescents.
- 2) Renforcer et multiplier les actions menées en partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé. Conforter la fonction de personne ressource des conseillers principaux d'éducation et des infirmières scolaires.

V Généraliser une formation obligatoire de l'ensemble des professionnels au contact avec les adolescents sur la psychologie de l'adolescent et le repérage des signes d'alerte

- 1) Les personnels de l'Éducation nationale :
 - Former obligatoirement tous les enseignants du secondaire à la psychologie de l'adolescent et au repérage des signes d'alerte - dès l'IUFM -.
 - Élaborer dans tous les établissements scolaires une procédure sur les comportements à tenir et les personnes ressources à alerter devant des situations de souffrance psychique d'adolescents.
- 2) Les médecins
 - Rendre obligatoire la formation des médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires, médecins des urgences... au « Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce : souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent » élaboré, en 2006, par la Fédération française de psychiatrie.

3) Les magistrats

- Rétablir les stages terrain des auditeurs de justice dans les milieux non judiciaires (pédiatrie, pédopsychiatrie, aide sociale à l'enfance, Défenseure des enfants...)
- Rendre obligatoire pour tous les magistrats une formation à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'à la prise en compte de la parole de l'enfant à l'occasion des nominations à des postes de juge aux affaires familiales ou de juge des enfants.

VI Développer la prise en compte et l'accompagnement des parents à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des adolescents

- 1) Mettre en place une ligne nationale d'écoute téléphonique destinée aux parents confrontés à la souffrance psychique de leur enfant (plages horaires adaptées).
- 2) Mieux intégrer les parents dans les différents dispositifs de repérage (éducation nationale notamment), de prise en charge et de suivi (Maisons des adolescents, équipes mobiles, hospitalisations...)

VII Mettre en place une stratégie nationale volontariste de prévention et de lutte contre l'alcoolisation précoce des adolescents et la banalisation du cannabis

- 1) Diminuer l'accessibilité des mineurs aux boissons alcooliques
Notamment :
 - en appliquant strictement les interdictions de vente d'alcool aux mineurs.
 - en interdisant le sponsoring des soirées festives de jeunes par les alcooliers
- 2) Veiller à ce que les textes surtaxant les boissons ciblées jeunes (prémix, alcopops...) ne puissent être contournés.
- 3) Renforcer l'éducation à la prévention :
Notamment : en introduisant la prévention de l'alcool et du cannabis en plus du tabac, dès l'enseignement primaire, incluant une pédagogie active pour apprendre aux enfants à refuser de telles sollicitations.
- 4) Organiser un repérage précoce de l'alcoolisation et de la consommation de cannabis lors de toute consultation médicale (à l'hôpital, à l'école, et en ville).
Former à ce repérage les infirmières et les médecins pour qu'ils orientent les jeunes consommateurs d'alcool ou de cannabis vers une prise en charge spécialisée.

VIII Développer les outils permettant une meilleure connaissance de la souffrance psychique des adolescents

- 1) Financer des recherches-actions-formations associant les chercheurs et les acteurs de terrain afin de permettre une meilleure connaissance des problématiques des adolescents et une adaptation permanente des dispositifs qui leur sont destinés.
- 2) Harmoniser la collecte des épidémiologiques concernant la santé mentale des adolescents.

LA SOUFFRANCE DES ADOLESCENTS, MAIS QUELLE SOUFFRANCE ?

Pr. Philippe JEAMMET
Psychiatre, Psychanalyste
Institut Mutualiste Montsouris
42, boulevard Jourdan. 75014 - PARIS

Notre société met beaucoup en avant la souffrance des adolescents ces dernières années. Bien sûr qu'un certain nombre d'adolescents sont en difficulté, que ces difficultés se traduisent par des comportements destructeurs : conduites auto-destructrices, échec scolaire, toxicomanies diverses, prises de risque inconsidérées, dépression et troubles mentaux proprement dits. Mais cette mise en avant culturelle de la souffrance n'est pas sans ambiguïté ni sans danger. D'abord parce que la majorité des adolescents vont bien et sont même plutôt plus épanouis, plus entreprenants, plus ouverts à l'échange qu'ils n'ont jamais été. Mais surtout ce thème de la souffrance comporte bien des ambiguïtés probablement et m'apparaît avoir par lui-même avoir des effets pathogènes pour les adolescents les plus vulnérables. Il renforce le vécu de passivité qui est déjà en lui-même à l'origine des difficultés de ces adolescents et en même temps il valorise la position de victime comme moyen à la fois de s'opposer aux adultes et de renforcer une forme d'identité négative.

L'adolescence correspond à la réponse de la société à un phénomène physiologique qui a toujours existé, celui de la puberté. La puberté a pour effet d'apporter à l'enfant un corps adulte apte à la procréation qui va l'obliger lui-même, comme son entourage, à modifier fondamentalement la distance relationnelle avec les parents et les rapports de hiérarchisation. La nécessaire prise de distance par rapport aux objets d'attachement joue le rôle de révélateur des ressources personnelles de l'adolescent. En s'autonomisant de la famille, il va devoir faire la preuve de ce qui lui appartient. L'adolescence est ainsi un puissant révélateur de ce dont nous héritons de nos parents, à la fois par la génétique et par l'éducation. Les adolescents, les plus en insécurité interne, les moins en confiance avec eux-mêmes et avec leur entourage, se trouvent inévitablement confrontés à une situation paradoxale qui fait que plus ils auraient besoin de recevoir des adultes la force et la sécurité qui leur manquent, plus ils se sentent exposés passivement au pouvoir de ces adultes. Ils sont pris entre ces deux angoisses fondamentales qui sont la peur de l'abandon, si on s'éloigne d'eux, et la peur de l'intrusion si on se rapproche. Situation propre à l'être humain du fait qu'il est le seul être vivant doté d'une activité réflexive et capable de se voir lui-même, différent des autres. Comme tous les êtres vivants, il a besoin de se nourrir des autres pour se développer, mais en tant qu'être humain et conscient de lui-même il a besoin de se sentir différent des autres et indépendant d'eux. Fausse contradiction, c'est-à-dire véritable paradoxe, mais qui fait violence aux adolescents les plus vulnérables qui ressentent ce besoin des autres, et cette attente à leur égard, comme une soumission et une passivité d'autant plus insupportable qu'elle se sexualise.

Cette confrontation aux attentes, aux désirs contradictoires est vite perçue par l'adolescent comme une perte de maîtrise sur lui-même et une menace sur son territoire et sur son identité.

Menace sur le territoire qui comme pour l'animal conduit à des réponses émotionnelles primaires dont l'intensité et la nature sont à la fois dépendantes du tempérament hérité de l'adolescent et de son histoire relationnelle. Mais le territoire humain n'est pas seulement d'ordre géographique : trop près, trop loin, abandon comme intrusion étant ressenti comme des menaces, mais il est aussi chez l'être humain dans la représentation qu'il a de lui-même et dans celle que les autres ont de lui. C'est l'espace sans limite du narcissisme dont toute atteinte est susceptible de déclencher des réactions d'une violence elle aussi sans limite. Violence d'où peut naître la créativité mais aussi la destructivité, cette créativité du pauvre. Pauvreté de celui qui se perçoit sans valeur, méconnu, humilié, transparent et ne peut se confronter au risque de la créativité qui implique la reconnaissance de l'autre, de son jugement et la menace de la déception et d'une nouvelle altération de son image. La destructivité n'est pas un choix car elle se substitue à une créativité qui apparaît hors d'atteinte. Mais elle est une tentation car elle permet de retrouver une forme de maîtrise et rassure le Moi.

Les troubles mentaux comme les troubles du comportement ne sont pas un choix. Ils s'imposent au sujet et relèvent du registre de la destructivité. Leur point commun, outre leur caractère stéréotypé, c'est l'amputation d'une partie de nos potentialités et l'appauvrissement de l'individu. C'est une contrainte qui s'impose pour des raisons émotionnelles liées à la peur et au sentiment de menace. Les désirs y sont finalement peu impliqués si ce n'est par leur caractère menaçant. Mais en s'imposant au Moi les troubles mentaux permettent à celui-ci de retrouver une forme de maîtrise dont il peut avoir l'illusion qu'à défaut de les avoir choisis ils lui appartiennent. Mon trouble, comme mes émotions, comme mon caractère, c'est à moi. Conviction d'autant plus forte que par ses troubles il se différencie des autres, de ces autres dont il se sent dépendant et les met en échec encore plus que lui-même. A défaut de les avoir choisis il peut toujours les garder et les imposer à ces autres qui se croient les plus forts.

Dans cette perspective, les troubles du comportement comme les troubles psychiatriques apportent toujours une certaine forme de solution au sentiment de menace qui pèse sur ces sujets. Mauvaise solution dans la mesure où elle va amputer le sujet d'une partie de ses potentialités et surtout le priver des échanges nourrissants d'avec les autres qui seuls pourraient lui redonner une confiance en lui. A cette réponse contrainte et non choisie qu'apportent ces conduites destructrices s'oppose le choix d'un contrôle volontaire vers l'échange et la créativité ; mais c'est prendre le risque de la déception. Déception de n'être que ce que l'on est et de mesurer l'écart avec ce que l'on voudrait être. Insister sur la souffrance c'est valoriser la réponse destructrice, en renforcer le caractère identificatoire et méconnaître la réassurance qu'elle apporte et l'anesthésie affective qu'elle procure. Par contre, vouloir aller mieux c'est s'ouvrir à la possibilité de la souffrance, renoncer au moins en partie à la maîtrise qu'apporte la destructivité qui, elle, est toujours possible, alors que la créativité, le succès, le plaisir demeurent toujours aléatoires. Prendre le risque d'aller mieux suppose la motivation. Comment retrouver la motivation à prendre soin de soi sans l'appui du regard des adultes ? Qu'est-ce qui est alors le plus important pour aider ces adolescents : une compassion qui est bien souvent la réponse en miroir de la propre déception des adultes ? Ou le refus des adultes de laisser les adolescents s'abimer et devenir leur propre bourreau et ce parce qu'ils sont convaincus que ce n'est pas un choix et qu'il est injuste, que parce qu'ils sont déçus ces adolescents soient amenés à faire le contraire de ce qu'ils auraient tant aimé faire : réussir leur vie et s'épanouir ?

ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE. Parcours de soins.

Pr. François Garnier
Professeur de Médecine Générale
Faculté de Médecine d'Angers

Besoin de soins ? Ce qui fait souci.....L'identité du médecin généraliste ?

La proposition de Philippe Duverger de participer à la table ronde qui réunit les interlocuteurs naturels des adolescents plus ou moins en difficulté me donne l'opportunité d'exposer ma pratique, les effets du cadre dans lequel je travaille et peut être ce qu'on peut attendre des plus jeunes que moi.

Mon discours vient des trois places que j'occupe : Médecin libéral (par obligation) depuis 26 ans avec une pratique très généraliste allant des gestes techniques, au suivi au long cours en passant par des psychothérapies formalisées sur mes patients habituels. Certaines consultations durent 10 minutes, d'autres 30.

Président du réseau des addictions en Sarthe, véritable réseau de santé, réduction des risques, prévention, à côté du soin et application du principe de territoire.

Responsable du DES de médecine générale à la faculté et donc observateur et acteur de la transformation des MG.

Mon histoire commence donc un soir d'hiver à la Ferté Bernard (10 000 ha) où j'anime avec deux membres du réseau des addictions une réunion destinée à faire un état des lieux et des besoins afin d'organiser l'offre de soins.

Une quarantaine de personnes du social, médico-social, associations, éducation, gendarmerie est venue. Aucun médecin ni généraliste ni hospitalier malgré les efforts de préparation.

Pourtant les besoins sont là, ils sont énoncés par tous, les ados en difficulté sont parfaitement connus, il y a plusieurs lieux d'écoute et nos interlocuteurs nous disent qu'ils ne savent pas ou les adresser. Pas de généraliste identifié et une vacation de pédo psychiatre par semaine.

Pourtant je les connais les MG de La Ferté, ils sont tous maîtres de Stage à la Faculté et même s'ils ont un peu trop de travail je suis sûr qu'ils le font bien.

Alors je vais explorer quelques pistes pour essayer de comprendre ce qui va bien et ce qui ne va pas. A l'inverse de toutes les disciplines médicales, le MG était livré à l'exercice sans pratiquement de formation de 3^e cycle, c'est-à-dire sans la fréquentation des maîtres qui disent implicitement ou explicitement : Tu peux faire ou tu passes la main et auxquels les discours font sans cesse référence.

Le MG s'est donc formé avec son outillage personnel auprès de ses patients, ce qui n'est pas sans risque mais a fabriqué au fil du temps une sémiologie fine, basée sur l'observation de patients qu'il revoit plus ou moins régulièrement, très sensorielle, à côté de la sémiologie médicale commune qui me fait penser à ce que Daniel Stern décrit des consultations avec les bébés et qu'il qualifie d'Expérience.

L'aspect indifférencié des plaintes, spécifique de la discipline si on tient compte de l'étendue des âges, pousse dans le même sens à partir du moment où on a comme objectif que le patient en comprenne le sens et de lui donner de l'autonomie.

Le sociologue Erik Friedson dit que les médecins généralistes travaillent sous la dépendance de leurs patients tandis que les spécialistes travaillent sous celle de leurs confrères. Ensuite le MG ira se nourrir dans les autres disciplines médicales, les sciences humaines et les arts comme tout le monde.

C'est ainsi que le MG voit en consultation des enfants de tous âges et des adolescents. 50% des certificats à 9 mois et 80% des certificats à 2 ans sont faits par les MG.

La plupart d'entre nous connaît bien les items de l'échelle de Brazelton mais à combien a-t-on appris qu'elle sert surtout à observer le lien mère enfant et à démontrer aux parents que leur enfant est unique.

75% des ados consultent un MG dans l'année nous dit Marie Choquet. Ça fait au moins un ado par jour, accompagné de ses parents. Il vient pour un motif somatique dans 75% des cas, administratif ou préventif dans 19% des cas et psychologique dans seulement 6% des cas. Nous savons que la plupart des ados vont bien, 30 à 40% se plaignent de désagrément et 15% va mal. Le MG n'élargit le thème de la consultation qu'une fois sur deux nous dit la thèse de Tiphaine Rouxel en 2005, cela n'est déjà pas si mal. Elle nous dit aussi que les MG ont envie de le faire, qu'ils ne sont pas toujours satisfaits de leur relation avec les ados, je les comprends, cela ne fait pas si longtemps que je les aime. De plus ils sont gênés par les parents.

Depuis 2005 les travaux de Philippe Binder en médecine ambulatoire ont légitimé notre pratique de dépistage et de prise en charge des ados avec les tests du TSTS et du CAFARD. Le référentiel des attitudes de l'HAS a confirmé. Il faut donc une recherche en soins primaires, en médecine ambulatoire pour valider la pratique des généralistes, mais j'avais oublié qu'il manquait les professeurs formés jeunes à cette recherche comme dans les autres disciplines, heureusement qu'il existe quelques mutants.

Heureusement les choses changent et depuis 10 ans les internes de Médecine générale bénéficient d'une formation spécifique sur 3 ans.

Ils savent maintenant à quoi sert l'échelle de Brazelton, ils savent ce que veut dire se construire une nouvelle identité pour une jeune femme après un accouchement, ils savent gérer et utiliser la présence des parents auprès de l'adolescent, ils n'ont plus peur de dépister les adolescents à risque et d'entamer le dialogue avec eux. Ils ont fréquenté pendant leurs études des consultations de psychiatrie et de psychologie et pu commencer à s'identifier à leurs maîtres de stage et ont reçu un enseignement théorique en rapport.

J'ai envie de dire : Essayez les !

Je souhaite terminer cette communication sur le Transfert en médecine générale. Vous pouvez dire qu'il n'y a là rien de spécifique et vous avez raison. Néanmoins avez-vous vu cette vidéo de Dan Stern ou il dit regretter de ne pas avoir demandé à Lebovici avant sa mort si dans ses consultations thérapeutiques dont il avait le secret, c'est la qualité du transfert ou la vitesse de sa pensée qui entraînait la guérison. Je ne me compare pas à Lebovici (nous ne sommes pas de même discipline), mais j'observe en médecine générale une qualité du transfert qui ne s'explique pas par la notoriété mais par le fait que les patients ont le choix de leur médecin et que ce choix est souvent fait par les femmes, parfois aussi par les hommes de manière très réfléchie, je veux dire pas en situation d'urgence, de détresse ou de maladie grave comme c'est parfois le cas ailleurs.

Pr François Garnier
Médecin Généraliste

Besoin de soins Ce qui fait souci : Le point de vue du Pédiatre

Dr. Georges Picherot, Pédiatre - CHU Nantes

Le besoin de soins des adolescents en souffrance mobilise le pédiatre et la structure pédiatrique... Comment articuler les soins sans perdre le fil... Comment maintenir l'objectif du soin : répondre aux besoins de l'adolescent ? Quel est l'objet du souci ?

A qui s'adresse t'on ?

Les adolescents concernés par la prise en charge pédiatrique hospitalière sont le plus souvent *en souffrance ou malades* plus rarement en fragilité isolée (D Gorans) rôle de la prévention mais la particularité de nos soins est peut-être de pouvoir repérer la fragilité qui accompagne la maladie.

On s'adresse à des *adolescents inscrits dans un parcours d'enfant* et non dans un parcours d'adulte.

Quatre *parcours différents « types »* peuvent être analysés : devant une situation d'urgence, face à une maladie grave ou chronique, autour de la maltraitance, devant les situations de souffrance psychiques. Chaque situation impose l'élaboration d'un parcours différent.

Ce qui peut faire souci

Le parcours pédiatrique

Il est en lui-même particulier inscrit dans un *processus de développement* qui va de la naissance à l'âge adulte. Dire des adolescents « *Ce sont des enfants* » peut surprendre mais évite une homogénéisation avec adulte et vieillard régression considérable des soins. Le « *vol d'enfance* » est un risque même dans les soins.

Une difficile adaptation est nécessaire pour inscrire la notion même d'adolescence. Elle s'est développée au sein des parcours pédiatriques français depuis les années 1980 et renforcée dans toutes les unités pédiatriques (avec l'aide de V. Courtecuisse, P. Alvin et... J. Wilkins) le DIU et la SFSA ont été très investies par les équipes pédiatriques.

Il y a une *fin au parcours pédiatrique* et la réflexion autour de la transition, la répartition des soins est essentielle.

Les difficultés des liaisons

Elles sont différentes dans les 4 situations types

La fréquentation des *urgences hospitalières* par les adolescents est importante au-delà des chiffres attendus par leur démographie. Dans 75% des cas ils viennent pour des motifs traumatiques plus rarement pour des motifs médicaux ou psychiatriques. Leur parcours de soins est souvent court encore peu adapté aux préoccupations de santé de l'adolescent répondant plus au critère d'urgence qu'à l'adolescence... L'importance des liaisons médicales mais aussi sociale avant et après l'urgence a été souvent soulignée. Des repères simples de fragilité ou de souffrance pourront permettre d'intégrer l'adolescent dans un parcours de soins adapté : répétition, consommation, violence, dépression, problèmes familiaux, etc.

Pour certains l'arrivée à l'urgence pourra être considéré comme une rupture ou un échec du parcours de soins. (arrêt d'un traitement indispensable, troubles aigus du comportement chez un adolescent en secteur éducatif etc.)

10 % des adolescents sont porteurs de *maladies chroniques* de gravité variable. Les parcours de soins sont différents adaptés aux nécessités de la maladie chronique et parfois à l'adolescence. Les objectifs de l'adaptation sont connues et répondent aux besoins de l'adolescent :

- reprendre avec l'adolescent une information complète sur la maladie ;
- prendre en compte les modifications de l'observance ;
- gérer et anticiper avec l'adolescent les conséquences de l'évolution de la maladie sur la scolarité, la vie affective, l'image du corps, l'estime de soi, sur sa vie ;
- aborder avec l'adolescent les relations entre maladie chronique sexualité et fertilité ;
- aider et accompagner les parents vers une autonomisation raisonnable ;
- organiser avec l'adolescents et ses parents les transitions vers un prise en charge en médecine adulte» (P. Alvin, D. Marcelli)

L'intégration au parcours de l'Éducation Thérapeutique et de l'accompagnement psychologique est essentielle. Le parcours des adolescents malades chroniques est souvent compliqué avec une multitude d'intervenants. Un fil conducteur est nécessaire.

L'accueil d'adolescent victimes de *maltraitance physique ou sexuelle* entre aussi dans un parcours de soins adapté. Il est très significatif d'une double effraction. Le corps est au centre du diagnostic. L'effraction psychologique est importante. L'accueil des adolescents maltraités est d'emblée orientée dans le modèle pédiatrique vers le soin même dans les conditions médico-légales. Les adaptations proposées des structures tiennent compte des spécificités de l'enfant et de l'adolescent. L'accompagnement dans un vrai parcours de soin médico-social est indispensable. L'articulation avec la justice et les services de protection est plus difficile chez l'adolescent que chez l'enfant (vol d'enfance...).

L'accueil des adolescents pour des *motifs psychiatriques ou comportementaux* nécessite aussi une adaptation du parcours. C'est pour les équipes pédiatriques le modèle de l'articulation du parcours avec les équipes de pédopsychiatrie de liaison.

Le parcours pédiatriques de plusieurs affections dites psychiatriques est habituel : tentative de suicide, troubles du comportement etc. L'intégration d'emblée des deux composantes somatique et psychiques paraît indispensable pour des pathologies mixtes : anorexie mentale, obésité grave, troubles somatomorphes. C'est pourtant encore une « originalité pédiatrique ».

Quelques obstacles sont encore difficiles dans ce parcours...

Du côté psychiatrique, il n'est pas évident de réintégrer le corps à part entière dans la démarche de soin, de quitter aussi des structures plus traditionnelles. Le travail avec les pédiatres oblige sans doute à abandonner certains dogmatismes... « L'anorexie mentale est une maladie exclusivement psychiatrique ».

La notion de temps est différente en pédiatrie et en pédopsychiatrie. L'urgence est un mot essentiel en pédiatrie. La réponse est attendue également en urgence pour toutes les formes d'admission. La prise en charge psychiatrique s'adapte difficilement à l'urgence. Le temps différent c'est aussi le temps d'entretien, le temps de dialogue, les temps de synthèses autour des malades indispensables dans ces parcours de soins.

Des parcours d'excellence au choc des cultures...

L'adolescent dans le parcours de soins pédiatriques est confronté à l'excellence... Cela répond répondent à une légitime demande parentale d'une prise en charge maximale et de la bonne compliance des enfants.

Les adolescents peuvent être en décalage dans cette excellence. Les objectifs d'équilibre du diabète par exemple pourront être revus à la baisse. Les traitements seront adaptés. Quelle place laissera t'on à l'autonomie dans un parcours d'un adolescent porteur de mucoviscidose qui demande plusieurs heures de traitement par jour ? Y a t'il des choix possibles ou des alternatives dans les parcours de soins ? Quel est la limite du risque tolérable ?

Notre projection d'excellence risque aussi d'entrer en conflit avec la culture « adolescente » qui... prend des risques ou avec la culture familiale parfois éloignée des préoccupations médicales.

« Rien n'est jamais certain quand on aborde l'adolescence ». L'adaptation, l'anticipation et la cohérence limitent sans doute les « crises du parcours »...

ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE

PARCOURS DE SOINS

vécu de l'infirmière et du médecin scolaire

M. MAZÉ et E. MASSOL ⁽¹⁾

Dans l'Education Nationale, en complément de l'équipe éducative, trois services interviennent auprès des élèves pour les accompagner au cours de leur scolarité :

- Le Service d'Information et d'Orientation,
- Le Service Social en Faveur des Elèves,
- Le Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves.

Ce dernier est composé du service médical et du service infirmier, qui sont deux branches distinctes mais complémentaires. Elles comptent :

- 24 médecins (18 équivalents temps plein),
- 79 infirmières (66 équivalents temps plein).

Dans le Maine-et-Loire, les médecins scolaires ont la charge d'environ 150 000 jeunes scolarisés dans le secteur public et privé, de la grande section maternelle à la terminale, voire aux classes post-bac dans les lycées. Les personnels infirmiers travaillent dans le secteur public uniquement, en étroite collaboration avec le service médical.

Chaque branche est placée sous l'autorité d'une Conseillère Technique responsable du service, infirmière pour l'une, médecin pour l'autre, elles-mêmes sous l'autorité directe de Mme l'Inspectrice d'Académie, Directrice des Services Départementaux de l'Education Nationale.

Les missions de ce service de santé s'inscrivent dans la politique générale de l'Education Nationale qui est de promouvoir la réussite scolaire des élèves et des étudiants.

Nos différentes missions nous amènent plus particulièrement à nous pencher sur les adolescents et leurs souffrances qu'ils expriment dans le cadre scolaire. Par la durée de la fréquentation (parfois jusqu'à 9 heures par jour), l'« école » est un lieu de vie.

Mais comment cette souffrance est-elle mise en évidence ?

A - LE REPERAGE

1 - Par les personnels infirmiers

De son poste d'observation privilégié qu'est l'infirmier, et du fait de la régularité de sa présence,

elle est souvent le premier témoin de cette souffrance qui ne peut se dire avec des mots. Elle s'exprime, pour le plus grand nombre, à travers le corps, de différentes manières :

- « Bobos » à répétition,
- Plaintes itératives,
- Douleurs abdominales, nausées,
- Céphalées,
- Difficultés respiratoires, oppression thoracique, crise d'asthme,
- Crises de spasmophilie,
- Difficultés à suivre un traitement (diabète, épilepsie, asthme)...

Ces signaux sont répétitifs et peuvent entraîner jusqu'à 100 passages annuels à l'infirmier pour un même élève, qui y trouve un refuge à son malaise. Cependant, certains adolescents, conscients de leur difficulté à « être », n'hésitent pas à venir directement demander de l'aide à l'infirmière, sans besoin de prétexte :

- Besoin de parler,
- Tristesse, larmes,
- Inquiétude sur sa scolarité ou ses difficultés de concentration,
- Problèmes familiaux,
- Recours à la consommation de produits,
- Tentatives de suicides dans l'établissement ou tentation de le faire...

2 - Par les enseignants et l'équipe de vie scolaire (surveillants, conseiller principal d'éducation)

Les signaux d'alerte sont de plusieurs ordres :

- Absentéisme (qui est un des critères majeurs de repérage à ce niveau),
- Décrochage ou effondrement scolaire,
- Comportements perturbateurs en cours ou en récréation,
- Comportements inadaptés (affabulation, désorganisation, manque de discernement, incohérence parfois, voire discours délirant, isolement...),
- Inhibition, tristesse (qui sont les moins faciles à repérer puisque ces élèves ne gênent personne),
- Suspicion de consommation de produits (alcool, cannabis...)...

3 - Par le médecin scolaire

Les visites systématiques pour l'orientation sont pour les jeunes souvent la première occasion de rencontrer seul à seul un médecin avec qui faire un bilan global de leur santé. À travers l'intérêt pour leur corps, pour leurs habitudes de vie, pour peu que l'on puisse leur donner du temps, il n'est pas rare qu'ils nous livrent une souffrance tue, ou que nous la percevions :

- Sentiment de vide intérieur,
- Incapacité à se projeter, ou projet inadapté voire invraisemblable,
- Vécu persécutif des autres,
- Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou de réveil)
- Fatigue permanente,
- Perte d'envie,
- Incapacité à se concentrer.

4 - Par les pairs

Souvent les pairs s'alarment des comportements inquiétants de leurs camarades et alertent un

(1) Maryvonne MAZÉ - Infirmière
Elizabeth MASSOL - Médecin
Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves - Département du Maine-et-Loire - Académie de NANTES

adulte de confiance de l'établissement pour :

- Prises de risques (rapports sexuels non protégés, refus des règles de sécurité, alcoolisation et ivresses, prises de substances illicites...),
- Conduites anorexiques (surtout chez les filles),
- Scarifications,
- Idées suicidaires,
- Prise de médicaments hors prescription médicale.

5 - Par les parents

De plus en plus de parents se manifestent dans l'établissement scolaire parce qu'inquiets pour leur enfant, mais impuissants à communiquer avec lui à un âge où il échappe à leur compréhension :

- Repli (sur soi ou sur l'ordinateur),
- Tristesse,
- Agressivité,
- Baisse de l'investissement et des résultats scolaires,
- Perte du contrôle,
- Refus de l'autorité...

B - L'ENTREE DANS LE PARCOURS DE SOIN

Il s'avère que le repérage de ces troubles liés au mal-être est aujourd'hui quelque chose de bien rodé dans les établissements scolaires. Ces notions sont parfaitement intégrées par la communauté éducative, y compris par les personnels Administratifs, Techniques, Ouvriers et de Service. Le plus souvent, l'intervention des personnels de santé, sociaux ou d'orientation sera suffisante pour permettre au jeune en difficulté de se remettre en selle. Les plus grandes difficultés que nous rencontrons sont liées aux enfants qui ont réellement besoin d'entrer dans un parcours de soins spécialisés.

Les difficultés sont alors de plusieurs ordres :

1. Difficultés liées à l'adolescent
2. Difficultés liées aux parents
3. Difficultés liées à l'institution
4. Difficultés personnelles (médecin et infirmière)

1 - Difficultés liées à l'adolescent

Le refus du jeune peut être liée à différentes causes dont la plus fréquente et celle qui nous pose le plus problème est l'absence de demande propre. Le chemin peut être long pour le conduire à reconnaître sa souffrance, l'accepter, accepter la fragilité inhérente à tout être humain, puis pour oser demander l'aide appropriée. Avant son aval, de nombreux freins peuvent le mettre à mal ainsi que la communauté éducative :

- Difficulté à reconnaître que ce qu'il dit à travers son corps est un langage à part entière,
- Dénier de la souffrance psychique : « *ça va aller, ça va passer* »,
- Peur de « *changer* » au travers du soin, peur d'avoir à lâcher ce qu'il est,
- Peur de la maladie mentale, d'être étiqueté comme « *fou* »,
- Peur du regard des autres (famille, camarades, institution), honte,
- Sentiment de trahison familiale en s'autorisant à dire, à avoir sa pensée propre,
- Culpabilité du souci qu'il occasionne aux siens,

- Dévalorisation : « *je ne peux pas y arriver tout seul* »,

- Secret(s) familial (aux) à préserver par peur des conséquences, par loyauté, par protection...

Mais une fois que ce jeune a admis son besoin d'aide, encore faut-il que cela coïncide avec l'acceptation et l'adhésion des parents.

2 - Difficultés liées aux parents

Comment les parents peuvent-ils entendre que leur enfant va mal sans se sentir remis en cause en tant qu'éducateurs et que parents aimants ? Cette difficulté est en lien avec différents facteurs :

- L'incapacité à reconnaître la souffrance (surtout pour l'inhibition) : « *moi j'étais comme ça* », ce qui réactive la loyauté du jeune et son impossibilité à changer en se soignant,
- Résonance avec leur propre histoire, leur propre souffrance, souvent tue. Que risque-t-on de soulever qu'ils ne pourront ou ne sauront pas gérer ?
- Souffrance de voir que leur enfant leur échappe, qu'il a besoin de quelqu'un d'autre qu'eux,
- Culpabilité de se sentir « *mauvais parents* » puisque ne pouvant apporter le TOUT à leur enfant, « *Où a-t-on failli* » ?
- Peur d'être jugé par l'entourage,
- Peur des psychiatres et de la folie,
- Incompréhension culturelle du soin,
- Absence d'adhésion au soin par manque de « *croissance* » dans le soin psychiatrique du fait des retards de « *l'efficacité objective* » : le soin est long et les fruits n'apparaîtront que tardivement,
- Parfois, adhésion d'un seul des parents.

Tous ces freins retardent la prise en charge mais sont souvent des passages obligés avant d'entrevoir une issue positive alors que pour la communauté éducative il y a **URGENCE**. Comment faire comprendre à tous ses acteurs que **le magique n'existe pas, qu'il faut du temps, de la patience et de l'humilité !**

3 - Difficultés liées à l'institution

Il existe en effet une forte demande vis-à-vis du personnel médical attaché à l'établissement. Lorsque la demande est formulée, la réponse doit être immédiate, rapide et miraculeuse : l'adolescent DOIT aller mieux ! Alors que la situation traîne depuis plusieurs mois car les troubles explosifs du comportement sont parfois considérés comme simplement éducatifs, pendant un temps...

Souvent les enseignants, seuls maîtres à bord de leur classe, ont des difficultés à reconnaître leurs limites et vivent ces troubles comme un échec personnel de leur capacité éducative. Ils font alors preuve d'une grande tolérance aux troubles et ne les signalent que lorsqu'ils sont dépassés.

Parfois, ils s'investissent énormément dans le « *sauvetage* » du jeune, souvent parce que le jeune les a choisis. Ils ont du mal alors à admettre qu'ils ne peuvent tout résoudre même si cela les dépasse, ou alors, c'est le jeune qui ne veut pas les lâcher.

Certains encore ont du mal à abandonner l'exigence scolaire et à accepter un certain flottement au profit de la réhabilitation de la santé psychique du jeune.

D'autre part, lorsque l'aide extérieure est en place, le soin risque d'être long et parfois nécessiter des aménagements scolaires qui peuvent être mal compris, donc mal acceptés par certains.

Une formalisation récente de ces aménagements a été mise en place par le biais des Projets d'Accueil Individualisé (P.A.I.), et des Projets Personnalisés de Scolarisation (P.P.S.). Les réunions ont le mérite de faire le lien entre les différents acteurs autour de l'adolescent, de clarifier la situation, de partager au sujet des difficultés, de suivre l'effet des soins, d'entretenir ou de réactiver la motivation du jeune ou de ses parents. Cela permet aussi de calmer l'impatience de l'équipe éducative avec une certaine tolérance des troubles. Encore faut-il que ces projets soient acceptés...

C'est à nous, personnels de santé, de créer des liens entre institution et soignants extérieurs, de faciliter la communication, et d'encourager la temporisation. Notre plus grande difficulté est d'initier ce lien, fructueux si possible, et qui tienne dans la durée. En effet, très souvent nous n'avons pas de retour de l'équipe de soins spécialisés donc peu d'éléments qui nous permettraient de « guider » l'équipe éducative.

4 - Difficultés liées à nos propres limites

Un petit mot auparavant sur la diversité de nos missions qui peut nous disperser et limiter le temps disponible pour ces ados « *mangeurs de temps... et d'énergie* », d'autant plus que dans le secteur privé, le relais par les infirmières n'existe pratiquement pas.

Mais, que nous soyons médecins ou infirmières, nous devons veiller à :

- Ne pas verrouiller l'adolescent dans sa souffrance par un mot maladroit ou une émotion personnelle,
- Ne pas banaliser ou minimiser les faits qu'il évoque au risque de le faire taire pour longtemps et voir s'accroître ses symptômes,
- Ne pas vouloir être rassurant à tout prix (mais qui veut-on rassurer alors ?),
- Ne pas vouloir trouver de solution immédiate, quelle que soit la situation,
- Ne pas céder à la pression du scolaire et de l'éducatif qui veut un résultat immédiat,
- Accepter le temps de la maturation du cheminement vers le soin,
- Accepter nos propres limites qui sont mises à mal par certains jeunes qui « *s'accrochent* » à ce soutien interne, car moins « *risqué* » pour eux qu'une consultation psychiatrique,
- Prendre le temps de l'analyse de la situation en considérant le jeune dans la globalité de son être,
- Relayer les informations les plus directes possible en recueillant les propos de tous les intéressés pour éviter l'écueil des interprétations diverses,
- Respecter le jeune,
- Respecter le secret professionnel.

Cela suppose une capacité à prendre de la distance que certains d'entre nous travaillent dans le cadre d'une démarche personnelle (qui est un gros investissement en temps et en argent). C'est pourquoi nous avons une forte demande d'accompagnement dans ce domaine, au niveau de l'Education Nationale.

Le moment du passage de relais (s'il peut se faire) entre l'infirmière et le médecin dépend du travail de l'équipe, des limites de chacun, de la disponibilité des médecins dans le secondaire, de la gravité de la situation, et de l'utilité d'introduire un tiers supplémentaire.

Mais :

- À quel moment passer la main et à qui ?
- Peut-on et doit-on tout entendre ?
- Comment faire comprendre à ce jeune qui nous fait confiance, que nous ne pouvons plus l'aider efficacement sans lui donner le sentiment d'être abandonné ?

Une fois tous ces obstacles franchis, le parcours de soin « *officiel* » peut être enclenché. L'idée du besoin d'aide a fait son chemin, les contacts sont pris, mais de nouveaux problèmes s'accumulent et vont être un frein.

C - LE PARCOURS DE SOINS ET SES DIFFICULTÉS

1 - Le délai

L'obtention d'un premier rendez-vous avec un spécialiste peut nécessiter plusieurs semaines, voire plusieurs mois dans le secteur public. Ce délai souvent très long peut démobiliser le jeune et sa famille. La notion de temps et d'urgence est particulière chez les adolescents. Il arrive que la seule perspective de cette future consultation, l'attention particulière portée à l'adolescent, désamorce le problème pour un temps, et quand la date arrive, elle est oubliée... jusqu'à la prochaine manifestation des troubles.

Lorsque le jeune est enfin prêt, il attend une prise en charge rapide.

2 - L'éloignement géographique

Dans certains cas, la distance est un frein majeur. Parfois, en campagne, des familles peuvent avoir jusqu'à 80 km à faire pour se rendre et revenir de la consultation, ce qui suppose un congé pour le parent accompagnateur.

3 - Les difficultés financières

Transport, avance de frais si la consultation est en cabinet libéral, sont souvent des mises de fond que la famille ne peut pas faire.

4 - La longueur des soins

Les jeunes ont souvent du mal à s'investir dans la durée. Pour l'adolescent, tout doit aller vite, à plus forte raison lorsqu'il s'agit de son bien-être (il veut tout et tout de suite).

5 - Les problèmes relationnels avec les soignants

L'adolescent a besoin d'une relation d'aide mais aussi de conseils. Il a besoin qu'on lui parle. Il vit très mal le silence du soignant qui fait résonance souvent à son ressenti de vide intérieur et accentue ses angoisses donc ses défenses et sa résistance au soin.

Le retour le plus négatif et le plus fréquent que nous ayons est : « *je ne veux plus y aller, il (elle) ne me dit rien, je n'ai rien à dire, ça ne sert à rien* ». Cette situation peut signer une difficulté du jeune à adhérer au soin, qu'il vit donc comme inutile.

6 - Les parents

Pour eux, la réserve des psychiatres et des équipes est quelque chose de difficile à vivre. Ils sont le plus souvent démunis devant cet enfant qui « *ne va plus* », qu'ils ne comprennent plus, qu'ils ne reconnaissent plus. Quelle que soit la difficulté à étiqueter une difficulté, nous

avons remarqué qu'un diagnostic posé, aussi douloureux soit-il, est un facteur d'acceptation du soin, car rassurant. Ils savent enfin contre quoi lutter. Ce silence est parfois à l'origine du découragement des parents qui ont besoin d'être guidés.

Parfois, ce sont le ou les parents qui vont mal, avec un enfant « *symptôme* » qu'ils n'acceptent pas de voir « *bouger* ».

7 - L'institution scolaire

Certains troubles sont difficilement acceptés ou acceptables dans la vie scolaire : les jeunes en souffrance peuvent mettre « *le feu aux poudres* ». Ils induisent ainsi l'activation de perturbations chez d'autres plus fragiles. Il faut alors moduler le temps scolaire.

Mais il est parfois difficile pour l'équipe éducative de faire le deuil de l'élève pour voir l'enfant dans sa globalité. L'école a des exigences qu'il faut savoir mettre entre parenthèses, pour un temps. D'où l'intérêt des synthèses avec l'équipe qui prend le jeune en charge à l'extérieur pour que chacun à sa façon se sente un peu acteur de l'accompagnement. Cela apaise souvent les esprits.

Elles ont pour effet :

- De créer une meilleure articulation et adaptation des soins autour du jeune,
- D'améliorer la cohérence des actions mises en place,
- D'apporter une réponse aux besoins de l'équipe éducative en matière de repères, de balises et de conseils,
- D'éliminer l'écueil des interprétations personnelles et multiples,
- D'éviter le clivage de l'adolescent en créant du lien entre les différents intervenants, entre les diverses parties de sa vie, les diverses parties de son être peut-être.

MAIS, comment le jeune peut-il ressentir cette cohésion ? Autour ou Contre lui ? Quels effets ont ces rencontres sur lui ? Respecte-t-on son intimité ? Ne peut-il craindre de devenir trop « *transparent* » ? Quel espace de liberté lui laisse-t-on ? Ne peut-il craindre un risque de « *révélation* » ? L'obtention de son accord, de sa participation à ces synthèses suffit-elle à nous donner bonne conscience ? Peut-il ou doit-il tout entendre de ce qui se dit, au risque d'entendre une parole malheureuse ?

CONCLUSION

L'adolescent en souffrance n'a pas fini de nous questionner. Travailler ensemble nous paraît indispensable, la facilitation des liens nous semble primordiale mais il n'est pas toujours aisé de cerner les limites de l'action de chacun : qu'en est-il du médical, du social, de l'éducatif ? N'y a-t-il pas un risque de « *psychiatriser à outrance* » ? Cet adolescent ne souffrirait-il pas souvent du monde dans lequel nous le faisons vivre ?

Quoi qu'il en soit, n'oublions jamais que l'être humain a de la ressource. Appuyons-nous dessus.

Adolescents en souffrance - Parcours de soins Besoin de soin ? Ce qui fait souci...

Perception de l'éducateur - Patrick COTTIN
Directeur de la MDA de Loire-Atlantique

« *Cette jeunesse est pourrie depuis le fond du coeur. Les jeunes sont malfaisants et paresseux. Ils ne seront jamais comme la jeunesse d'autrefois. Ceux d'aujourd'hui ne seront pas capables de maintenir notre culture* ».

Cette citation découverte sur une poterie d'argile dans les ruines de Babylone, montre à quel point la question des jeunes que l'on ne qualifiait pas d'adolescents, n'est pas neuve et qu'elle embarrasse la communauté des adultes depuis la nuit des temps. Socrate évoquait une jeunesse mal élevée, qui se moque de l'autorité et n'a aucune espèce de respect pour les anciens. Un prêtre égyptien (2000 av. J.C.) nous dit : « *Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain, parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible* ».

Avant d'être des adolescents en souffrance, ils nous embarrassent et nous posent en tout temps la question de notre autorité, de notre légitimité à occuper certaines places et ceci « *sans retenue* », de façon bruyante et particulièrement lorsque « *trouver sa place* » est de plus en plus difficile pour un certain nombre d'entre eux.

Il m'est fait invitation aujourd'hui à donner une « *perception de l'éducateur* » de ce que celui-ci peut comprendre du « *besoin de soins ?* » des adolescents et de « *ce qui fait souci...* »

Toute perception étant par essence singulière, elle sera celle d'un éducateur qui a, au fond, depuis fort longtemps abandonné la posture « *étymologique* » d'éducateur. En effet, s'il fut sans doute un temps où éduquer, c'est-à-dire, instruire, former, mais aussi conduire, guider, pouvait être en adéquation avec ce que les jeunes attendaient des adultes autour d'eux (à tout le moins ils y consentaient), il est aujourd'hui admis que les positions d'autorité ne sont plus acceptées d'emblée par ceux à qui elles s'adressent. Comme le souligne François Dubet, dans son livre « *Le déclin de l'institution* », les détenteurs de cette position d'autorité, notamment dans les professions « *du travail sur autrui* », sont confrontées à cette mise en question du « *programme institutionnel* » dont elle était l'expression. Les enseignants, les travailleurs sociaux, les professions médicales, sont ainsi concernés par la mise en question de leur position professionnelle qui n'est plus naturellement reconnue légitime. Cette « *crise de l'autorité* » pose ainsi la nécessité de (re)discuter du sens même de l'autorité (par distinction avec la potestas) où il me semble que celle-ci oblige à prendre en compte, au-delà de la position occupée au regard de l'autre, la qualité de la relation que nous entretenons avec lui.

Au fond, cette préoccupation nous a conduit à la Maison Départementale des Adolescents de Loire-Atlantique a pensé la nomination des travailleurs sociaux qui accueillent les jeunes lors de la première rencontre, non pas éducateur mais accompagnant social. Il s'agissait de régler notre position d'accueil à ce qui nous fait souci aujourd'hui, l'absence de « *consentement* » de l'adolescent à ce que nous lui proposons. Ainsi, nous lui signifions, a minima, ce que nous souhaitons être pour un moment, un compagnon de route pour lui ; posture éminemment

délicate puisqu'elle exprime un désir de partage, au sens étymologique, partage du pain, pour ce qui nous concerne partage du quotidien, de son quotidien, et plus implicitement une attitude de bienveillance, toujours en risque d'être vécue comme insupportable, pris dans l'ambivalence du besoin de l'autre et du refus de l'autre.

Dans un espace de « *prendre soin* » qui articule le soin psychique, l'éducatif et le social, il ne me semble pas d'autre posture possible que celle de l'accompagnement pour prendre en compte le fait qu'un adolescent est un enfant dans sa famille, un élève à l'école, un pair dans son quartier, son village, et aussi parfois un malade. L'attente des jeunes que nous rencontrons, qu'il convient de ne pas qualifier trop rapidement de « *besoin de soins* », et qui ne s'apparente pas non plus à une « *demande* », mais qui les conduit néanmoins à « *pousser la porte* » de la MDA, est à accueillir avec la plus grande des bienveillances, même si ce qui nous fait également soucieux est qu'elle n'est pas d'emblée clairement formulée. Comme le souligne Jean-Marie Petitclerc, au-delà de cette responsabilité d'accueil et de bienveillance, les attentes des jeunes portent sur la rencontre avec des adultes (éducateurs, soignants...) crédibles et cohérents. Avec lui, je crois que nous devons de nous interroger sur les effets néfastes, délétères pour les jeunes aujourd'hui quand les uns ou les autres nous nous discréditons nous-même en ne reconnaissant pas le travail réalisé par nos partenaires par exemple, ou bien par leurs parents ; de même comme le rappelle J.M. Petitclerc quand nous oublions que les violences de certains jeunes sont corrélées à l'incohérence des adultes qui les entourent.

L'accompagnement, qui n'accrédite pas la thèse du parcours de soins, sinon à parler des parcours de soins, et à entendre soins dans son acception la plus large, me paraît permettre le passage d'une position éducative à une clinique éducative ; une offre faite à l'adolescent d'une alliance nouvelle à partir d'une « *approche* » bienveillante, facilitatrice d'une « *accroche* », d'une rencontre, autorisant un « *accompagnement* ». Dans le cadre de la MDA, cet accompagnement d'adolescents en souffrance, portera sur le sens à donner à ses symptômes, sur le souci qu'il rencontre dans sa vie quotidienne avec ces symptômes. Il s'agira de ne pas réduire l'adolescent à ces comportements, de ne pas passer de la copie nulle à l'élève nul, de l'acte délictueux au délinquant, de ne pas confondre l'acte avec l'être.

Cette posture professionnelle, cette clinique éducative est au travail en bien des lieux d'accueil d'adolescents, même si souvent c'est par l'obligation que leur font les jeunes eux-mêmes ; n'oublions pas que nombre de professionnels n'ont pas été ainsi formés et que les attentes politiques, sociales et aussi familiales font peu de place au temps de l'adolescence, à ce moment de passage du rêve de l'enfance au projet de l'âge adulte.

Travaillons donc à construire un monde plus accueillant pour notre jeunesse, plus respectueux de leur diversité et de leur capacité à s'y inscrire, au risque sinon qu'un certain nombre d'entre eux ne fassent leur cette phrase qu'André Malraux aimait à répéter :

« *À quoi bon conquérir la lune, si c'est pour s'y suicider ?* »

Soigner aujourd'hui nécessite de prendre en compte les questions d'identité

La République n'aime pas tous ses enfants et ses adolescents

Marie-Rose MORO ⁽¹⁾

Dans notre époque inquiète de la violence qu'elle suscite en particulier chez les jeunes, l'art de la rencontre est à cultiver². Actuellement, de cette non-reconnaissance de la nécessaire rencontre avec l'autre, naissent régulièrement des idées subites, fausses mais tenaces, pour tenter de rendre compte de notre inquiétude face à cet autre. Ainsi, le débat récent sur le lien entre polygamie et révolte des jeunes dans nos cités... La polygamie responsable de la violence des jeunes dans les banlieues de nos villes³ ! Quel que soit le point de vue, statistique, sociologique, anthropologique ou psychologique, cette proposition est un non-sens. Mon expérience de pédopsychiatre au cœur de ces banlieues, depuis près de vingt ans, m'a appris, d'une part, à me méfier de ce genre de raccourci et, d'autre part, à essayer de comprendre où se situe la vraie question.

Pourquoi un tel dérapage ? Un député a sorti l'idée de son chapeau, un ministre l'a reprise dans une interview... et la rumeur, estampillée « *République Française* », s'est répandue dans tout l'hexagone, beaucoup se sentant libérés du « *politiquement correct* » et autorisés à dire ce que « *chacun penserait tout bas* » : l'autre est archaïque, violent, barbare, machiste, malveillant à l'égard des enfants... et polygame. Examinons les faits.

En France, la polygamie représenterait entre 5 000 et 20 000 familles, selon les estimations : elle est donc peu fréquente. Ces familles vivent cependant dans des conditions très difficiles dans la mesure, notamment, où la seconde femme ne peut être reconnue comme telle par la loi - ce qui en soi est légitime : un pays se dote des lois qui lui semblent nécessaires. Néanmoins, c'est pour faire grandir leurs enfants, tous leurs enfants, même ceux nés de mères différentes, que les hommes font venir leurs épouses afin qu'elles puissent assurer cette fonction. Vue ainsi, la polygamie n'est pas le désordre et le chaos qu'on décrit, elle est un mode d'organisation sociale, affectif et économique qui a sa propre logique protectrice des enfants. Certes, certains hommes

(1) M.R. Moro, Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Paris 5, Chef de service de la Maison des adolescents de Cochin (Maison de Solenn) et au Centre Hospitalier Universitaire Avicenne (Bobigny, France), AP-HP. Site : www.clinique-transculturelle.org

(2) Jacquard, A., (2000) Apprendre l'art de la rencontre, In Bentolila, A. (ed) Les entretiens Nathan. L'école face à la différence (Actes X). Paris, Nathan, p. 43-47.

(3) Pour un développement de cette question, cf. Moro M. R. et coll. (2006) « Les enfants des familles polygames sont aussi des fils et des filles de la République », *L'autre*, 2006, n° 2, p. 5-10.

l'utilisent pour conforter leur pouvoir ; certes, les conditions économiques la rendent difficile à vivre en France, mais elle est une forme d'organisation familiale parmi d'autres : on ne peut la récuser en tant que telle, car elle se révèle efficace quand elle fait partie des modalités des parents et qu'elle est acceptée par les mères. Ce qui est implicite, dans le lien supposé entre polygamie et violences, c'est que la polygamie rendrait plus difficile le développement affectif des enfants. Cette vision s'appuie sur une méconnaissance évidente de l'autre et, finalement, tout autant sur une méconnaissance de soi-même, car comme le disait Ricœur⁴, le plus court chemin de soi à soi, c'est bien l'autre. L'impossibilité, pour certaines familles migrantes, de se regrouper, empêchant des enfants de retrouver leurs mères, peut tout aussi bien engendrer de la souffrance.

Qu'on soit contre la polygamie en France est parfaitement légitime, mais cela ne doit pas pour autant conduire à ériger la polygamie en « bouc émissaire » de tous les maux. Ne vaudrait-il pas mieux, si tel est le combat, appuyer les associations de femmes africaines qui militent pour transformer les manières de faire dans la migration, que ce soit pour le problème de la polygamie ou celui de l'excision, et qui, pourtant, ont tant de mal à obtenir une aide suffisante des pouvoirs publics ? Ce sont ces femmes qu'il faudrait soutenir pour que les manières de vivre se métissent, pour que les liens entre des organisations familiales différentes puissent se faire, pour que la vie des premières générations ne soit pas une humiliation constante au nom de principes moralisateurs et du rejet de l'autre. Or, c'est un fait aussi, l'aide publique apportée à cette cause en France est négligeable et bien inférieure à ce qu'on observe, par exemple, en Angleterre.

Régulièrement, et avec une mauvaise foi évidente, des chiffres aberrants sur ces situations sont avancés, qui permettent à bon compte de stigmatiser les barbares, les archaïques : on croirait retrouver le délire paranoïaque de Jean Raspail dans le « *camp des saints* » sur l'invasion de l'Occident par les barbares dont seule l'écoute de Mozart nous protégerait. La discrimination, la ghettoïsation, le racisme, l'exclusion du lien social et des mécanismes actifs de décision et de représentation, l'échec scolaire massif, le chômage et tous les facteurs de précarité pour ces populations migrantes semblent nettement moins susciter de préoccupation. Vivre dans des conditions indécentes, privé de sa dignité, que ce soit dans une famille monogame ou polygame, semble peu émouvoir. Pourtant, les conséquences d'une telle situation, pour le développement affectif et cognitif des enfants, sont autrement plus graves, car c'est tout le système relationnel de ces enfants qui en est affecté : les relations intrafamiliales d'abord ; les relations avec l'extérieur ensuite. L'investissement de l'école et du savoir, l'estime de soi et de ses parents, la capacité à se projeter dans le futur en sont fortement altérés.

L'analyse des situations des adolescents déferés au Parquet de Bobigny, lors de la première semaine des violences urbaines à l'automne 2005, a montré qu'ils n'avaient pas, le plus souvent, d'antécédents judiciaires. Pour la plupart d'entre eux, au début du mouvement, c'était la première fois qu'ils exprimaient ainsi cette violence : d'habitude, ils la retournaient plutôt contre eux-mêmes. D'ailleurs, leur violence à l'automne s'est exprimée vis-à-vis d'objets familiers, d'amours déçus : voitures de leurs proches ou de leurs voisins ; écoles où ils auraient pu apprendre la vie, la vraie ; dispensaires... C'est au cœur de ce paradoxe qu'il faut rechercher

le sens de leurs actions. Pourquoi ces adolescents en sont-ils venus aux mains plutôt qu'aux mots ? Il nous faut non seulement accepter, mais plus encore soutenir les enfants et leurs familles, notamment les plus vulnérables et, parmi elles, les familles migrantes, pour que chacun trouve une place dans le respect des histoires de tous. Car vouloir effacer les histoires individuelles, au nom de l'intégration, ne pas vouloir reconnaître la nécessité pour les enfants de familles migrantes de se construire une identité métissée dans le respect de l'histoire de leurs familles et, au-delà, de l'histoire des sociétés, a un coût individuel, mais aussi collectif. L'hospitalité moderne présuppose des liens entre ceux qui accueillent et ceux qui arrivent, entre des modèles portés par eux et ceux défendus par nous, elle présuppose une ouverture à la multiplicité, un regard sur les autres empreint de plus de bienveillance et de moins d'idéologie, un regard plus près de la réalité de l'humain sous ses mille et une formes.

Tous les enfants sont vulnérables

Partout, dans tous les pays, en France comme ailleurs, on dit aimer les enfants ; pourtant, trop souvent, on les malmène au nom d'intérêts pensés par des adultes peu soucieux de l'enfance ; ceux qui travaillent avec les enfants de migrants et leurs parents le disent depuis longtemps. Or, tous les enfants sont singuliers ; leurs familles, elles, sont plurielles, et il ne peut qu'en être ainsi pour que ces enfants soient portés par leurs parents : un enfant a besoin de parents, d'une famille, la sienne, pas celle des autres érigée en norme universelle.

Dans toutes les familles, quelles qu'elles soient – familles recomposées, familles polygames, familles monogames, etc. –, l'essentiel réside dans les relations que l'enfant va avoir avec son père, sa mère, mais aussi sa belle-mère, ses « *petites mères* » quand le père a des co-épouses, ses frères et sœurs, ses demi-frères et demi-sœurs, et dans la représentation qu'il se fait de ce dont il a besoin, de ce qui est bon pour lui, des intentions de ses parents et des adultes autour de lui. Tous les modes de vie, plus ou moins atypiques, ne compromettent pas nécessairement le développement psychique des enfants, loin de là. On ne peut pas dire aux parents comment ils doivent être parents, c'est antinomique avec la notion de parentalité qui n'est pas une norme sociale mais un processus psychique. Quant à la parenté, c'est une structure anthropologique et elle non plus ne se décrète pas.

Comme d'habitude, les propos à l'emporte-pièce nous en apprennent plus sur leurs auteurs et leurs fantasmes que sur la réalité des choses. Pourtant, ils ne sont pas sans conséquences politiques comme la surenchère d'annonces publiques sur les politiques d'immigration, par exemple, le laisse entrevoir. Or, loin de ces constructions idéologiques, il est des réalités importantes à considérer pour tous les enfants, car ils deviendront les acteurs de notre société de demain. Parmi celles-ci, l'école est la plus importante.

Il y a peu, j'ai été amené à prendre en charge un enfant redoublant son cours préparatoire.

Le petit était triste, hostile, voire violent, dès que l'on s'intéressait un peu trop à lui ; il avait peur. Makan était le premier enfant de la fratrie à être né en France – ce qui, à nos yeux, en fait le plus vulnérable, car il porte l'effet de la migration sur la famille. La mère était en situation irrégulière du fait de son statut de co-épouse et sa vie en France ne ressemblait pas du tout à de ce qu'elle avait imaginée. Tandis qu'au Mali elle gagnait sa vie en vendant sur les marchés, ici, elle se retrouvait totalement dépendante de son mari. Elle n'avait même pas pu rentrer au pays pour les rituels de deuil après le décès de son père.

(4) Ricœur, P., (1990) *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, p. 193.

C'est dans un tel contexte que s'est effectué l'entrée de Makan à l'école maternelle. Séparé de sa mère, l'enfant qui parlait pourtant bien le soninké s'est enfermé dans le mutisme. Les enseignants ont alors dit à la maman : « *Votre enfant souffre de troubles du langage, il faut arrêter de lui parler votre langue, car vous le coupez des apprentissages d'ici et vous entravez sa réussite...* ». Effrayée, la jeune femme s'est mise à cauchemarder de grands oiseaux qui l'accusaient de faire le malheur de son fils en ne l'aidant pas à grandir dans le monde français. Elle a décidé, du jour au lendemain, de se transformer en mère occidentale : de ne plus lui parler en soninké, de substituer le steak frites à la cuisine traditionnelle, etc. En conséquence de quoi, Makan a connu une double rupture à l'école : il a perdu sa mère et sa maman soninké... et ne s'en est jamais vraiment remis. Amené en consultation, il a fallu reprendre toute cette histoire et tenter de refaire les liens permettant une interaction et une transmission mère-enfant. Une mère ne peut transmettre que ce qu'elle a, elle ne peut renoncer à elle-même. Contraindre cette femme à parler français à son enfant était une ineptie tant sur le plan linguistique que psychologique. Depuis, Makan va beaucoup mieux, mais, du point de vue de sa scolarité, il a perdu trois ans. Un retard quasi irréversible.

Pas plus que notre société n'est assez ouverte, notre système scolaire n'est assez individualisé, que les enfants soient surdoués, migrants, handicapés, ou bien qu'ils soient juste singuliers et vulnérables, ce qui est le cas de tous les enfants. Ceux qui ne parviennent pas à entrer dans une norme d'apprentissage sont considérés en échec trop tôt et mis à l'écart. L'enfant souffre alors doublement. Une fois que l'on a compris les raisons de cette souffrance, on peut la soigner, mais les conséquences de l'exclusion demeurent.

Les chercheurs en sciences de l'éducation ont montré comment les différences sociales et culturelles se transforment en différences scolaires pour les enfants. Il suffit de s'interroger sur quelques points fondamentaux : premièrement, pour un enfant, quel sens cela a-t-il d'aller à l'école ? Deuxièmement, quel sens cela a-t-il de travailler à l'école – ou de ne pas travailler ? Troisièmement, quel sens cela a-t-il de comprendre et d'apprendre à l'école ou ailleurs ? Certains travaux ont révélé une différence significative à ce propos : les élèves en difficulté disent qu'ils écoutent la maîtresse, alors que les élèves en réussite disent qu'ils écoutent la leçon⁵. Va-t-on à l'école pour écouter la maîtresse ou pour, aussi, écouter la leçon ? Cette question m'a laissée perplexe et je l'ai posée dans une étude que j'ai menée à Bobigny sur les enfants de migrants qui réussissent bien scolairement⁶. Il est apparu que ces enfants s'intéressaient à la leçon, mais aussi à celle ou à celui qui l'incarnait. Ce résultat tendrait à suggérer que les enfants de migrants sont dépendants de l'aspect affectif pour apprendre, ce qui augmenterait leur vulnérabilité et leur sensibilité aux caractéristiques relationnelles de l'enseignant. Mais un tel résultat pourrait aussi, sans pour autant diminuer les autres facteurs explicatifs, rendre compte, plus largement, de certaines réussites labiles, des enfants que l'on croyait résistants à la difficulté, voire résilients, se « *cassant* », en effet, brutalement lors d'un changement de classe ou d'enseignant.

(5) Charlot, (2000).

(6) Moro, M. R., (2002/2004) *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris, Hachette Littératures, coll. « Pluriel ».

(7) Sur ces questions, cf. Moro, M. R. (2006) *Passer d'une rive à l'autre, Le Monde de l'Éducation*, « Penser les savoirs du XXI^e siècle », juillet-août 2006, p. 77-79.

Actuellement, il n'y a peu de reconnaissance de ces questions dans l'enseignement⁷. Les choses, au contraire, ont tendance à se rigidifier. Une pédiatre m'a récemment demandé d'intervenir auprès d'une famille tamoule dont le dernier-né, scolarisé en maternelle, souffre d'une forme d'autisme. Les parents ont été « *invités* » à rencontrer l'équipe éducative ; ils ont demandé à être accompagnés de leur grande fille, étudiante en première année de médecine. Les enseignants ont accepté à condition qu'elle soit présente à titre d'observatrice. Dans les faits, l'entretien a porté essentiellement sur le rôle et la place de la jeune fille. À force de poser des conditions, on ne parle pas de ce qui fait souffrir... Ces parents avaient désigné leur fille aînée comme interlocutrice d'un monde qu'ils ne connaissent pas et qui les intimide, et cette fille est contestée ! Résultat : le père ne veut plus retourner à l'école... Les enseignants refusent souvent de recevoir les grands frères en lieu et place des parents, car ils les suspectent de vouloir contrôler un petit frère, une petite sœur, voire une grande sœur. Je ne nie pas qu'il existe des dysfonctionnements, mais faut-il pour autant systématiquement disqualifier l'autre, surtout quand il s'agit de son avenir ?

L'avenir de notre société est, n'en doutons pas, le métissage, des êtres, des idées, des pratiques, des familles...

(7) Sur ces questions, cf. Moro, M. R. (2006) *Passer d'une rive à l'autre, Le Monde de l'Éducation*, « Penser les savoirs du XXI^e siècle », juillet-août 2006, p. 77-79.

L'ADOLESCENT QUI NE DEMANDE RIEN ET L'URGENCE

Dr. Marie-Jeanne GUEDJ

CPOA - Hôpital Sainte Anne - 1, rue de Cabanis - 75674 PARIS cedex 14

On pourrait le définir comme celui qui ne demande aucun soin, car il ne demande rien d'autre. Le problème majeur de l'adolescence pathologique, celle qui se cache derrière l'absence de demande, semble être la question de l'omnipotence, la question de la toute puissance, cette question à l'œuvre dans les troubles du comportement, à l'œuvre aussi dans les pathologies suicidaires, dans les pathologies de claustration, encore en lien avec l'enfance chez les jeunes adolescents.

POSITION DU PROBLEME

1. L'urgence comme typique de l'absence de demande

Le motif d'arrivée aux urgences :

- tentative de suicide 22 %
- troubles du comportement et hétéroagressivité 36 %,
- attaques contre le corps, alcoolisme, toxicomanie, troubles alimentaires 10 %,
- fugues, errance 12 %. (Autres statistiques de QUEBEC).

2. Phénoménologie

Il ne demande rien :

- il ne demande qu'à ses parents : geste ou menace suicidaire, exigences de sortie,
- il n'a besoin de rien,
- il ne demande qu'à l'objet addictif.

Il demande autrement :

- il attend réparation du monde extérieur qu'il interroge par des actes,
- il met en jeu son corps,
- il délègue à d'autres la demande (délégation).

D'autres demandent pour lui :

- famille,
- école,
- police,
- éducateurs.

3. Psychopathologie

La clinique familiale est assez stéréotypée : il s'agit que rien ne change, et ces tempêtes de surface ont toujours en arrière plan une famille accrochée à la petite enfance de l'adolescent. Celle-ci effectue par exemple un sur diagnostic de dépression: elle arrive en disant d'abord qu'elle n'en peut plus, et ensuite que l'adolescent est déprimé. Plusieurs études ont montré

que ce diagnostic était surévalué au niveau familial. On peut imaginer par contre qu'on a là un diagnostic différé : serait-ce un état dépressif de l'enfance passé inaperçu ?

L'absence de demande - verbalisée - s'associe au recours compulsif au corps, par la mise en jeu toxicomaniaque ou autrement addictive, ou par l'acte suicidaire. Le recours à ce corps non présent dans la fantasmagorie sexuelle est présentée comme une dernière revendication d'existence.

D'une façon plus générale, le recours à l'urgence apparaît comme un miroir à l'omnipotence (infantile) à peu près toujours présente (exemple de Luc) :

- absence de séparation,
- absence de verbalisation,
- expressions symptomatiques par le corps (menace suicidaire, crise d'agitation),
- abrasion de la pensée,
- famille fixée à l'enfance (sur diagnostic de dépression dans les troubles des conduites, sorties contre avis médical des épisodes psychotiques aigus).

QUELQUES SITUATIONS TYPIQUES

1. Les jeunes adolescents

La prime adolescence pubertaire se distingue par la violence pulsionnelle qui laisse l'enfant - et souvent les parents -, surpris, débordé, excité. La clinique est très différente de celle de l'adolescence plus tardive, prise dans la socialisation.

La notion, encore peu connue, de 2^e latence à l'adolescence pourtant déjà indiquée par Freud dans une lettre à Fliess, puis Wittels et reprise ensuite par Lebovici puis Green et enfin Gutton, permet de repérer ce passage de la puberté à l'adolescence puis à l'âge adulte, en termes d'âges sûrement, mais surtout à travers les nouveaux modes d'organisation qui se mettent en place. Cette nouvelle période de latence, entre la nouvelle explosion du conflit à la prime adolescence et la réalisation plus ou moins réussie de l'âge adulte, permet l'élaboration de la violence de l'effraction pubertaire. Est-ce un moment-clé de la vulnérabilité, de la thérapeutique, ou rend-elle compte des adolescents peu abordables de cette tranche d'âge ?

TABLEAU ECRIT PAR S. FREUD

I a Jusqu'à 4 ans	I b Jusqu'à 8 ans	A	II Jusqu'à 14 ans	B	III Jusqu'à x. ans
Praeconsc.	Infantile	Refoulement	Prépuberté	Refoulement	Maturité

2. La claustration à l'adolescence

Elle se définit comme un enfermement au domicile familial, d'abord puis presque exclusivement dans la chambre, associé à des aberrations du sommeil et de l'alimentation, qui ne suivent plus le rythme familial. Aujourd'hui s'y ajoute presque toujours l'usage immodéré de l'ordinateur et d'Internet.

Tous trouvent que tout va bien, il faut les laisser tranquilles, ils vont bientôt reprendre une vie scolaire ou sociale mais ce n'est pas le moment. La famille est censée exagérer les troubles auto ou hétéro agressifs.

Quelques remarques :

- père absent physiquement (décédé, vivant ailleurs...)
- plaintes somatiques non étiquetées (maladie, plaintes fonctionnelles, plaintes hypocondriaques)
- diagnostic de troubles dépressifs ou bipolaires, de troubles schizophréniques parfois difficiles à distinguer de troubles délirants persistants (idées délirantes de persécution), phobie, trouble de personnalité du type antisocial, troubles phobiques ou obsessionnels non psychotiques
- on retrouverait assez mal l'entité hikikomori.

3. L'histoire qui empêche de demander

- abus sexuel : Eve nouvelle demande 2 ans plus tard : « *le meilleur remède est le temps qui passe* », à condition de mettre en œuvre le cadre et la réponse lui permettant de passer sans dégâts,
- le frère malade ayant concentré toute l'attention : Nicolas,
- et toutes celles où on ne retrouve pas aisément.

LE DEVELOPPEMENT DE LA REPOSE EN URGENGE

Il tient sur quelques axes :

- accepter toute non demande
- élaborer l'omnipotence (humilité, brièveté, référence)
- instaurer un cadre à son déferlement
- élargir l'entourage en s'appuyant sur les « *flotteurs* »
- obtenir l'impossible séparation entre cet enfant roi et un entourage souvent intrusif
- surseoir la question diagnostique ou accepter un diagnostic provisoire.

Le traitement médicamenteux a son intérêt dans le soulagement de la souffrance, mieux qu'un passage à l'acte qui laisse des traces persistantes dans l'attaque des soutiens narcissiques qu'il représente.

Tout cela sur fond de repérage des discontinuités, des ruptures de prise en charge, qui vont dans le sens des ruptures de l'adolescent.

Table Ronde : Du souci au soin... La place de l'hospitalisation

Véronique Delvenne

Professeur de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Espace Thérapeutique Enfants Adolescents Parents

24, rue Ketels, 1020 Bruxelles
v.delvenne@skynet.be

Université Libre de Bruxelles, Bruxelles

L'hospitalisation spécifique

Trop longtemps décriée au profit des approches strictement ambulatoires, l'hospitalisation spécifique pour adolescents doit être réhabilitée, notamment dans les situations où l'absence de capacité contenante des familles et de l'environnement se conjugue à une pauvreté des ressources internes du jeune. L'hospitalisation psychiatrique d'un adolescent doit toujours être un recours ultime quand plus aucune solution ambulatoire ne peut être proposée et que plus aucun espace thérapeutique autre n'est disponible, c'est-à-dire quand il n'y a plus de contention du cadre extérieur et qu'il ne reste comme possibilité que le cadre institutionnel.

On est alors face à une urgence, une urgence de séparation, de mise à l'abri ; une urgence d'actes, car souvent la violence a envahi la sphère relationnelle ; une urgence de survie face aux comportements suicidaires, autoagressifs ou à risques.

Quand ces jeunes nous arrivent, tous les moyens de défense sont dépassés, les barrières ont cédé, personne ne peut plus souffrir un délai d'attente pour une consultation.

Si l'on considère l'adolescent sous ses différentes facettes on est face à de multiples failles tant dans son fonctionnement psychique débordé par les affects et les émotions favorisant ainsi le passage à l'acte que d'un point de vue familial où le système ne peut plus contenir l'angoisse. L'école est alors souvent en panne comme les services d'aide à la jeunesse.

Ce que l'on nous demande d'abord, c'est contenir la crise.

Ce qui nous importera, ce sera de donner un sens à cette crise.

Tout d'abord apparaissent les questions relatives au contexte de l'hospitalisation de crise. Comment le patient nous arrive-t-il ? Qui l'amène ? Quels sont les symptômes ? Quelle est la souffrance ? Où est la souffrance ? Qu'est-ce le jeune demande, ou ne demande pas ? Qu'est-ce que l'on nous demande et qui demande quoi ? Où en est-il dans son parcours individuel, son autonomisation, son cercle familial, son groupe de pairs, son parcours scolaire ?

Très vite il nous faudra répondre au pourquoi de la crise. Il nous faudra mettre des mots sur ce qui s'est passé, des mots qui souvent ont manqué pour qu'un jeune se retrouve un jour en psychiatrie.

L'espace proposé aux jeunes doit pouvoir contenir les débordements, les amortir, et surtout proposer des lieux pour penser, réfléchir et redonner un sens aux difficultés. Il nous faudra l'aider à réinstaurer un espace psychique, un espace de représentation.

Il faudra aussi rétablir une qualité des relations à l'autre, pouvoir favoriser la restauration d'une meilleure image de soi du patient à travers le cadre, les soins, les échanges et les rencontres diverses.

Le travail s'articulera sur plusieurs axes : symptomatique, intrapsychique, systémique, institutionnel.

Pour reprendre un thème cher à Philippe Jeammet, je dirais que la pluridisciplinarité des équipes est une nécessité. Offrir à l'adolescent le loisir de rencontrer plusieurs praticiens avec des compétences, des âges et des sexes différents, c'est aussi lui permettre de s'appuyer sur chacun d'eux tout en ménageant une distance relationnelle supportable, préservant aussi une capacité de clivage. L'adolescent déposera ainsi une parole, des affects, des désirs, des fantasmes, une histoire voire des actes en chacun d'eux. Cela n'est tenable que si chaque professionnel est conscient de son travail, de celui des autres, de ses limites et de la spécificité de ses tâches.

Mais ceci n'a un sens que face à une cohérence théorique et une unité thérapeutique pour que le travail d'équipe fasse sens et se présente comme un espace transitionnel.

Les axes d'évaluations

1) Axe du diagnostic symptomatique

L'adolescence, en raison de sa mobilité, de son caractère évolutif et de ses manifestations fréquemment bruyantes et dérangeantes est un âge où l'établissement d'un diagnostic psychopathologique ou de personnalité est particulièrement difficile. De plus, un certain nombre de ces diagnostics peuvent impliquer certaines contre-attitudes qui risquent de bloquer l'adolescent dans son processus évolutif ou d'induire des contre-identifications venant le confirmer fallacieusement à posteriori. Toutefois, l'absence de formulation ou de références diagnostiques comporte aussi un risque de subjectivité face à l'absence de repères qui peut compromettre la mise en place d'un projet thérapeutique.

Il est basé, le plus souvent, sur une évaluation des signes et symptômes repris dans des entités cliniques définies comme dans l'ICD-10 et le DSM IV. Toutefois, on connaît l'inadéquation de ces classifications à la clinique infanto juvénile en raison de cette construction catégorielle. L'utilisation de la classification française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (Mises et Jeammet, 1988) permet d'abord un repérage du fonctionnement mental puis une reconnaissance de l'expression symptomatique et enfin une évaluation des éléments du système et du développement en apportant une dimension structurelle ainsi que familiale et constitutionnelle (aspect dimensionnel).

2) Axe du diagnostic du fonctionnement mental

C'est un axe essentiel dans la compréhension de ce qui se passe pour l'adolescent. Ainsi, en terme de diagnostic symptomatique, on retrouve, en situation de crise, près de 30 % de troubles de l'adaptation ou de troubles réactionnels. Cet axe permettra d'évaluer les capacités du jeune à pouvoir s'engager dans une relation psychothérapeutique individuelle alors que ce sont fréquemment des conduites agies qui l'ont amené à l'hôpital.

L'évaluation de la personnalité d'un adolescent est un processus incertain compte tenu des potentialités évolutives persistantes à l'adolescence. Face à des conduites bruyantes ou des troubles du comportement, il importe, d'un point de vue synchronique, d'évaluer en quoi la conduite interfère avec le fonctionnement mental et quelle est la fluidité des processus de pensée dans cette situation de crise. L'adolescent se trouve-t-il dans des phénomènes de répétition signant une difficulté d'élaboration et de représentation ? Ainsi, il existe des situations où le comportement pathologique a pour conséquence une extension progressive du dysfonctionnement psychique comme dans les troubles de dépendance.

Il importe d'évaluer les investissements qui sont préservés, les mécanismes de défense prévalents, la préservation du principe de réalité.

D'un point de vue historique, il importe de voir dans quelle mesure la conduite de l'adolescent apparaît en rupture avec le passé ou au contraire traduit une continuité structurelle avec des difficultés de l'enfance. Ainsi, l'adolescence apparaît comme un véritable révélateur de la qualité des interactions mère-bébé et de la solidité des bases narcissiques.

D'un point de vue synchronique, il convient d'apprécier en quoi la conduite symptomatique entrave le fonctionnement mental. Existe-t-il une part non pathologique de la personnalité ? Quels sont les mécanismes de défense prévalents ? Existe-t-il des investissements non conflictuels préservés ? Ceux-ci permettent-ils encore une adaptation satisfaisante à la réalité extérieure ?

Il importe d'évaluer les possibilités qu'a l'adolescent de reconnaître ses conflits internes et d'évaluer sa capacité à les élaborer. Il est essentiel de tenter de l'intéresser à son monde interne, à son histoire et de lui permettre de s'ouvrir à l'origine intra-psychique de ses difficultés.

Cette évaluation donne une idée du pronostic grâce à l'évaluation de la fluidité ou au contraire de la permanence des conduites à travers le temps et surtout de leur répétition. La répétition d'une conduite signe plus volontiers une psychopathologie débutante car elle traduit la tendance de l'adolescent à ne pas reconnaître en lui les conflits et son incapacité à les élaborer. Il importe de l'encourager à s'intéresser à son monde intérieur, à son histoire, de l'aider à prendre conscience de l'origine intra-psychique de ses difficultés et de lui permettre enfin une symbolisation et une représentation de ses conflits qui pourra se poursuivre dans un processus psychothérapeutique individuel. Souvent lorsqu'un jeune présente des troubles du comportement à répétition et que l'accès à la mentalisation est barré par des passages à l'acte successifs, il sera souvent nécessaire de lui proposer après la sortie de l'unité de crise, un soin institutionnel avec une équipe pluridisciplinaire.

Dans le cadre d'une hospitalisation de crise, nous rencontrons beaucoup d'adolescents avec des difficultés de mentalisation. Cette apparente pauvreté des ressources internes ou ce débordement des capacités de contenance du moi s'est soldée par le passage à l'acte qui les a amenés. C'est pourquoi, pour les amener à une certaine conscience de leur vie psychique, il est souvent nécessaire d'adapter notre cadre et d'utiliser des techniques médiatisées, comme des groupes, des groupes de psychodrame ou des médias de représentation comme la peinture et la terre.

3) Axe du diagnostic du fonctionnement familial

Les adolescents, on le sait, sont extrêmement dépendant de leur environnement. Proposer un traitement psychothérapeutique individuel à un patient qui continue à vivre dans un milieu traumatique et où aux traumatismes internes se superposent des traumatismes externes à répétition, c'est perdre son temps.

Cette évaluation de la famille pourra aussi se faire suivant une approche synchronique ou historique. Du point de vue historique, il est nécessaire de replacer l'adolescent dans son histoire et dans ce que les systémiciens appellent le mythe ou le roman familial. Il convient de resituer la crise dans une inscription transgénérationnelle depuis les grands-parents, les circonstances de la constitution du couple parental, la conception de l'enfant, son développement psychoaffectif ainsi que les relations actuelles dans la famille élargie. Ainsi, les troubles graves chez des adolescents sont souvent le reflet des retours d'histoires non résolues du passé, où les grands-parents occupent fréquemment une place importante et où le narcissisme de l'adolescent reste en prise avec les projections parentales inconscientes.

D'un point de vue synchronique, il importe d'évaluer le type actuel d'interactions entre l'adolescent et ses proches. La crise de l'adolescent peut se faire en écho à une crise parentale ou conjugale de milieu de vie des parents. Son autonomisation peut être entravée par des mécanismes pathologiques appartenant aux parents.

Cette approche est, elle aussi, essentielle au pronostic et au traitement. Si l'environnement de l'adolescent est désorganisé, comme dans les familles chaotiques, c'est un facteur péjoratif pour l'évolution. Quand les limites transgénérationnelles sont floues, cela augmente souvent les conduites dangereuses et les ruptures.

D'un point de vue thérapeutique, il importe d'évaluer les possibilités de ressources relationnelles, c'est-à-dire les capacités de mobilisation de la famille pour aider leur adolescent, par exemple, en acceptant les entretiens proposés. Il faudra alors travailler leurs possibilités à prendre de la distance et à supporter les conflits et les remises en question de leur adolescent, ainsi que leurs capacités à revenir sur leur propre histoire d'adolescent.

Dans le meilleur des cas, l'intervention de crise permettra d'induire des changements dans le fonctionnement familial. Toutefois, comme pour les ressources internes, les ressources externes font souvent défaut lorsqu'un jeune arrive en urgence. Leur histoire familiale est souvent complexe alternant un passé d'excès, de violence, de ruptures.

4) Axe du fonctionnement cognitif et scolaire

L'école fait partie de la vie des adolescents, lieu d'inscription sociale par excellence, elle est aussi directement impliquée quand quelque chose ne va pas pour un jeune. Le désinvestissement scolaire, l'échec ou le décrochage vont souvent de pair avec la souffrance à l'adolescence. Cause ou conséquence, il importe de clarifier le sens des difficultés d'apprentissage.

A nouveau, une perspective historique permet de repérer les adolescents ayant souffert de difficultés d'apprentissage spécifiques, de troubles instrumentaux ou autres. Si les difficultés scolaires sont récentes, elles nous donnent un indice précieux sur le début des troubles souvent concomitantes au trouble psychopathologique.

Par ailleurs, l'école à l'hôpital permet de garder une inscription scolaire et de permettre au jeune de réinvestir le plaisir d'apprendre, source importante d'estime de soi à cet âge.

5) Axe du diagnostic du fonctionnement institutionnel

L'observation du fonctionnement de l'adolescent dans la structure institutionnelle apporte aussi un éclairage sur sa problématique. L'unité joue un rôle de contenant externe, face aux conduites agies, au travers du groupe de soignants, du groupe de pairs mais aussi des «murs» de l'institution. Dans cet espace, le patient va progressivement tenter de mettre des mots, donner un sens à ce qui lui arrive. L'unité fonctionne alors comme un véritable espace transitionnel

au sens de Winnicott avec une fonction pare-excitante face aux objets internes monstrueux, destructeurs mais aussi parfois comme une réplique face à la violence des objets externes. Le travail d'élaboration de l'équipe pendant les temps de synthèse constitue notre espace de représentation, véritable contenant humain pour penser ce qui vient véritablement s'y projeter. Il nous permet de reconnaître les répétitions et les phénomènes de projections sur l'équipe avec l'objectif de permettre une transformation de ces conteneurs destructeurs au travers des activités thérapeutiques et des moments de rencontre.

Ce qui importe, est de permettre, au travers du jeu relationnel entre les patients et les soignants, un changement de scénario. L'espace institutionnel ainsi conçu et utilisé représente une véritable extériorisation de l'espace interne de l'adolescent comme le souligne Ph. Jeammet. Cette évaluation institutionnelle permet aussi d'identifier les jeunes qui nécessitent un environnement institutionnel.

Le travail en atelier

La clinique quotidienne avec les adolescents ne cesse de nous signaler que le langage verbal ne constitue en rien un canal d'élection, contrairement au langage médiatisé et non verbal qui s'inscrit dans la culture et la mouvance adolescente.

Ainsi médiations plastiques (art-thérapies), médiations corporelles (thérapies corporelles) et médiations par le jeu ou le théâtre (psychodrame, drama,..) se conjuguent pleinement dans les soins apportés à l'adolescent.

Dans le langage institutionnel, le mot atelier recouvre une multitude de pratiques allant de l'occupationnel à l'éducatif, au développement personnel, en passant par la thérapeutique.

La plupart de ces adolescents hospitalisés ont vécu dans leur enfance des défaillances psychiques. Les ateliers leur offrent, pour résoudre leurs difficultés, un matériau qui se révèle un support pour penser les pensées, pour panser les blessures.

Dans les débuts de sa prise en charge, l'adolescent nous convie souvent, compte tenu de ses brefs temps d'investissement dans un même atelier, à fonctionner sur le registre de la plurimédiatisation.

L'atelier médiatisé, s'appuyant sur une réalité externe, permet ainsi une expérience sensorielle et émotionnelle, une représentation des émois, une ouverture identitaire dans le cadre d'une relation à l'autre – avec le soignant ou le groupe de pairs. Il est aussi source de plaisir et de réinvestissements dans le jeu relationnel.

En conclusion

Face à un jeune en crise, il importe de suspendre un temps le diagnostic, de ne pas attribuer trop de valeur aux symptômes. Il importe de prendre un temps pour réaliser cette évaluation multiaxiale. Ces différentes approches formant un tout, chacune avec sa spécificité, représentant chacune une des facettes du prisme de la problématique du jeune.

Il importe de replacer cette crise dans une certaine historicité. Le temps de l'hospitalisation représentant une mise à distance, une mise en sens qui permettra de dégager des pistes thérapeutiques allant de la thérapie individuelle, au soin institutionnel en passant par les groupes ou la thérapie familiale.

Elle nous permettra aussi de travailler sur la mobilité ou la malléabilité de l'adolescent et peut-être de son environnement en espérant éviter ainsi une fixation dans la psychopathologie. Nous essayerons aussi, autant que faire se peut, de limiter l'impact de cette première hospitalisation psychiatrique.

DU SOUCI... AU SOIN : LE TEMPS DE L'ALLIANCE

Dr. Véronique LACCOURREYE. Psychiatre

Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents

Pôle Est de pédopsychiatrie du Centre de Santé Mentale angevin.

Dr. Isabelle MONNEAU. Pédopsychiatre. Responsable du pôle Est de pédopsychiatrie du Centre de Santé Mentale angevin.

Nous allons présenter ici la question de l'alliance thérapeutique dans les soins psychiques aux adolescents telle que la conçoit et la met en pratique une équipe pluridisciplinaire dans un lieu spécifiquement dédié aux adolescents, le CASIA ou Centre d'Accueil et Soins Intersectoriel pour Adolescents à ANGERS. Cette équipe s'est constituée depuis trois ans par mutualisation de moyens entre un secteur de pédopsychiatrie et les quatre secteurs de psychiatrie générale correspondant au même territoire géographique.

La notion d'alliance thérapeutique est d'usage courant en psychiatrie et d'une façon générale en médecine. Elle consiste en un engagement mutuel entre le médecin et son patient pour mettre en œuvre de soins dans le but d'obtenir la guérison du malade ou tout au moins le soulagement de sa souffrance. Elle suppose a priori que le patient se reconnaisse comme malade ou souffrant et qu'il donne mission au médecin de mettre en œuvre des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Dans le domaine des soins psychiques aux adolescents, la situation est bien souvent plus complexe :

- D'une part parce que les adolescents les plus fragiles refusent souvent de se percevoir comme ayant besoin de l'aide d'un tiers adulte, une telle reconnaissance étant vécue comme une atteinte insoutenable à leur image, une position contraire à leur besoin de construire leur estime d'eux-mêmes, leur indépendance.
- D'autre part parce que l'adolescent, par son statut juridique de mineur, et par son contexte de vie où il est encore matériellement et affectivement dépendant de ses parents ou de leur substitut, ne s'engage pas seul dans cette alliance thérapeutique qui concerne alors un groupe de personnes, le plus souvent l'adolescent et ses parents, et ce groupe est caractérisé par des relations internes en plein remaniement, souvent conflictuelles, de configuration mouvante. Il est classique que le thérapeute d'adolescents soit sollicité ouvertement ou implicitement pour prendre parti, pour s'identifier plus étroitement aux uns ou aux autres, et les thérapeutes d'adolescents apprennent à déjouer les pièges de la coalition.

Les parents de Noémie, 16 ans, demandent un rendez-vous avec un psychiatre au CASIA sur le conseil de leur médecin traitant. Le jour de la consultation, ils se présentent tous les deux sans leur fille, configuration qui n'est pas fréquente et me surprend tout d'abord d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'une préadolescente. Ils m'expliquent qu'ils sont très inquiets pour leur fille qui est en échec

scolaire complet depuis deux ans après avoir été une bonne élève, qui se montre indisciplinée au lycée au point où elle est sur le point d'être exclue, qui sort beaucoup et s'alcoolise régulièrement dans des soirées entre amis. A la maison, la situation est extrêmement conflictuelle entre Noémie et ses parents, en particulier avec son père et la vie de famille est devenue intenable. A la demande de ses parents, Noémie a déjà consulté un psychologue en libéral mais la démarche est interrompue, Noémie n'en voyant pas la nécessité et ses parents de leur côté la jugeant infructueuse. En effet, selon leurs dires, Noémie aurait réussi grâce à son côté manipulateur, à banaliser ses difficultés auprès de sa thérapeute, auprès de laquelle, ces parents eux n'auraient pu réussir à se faire entendre. S'ils viennent sans elle, c'est pour être certains que leur point de vue sera pris en compte et que le problème ne sera pas minimisé. Ils partagent une profonde inquiétude pour leur fille en partant de points de vue cependant assez différents. Le père de Noémie dont l'une des sœurs souffre de psychose maniaco-dépressive trouve des points de ressemblance chez sa fille et craint une évolution très pathologique. La mère de Noémie de son côté craint plus une marginalisation, une déchéance sociale en raison du désinvestissement scolaire et des alcoolisations. S'ils partagent une vision péjorative de l'avenir de leur fille, ils sont en complet désaccord concernant les moyens à mettre en œuvre pour l'aider. Excédée par le comportement de sa fille et par son agressivité à son égard, la mère de Noémie souhaiterait lui imposer l'internat ce que le père de Noémie juge totalement excessif, et même dangereux en raison de ses troubles qu'il pense liés à un fond dépressif nécessitant leur surveillance.

A l'issue de ce premier entretien, je demande aux parents de Noémie d'avertir leur fille de leur démarche auprès du CMP, de lui communiquer les informations sur le fonctionnement du centre et de revenir avec elle la semaine suivante. La semaine suivante, Noémie se présente à la consultation avec ses parents. Reçue seule dans un premier temps, elle s'attache à me donner l'image d'une jeune fille à l'aise dans ses baskets. Elle m'explique qu'après avoir été une enfant soumise et une élève studieuse elle tente de conquérir sa liberté. Elle redoute cependant d'être envoyée en internat et voudrait que la situation s'arrange avec ses parents. Quant au reste, elle a l'impression de maîtriser la situation et la seule chose qui l'inquiéterait un peu est une réelle difficulté à se concentrer sur ses cours. Lors de ce premier entretien, Noémie présente le caractère qu'elle juge excessivement vieux jeu, tracassier et inquisiteur de ses parents, en particulier de son père comme la source exclusive de ses difficultés. La seule chose qu'elle puisse attendre de la consultation c'est qu'ils puissent changer eux. Quant aux alcoolisations dont elle reconnaît la fréquence, elle ne mesure pas ou dénie le risque d'installation d'une véritable dépendance.

Cette brève vignette clinique met en évidence de façon typique et presque caricaturale l'enjeu des premières rencontres à la fois temps d'évaluation et temps où se noue l'alliance thérapeutique sur des bases favorables à une démarche de soins dans la durée.

En effet dans cette situation il s'agit de prime abord, au delà des discours de chacun, d'avoir une véritable évaluation clinique et diagnostique de la personnalité de Noémie et de la signification de ses symptômes, du sens qu'ils prennent dans la dynamique familiale et trans-générationnelle, des ressources et des résistances de chacun face au processus de changement qui est demandé. D'ailleurs de quel changement s'agit-il ? Le seul point d'accord en effet des trois protagonistes, point sur lequel il s'agit de s'appuyer, c'est bien la nécessité reconnue d'un changement dans les relations familiales. Mais qui doit changer et dans quel sens ? Est-on d'accord sur la nature du changement à obtenir, sur les buts qu'on se donne. Dans cette situation, pour le père de Noémie, il s'agissait de faire appel au psychiatre pour obtenir la guérison d'une pathologie mentale débutante, risquant d'évoluer vers une maladie maniaco-dépressive, comme celle dont

souffrait sa jeune sœur. Il s'agissait aussi de retrouver sa fille d'avant sage et discrète. Noémie de son côté disait traverser une crise d'adolescence banale, tout au plus un peu démonstrative, mais il fallait, pensait-elle, forcer le trait pour se faire comprendre. La mère de Noémie, elle, supportait mal les conflits entre elles. Elle aurait aimé trouver chez sa fille un confidente, établir une complicité féminine, Noémie étant la dernière de la fratrie et la seule fille. Pour Noémie, la recours à un psychiatre était inutile, elle n'était pas malade contrairement à ce que pensait son père, mais finalement un professionnel qui connaît bien les jeunes pouvait peut-être être utile. Je pouvais peut-être convaincre ses parents de lui laisser plus de liberté. Elle attendait de moi que j'abonde dans son sens, que je soutienne ses efforts d'autonomisation, mais que je reste aveugle aussi quant aux aspects d'auto-sabotage d'un certain nombre de ses conduites. L'alliance qu'elle sollicitait ainsi ressemblait bien à un pacte dénégatif tel que le décrit René KAËS dans ses travaux sur les alliances inconscientes dans les groupes.

Il a fallu un certain nombre d'entretiens familiaux pour poser un cadre, pour obtenir de chacun, Noémie et ses parents, que la place du consultant ne soit pas celle d'un auxiliaire de l'un ou de l'autre, d'une allégeance au discours de l'un aux dépens de l'autre. En bref il s'agissait de se décaler dès le départ des tentatives de maîtrise des uns et des autres pour poursuivre effectivement le but proposé, à savoir celui d'un véritable changement. C'est le maintien des entretiens familiaux dans la suite de la prise en charge qui a permis que s'ouvre pour Noémie un espace individuel psychothérapeutique avec un autre thérapeute qui ne soit pas vécu par les parents comme entrant en concurrence avec leur rôle parental.

Cet exemple clinique illustre bien l'utilité dans un certain nombre de situations complexes de soins pour les adolescents d'un dispositif pluriel qui permettent au thérapeute de ne pas être sollicité à toutes les places. En effet bien souvent les conditions d'une psychothérapie individuelle isolée de toute autre forme de prise en charge ne sont par réunies de prime abord avec l'adolescent. Le dispositif institutionnel fournit un arrière plan qui permet dès l'accueil de penser une répartition des rôles. Le plus souvent la prise en charge thérapeutique associera des entretiens familiaux conduits par un thérapeute à un espace d'élaboration individuelle ou groupale conduit par d'autres soignants. Ce dispositif thérapeutique pluriel multifocal permet à la fois de donner une place aux parents dans la prise en charge prenant en compte les aspects concrets de la vie de l'adolescent en même temps que lui sont proposés des espaces individuels ou groupaux plus centrés sur sa problématique personnelle. Ce dispositif pluriel permet de prendre en compte les particularités de la relation thérapeutique avec l'adolescent en lien avec les spécificités du processus d'adolescence. En effet la relation thérapeutique avec les adolescents est souvent marquée par une grande ambivalence, source de fluctuations ou de ruptures. L'investissement de la situation thérapeutique peut être parfois massive au départ avec un transfert idéalisant sur une figure adulte nouvelle, suivie de désinvestissements soudains et tout aussi massifs. Au contraire la crainte de la dépendance peut être telle qu'aucune relation thérapeutique individuelle ne peut se mettre en place de prime abord. L'adolescent se réfugie alors dans l'inertie et la passivité, laissant en quelque sorte ses symptômes parler à sa place.

Pour toutes ses raisons, il nous est apparu fondamental de penser dès l'accueil de l'adolescent un dispositif thérapeutique impliquant plusieurs intervenants, pour prendre en compte au mieux le caractère multi-nodal de l'alliance thérapeutique à l'adolescence incluant l'environnement de l'adolescent, ses parents, parfois son entourage élargi, l'école, les travailleurs sociaux et l'adolescent lui-même dans des espaces différenciés et articulés entre eux.

Coalition, séduction, prestance, croyance magique, projection... autant d'écueils à contourner, pour donner chance à l'**alliance**.

Passer du **souci** au **soin** par l'intermédiaire de l'**alliance**, voilà le **souci** que nous avons au CASIA et nous prenons **soin** de « *bienmener* » notre dispositif pour éviter de « *malmener* » l'**alliance**.

Qu'est ce que le CASIA ? Comment l'avons nous réfléchi ? Quels dispositifs avons-nous pensés pour favoriser la création ou le maintien d'un lien de confiance avec l'adolescent, afin, « *qu'étant ce qu'il est* » et en prenant connaissance, « *il puisse devenir ce qu'il veut* » (tel étant le « *but de l'action thérapeutique* » d'après Evelyne Kestemberg).

Ce qui fait creuser à une mixture qui « *prend* » me semble relever d'un **triptyque** dont nous allons développer les volets : la **construction transversale du CASIA, son dispositif d'accueil, les réponses thérapeutiques proposées**.

La construction transversale du CASIA

Le CASIA est un Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents. C'est un **concept** tout autant qu'un lieu. C'est l'association d'une manière de penser et d'un dispositif matériel. C'est le résultat d'une mutualisation de moyens entre, à l'époque, un secteur de psychiatrie infanto juvénile et quatre secteurs de psychiatrie adulte le recouvrant géodémographiquement pour répondre de façon **spécifique** et **transversale** à la prise en charge des adolescents.

C'est la naissance d'une **culture commune**, travaillée dans un espace partagé entre thérapeutes d'adultes et thérapeutes d'enfants, qui se préoccupe d'un entre deux, ni enfant, ni adulte en **évitant la rupture**, rupture du lien, rupture du soin. La continuité vient ici favoriser l'alliance.

(En pratique, on imagine Laura, jeune adolescente de 16 ans qui se présente au CASIA dans moment de dépersonnalisation dont on ne sait ni la nature ni l'issue, cette situation est finement analysée par une infirmière issue d'un service adulte, maintenant sensibilisée aux problématiques adolescentes, qui peut évoquer, au-delà des représentations imaginaires, une hospitalisation à temps plein dans un autre service adulte que le sien puisqu'elle en partage un prolongement de réalité grâce à une autre infirmière venue de ce secteur. Cette dernière constitue un va et vient métaphorique ou même réel dans le cas d'une hospitalisation, qui a pour résultat de ménager l'alliance).

Le dispositif d'accueil

L'équipe du CASIA a pensé et continue de mettre au travail dans un groupe de réflexion son **dispositif d'accueil** afin de répondre au mieux à la **fragilité de l'accroche** avec l'adolescent.

L'accueil, dans un cadre et avec une finalité définis, offre place et temps à la rencontre d'un adolescent dans son environnement et dans un contexte.

Ainsi le CASIA est un **lieu** facilement accessible, accueillant, relativement neutre, recevant sur des plages horaires larges les adolescents de 12/13 à 18/19 ans et leur famille, avec ou sans rendez vous, qu'ils viennent spontanément ou qu'ils soient adressés, seuls ou accompagnés. Il propose un accueil réactif, généraliste des problèmes adolescents, des problèmes des adolescents, qu'ils soient émergents ou anciens.

L'**adolescent** est reçu dans sa position subjective, place est faite à l'expression externe, symptomatique, qui amène souvent à la rencontre tout autant qu'à son monde interne, affects, émotions, questionnements... Il est reçu dans le respect de sa singularité, valorisé dans sa présence.

Le **cadre** du dispositif est rapidement précisé pour que chacun s'engage en eaux claires ainsi confusion, transactions pathologiques, fausses croyances... sont limitées. L'accueillant se présente, il présente la structure, le déroulé (premier accueil, accueil du consultant) et la finalité, (évaluation, propositions thérapeutiques) de la démarche d'accueil, le principe de confidentialité et enfin la nécessité d'une prise en compte globale de la situation (histoire

qui précède, contexte, milieu de vie) et donc, l'intérêt d'une rencontre avec les parents de l'adolescent et d'un travail de liaison avec les intervenants de sa constellation de vie.

Les **parents** sont rencontrés en présence de l'adolescent. Rarement, en cas de désaccord, cet accueil est différé ou d'implication minimale (courrier) et les motifs de la mise à distance travaillés avec l'adolescent. L'entretien familial est un enjeu important de l'alliance, où le consultant a à assumer « *une position identificatoire complexe, dynamique et dialectique, oscillant entre le vertex de l'adolescent et celui de sa famille* » (Golse). Il a à soutenir le travail de l'adolescent, à tenir compte des interactions familiales, à veiller à n'être annexé par personne. Il peut s'avérer que des contacts avec des **intervenants** extérieurs soient nécessaires (médecin qui adresse, infirmière scolaire, référent éducatif...). L'adolescent en est informé, le sens de la démarche lui est expliqué ainsi que le principe de primauté de son intérêt personnel.

(En pratique, un jeune Victor, 15 ans, vient lors d'une permanence d'accueil, seul, début septembre. Il est reçu en entretien par une infirmière et lui explique, qu'après avoir fait sa rentrée, il n'a pas pu retourner au lycée et qu'il erre dans la rue sans que ses parents soient au courant. Il vient au CASIA sur les conseils d'un ami qui, souffrant d'une phobie scolaire, a pu être rescolarisé après un suivi par l'équipe. Il dit également avoir repris rendez vous avec un psychiatre qu'il a rencontré à la même époque l'an dernier. Il veut des conseils pour pouvoir, comme son ami, retourner au lycée. On voit bien là l'intérêt d'une analyse de la situation dans son ensemble par un contact des parents et du psychiatre déjà connu malgré le souhait de Victor de faire cavalier seul. L'infirmière demandera à Victor; lui en expliquant l'intérêt, de prévenir ses parents le soir même, ce qu'il fera. Ceux-ci seront reçus dès le lendemain et, avec l'accord de tous, le psychiatre sera contacté. Rapidement, après une répartition des espaces d'écoute (entretiens familiaux d'une part et colloque individuel d'une autre), Victor sera rescolarisé.)

Un travail de réflexion de la **fonction accueil** l'a déclinée dans son détail.

Un **premier accueil** réalisé par un infirmier vise à raccourcir le délai de premier contact avec le CMP, il raccourcit également le délai de rendez vous avec les autres professionnels et permet de déterminer l'urgence. Il s'agit d'une première analyse de la situation, restituée en réunion d'orientation et qui propose une préindication thérapeutique. Un deuxième niveau d'évaluation est ensuite proposé par un **consultant** (psychiatre ou psychologue) qui aboutit à une proposition thérapeutique.

L'accueil de première intention est réalisé à l'aide d'un **support d'observation**, élaboré en équipe et qui a pour avantage d'avoir aidé à la constitution d'une culture commune dans cet équipage composite. Il aide à la structuration des entretiens et en facilite la restitution. Il s'articule entre une partie administrative et une partie clinique organisée autour de la **trame** « *qui ?* » (qui vient, qui adresse, qui souffre ?), « *quoi ?* » (quels sont les motifs déclinés par les uns et les autres ?), « *pourquoi ?* » (quelles sont les attentes des uns et des autres, pour et contre qui ?). Cette analyse dynamique passe et/ou s'accompagne d'une **exploration synchronique et diachronique** de la situation (ATCD, famille, scolarité, champs d'investissement, conduites à risque, parcours socio éducatif, éléments somatiques, symptômes). Ce guide d'entretien contient de surcroît un encadré chronologique qui permet la **traçabilité** de la demande. Ainsi il est possible d'évaluer les délais et taux de décrochage du circuit afin de l'améliorer si nécessaire.

Les réponses thérapeutiques proposées

Pour finir, les modalités de **réponses thérapeutiques** s'intéressent aussi à favoriser l'alliance. Tenant compte des mouvements psychiques particuliers de cet âge qui rendent difficile l'accroche, le CASIA déploie plusieurs modes de soins dont l'**accueil de groupe, médiatisé**, de jour ou en soirée, plus propice à l'expression, moins menaçant au plan narcissique. De même la pluralité de l'équipe permet un transfert diffracté, une **alliance avec l'institution**

plutôt qu'avec « *un* » qui détient « *tout* » et rappelle par son pouvoir la fragilité du sujet. Un **travail de liaisons institutionnel** permet de rendre ce dispositif opérant en servant de focale aux clivages, détoxifiant les conflits d'équipe et élaborant collectivement le matériel disséminé. Noémie, Laura, Victor, ou comment ces rencontres nous permettent de créer l'enveloppe la plus ajustée pour que l'alliance se noue et que du souci partant nous arrivions au soin.

Des soucis partagés...

Dr. Véronique DEGRANGES. Pédopsychiatre. Fédération Adolescents Pôle Ouest de pédopsychiatrie du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME).
Dr. Martine CHARLERY. Pédopsychiatre. Chef de Service. Fédération Adolescents - Pôle Ouest de pédopsychiatrie du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME).

Il était une fois un jeune garçon de 14 ans qui vivait avec sa mère, son beau-père, son demi-frère, sa soeur, son demi-frère, la fille de son beau-père, dans un minuscule appartement. De son père, il n'avait plus eu de nouvelles depuis longtemps. Ses parents s'étaient séparés alors qu'il avait 4 ans probablement de façon violente. Les week-ends de garde se passaient mal, et sa grande soeur avait demandé à ne plus aller chez son papa. Lui, petit, avait suivi sa soeur. Depuis, il n'avait plus de nouvelles de son papa, il était comme disparu, sans adresse ni téléphone.

Il était une fois un jeune garçon qui avait décidé au milieu de l'hiver 2006 de ne plus manger du tout. Il perdait du poids à vu d'œil, se ralentissait, se fatiguait, s'isolait, le regard des autres l'inquiétait. Dans le minuscule appartement personne ne s'inquiétait, jusqu'au jour où il dû être hospitalisé après un malaise.

Il était une fois une première hospitalisation d'une semaine en juin 2006 dans le service de pédiatrie du CHU, un des pédopsychiatre dit « *de liaison* » travaillant dans ce service rencontra le jeune garçon. A leur deuxième rencontre quelques semaines plus tard au décours d'une deuxième hospitalisation de quelques jours également fin août), le pédopsychiatre de liaison décida en accord avec la mère de demander à l'équipe de pédopsychiatrie de leur secteur de venir faire connaissance avec le jeune garçon et sa maman, afin de réfléchir sur les propositions de soin possibles au sein du secteur.

Il était une fois une infirmière et un pédopsychiatre de secteur qui vinrent à la rencontre de ce jeune garçon et de sa maman (en août 2006) dans le service de pédiatrie.

Au moment de la première hospitalisation du mois de juin, il avait pu avoir des nouvelles de son papa. Comment cela a été possible ? On ne sait pas trop, le pédiatre avait souhaité rencontrer le papa et la maman. Il avait pu le voir et d'ailleurs le jeune garçon avait pu passer une semaine de vacances pendant l'été chez son père, sa belle-mère et son autre demi-frère. Cela ne sera jamais plus possible et malgré quelques appels téléphoniques, le jeune garçon ne pourra plus avoir de nouvelles, les numéros de téléphone se perdront de nouveaux. Son père lui proposera deux fois de le reprendre au décours de vacances, et ses promesses ne se concrétiseront jamais, sans raisons particulières.

Il était une fois un jeune garçon, maigre, frêle, fragile dans le regard des autres. Mais pas pour lui, sa poignée de main écrasante et douloureuse venait contredire musculairement sa faiblesse présumée.

Il était une fois une première rencontre hors de l'hôpital au centre médico-psychologique, le CMP (début septembre 2006). Le jeune garçon est seul, sa mère a autre chose à faire, elle doit s'occuper de son dernier fils, nous dit-il.

Il était une fois le moment de se dire au revoir, de se séparer jusqu'à la prochaine fois. Le regard déjà comme aimanté tout au long de l'entretien est rejoint par son corps. Au moment de la poignée de main, nous nous retrouvons comme collés, marchant côte à côte, lentement dans le couloir qui nous amène à la sortie.

Cela pourrait être le début de l'histoire d'un garçon qui ne pouvait se séparer sans s'effondrer.

Cela pourrait être le début de l'histoire d'un garçon qui ne savait pas lier les émotions, les affects avec les mots. Ils n'étaient pas liés, mais gelés, contenus, dévitalisés.

Cela pourrait être le début de l'histoire d'un garçon que ne savait pas être en lien avec les autres, sauf sur le mode de l'aimant, collé non vibrant, ou repoussé très loin, sans possibilité de retour, les deux pôles se repoussants, sans pouvoir se rejoindre de nouveau.

La suite de l'histoire qui se déroule depuis maintenant 2 ans et demi pourrait être l'histoire d'une désaimantation, de la création autrement dit d'un espace transitionnel, en place d'un champs magnétique, au travers des différentes articulations et leurs diverses tonalités. Ce travail de différenciation passe par le « *nous et les autres* » au travers de nos articulations en tant qu'objets transitionnels, « *moi/non moi* », avant que de pouvoir être intériorisé par lui.

Au moment où nous le rencontrons, l'aimantation et son corollaire d'immobilité quasi minérale et d'immuabilité fonctionne à plein.

Après deux hospitalisations courtes, une hospitalisation plus longue en pédiatrie est décidée en concertation avec le médecin généraliste, le pédiatre, les pédopsychiatres de secteur et de liaison, la maman et le jeune garçon. Elle se déroulera d'octobre à janvier 2007.

Les 3 équipes, celle de pédiatrie, celle de pédopsychiatrie de liaison et celle de pédopsychiatrie de secteur « *s'articulent* ».

L'équipe soignante de pédiatrie prend en charge au quotidien le jeune garçon, autour de soins somatiques (gavage), avec un contrat de poids.

Celle de pédopsychiatrie de liaison travaille avec l'équipe de pédiatrie, rencontre la mère et le beau-père, le père, et rencontre régulièrement le jeune garçon.

Celle de la pédopsychiatrie de secteur continue de porter le lien crée quelques semaines auparavant, les ateliers à médiations thérapeutiques (peinture, écriture) sont maintenus, des transports sont organisés entre le service de pédiatrie et le CMP.

Le jeune garçon s'installe dans le service de pédiatrie, comme s'il était chez lui. Il déplace les meubles, colle des photos de famille sur le mur dès le premier jour. Il reproduira la même séquence à chaque hospitalisation et cela deviendra un sujet de discussion vive entre les soignants de pédopsychiatrie lors de son hospitalisation.

L'évolution semble favorable, il est dans le lien tant avec les soignants de pédiatrie que les autres jeunes, il sourit, il a de l'humour. Mais au moment où la sortie se profile, le poids de contrat étant atteint, nous sommes à la période de Noël, il va moins bien, se brûle la peau par un grattage consciencieux et laborieux, il ne veut plus sortir, il reperd du poids.

Ces moments de bascule se reproduiront souvent dans les premiers mois de la prise en charge, perte de poids massive alors qu'il attend des nouvelles de son père qui ne viennent pas (au moment des vacances de février 2007), hématome sur le ventre après des coups qu'il se porte au moment des vacances d'été 2007 (absence du pédopsychiatre référent, du pédiatre, de la diététicienne).

A sa sortie d'hospitalisation de pédiatrie, en janvier 2007, le service de pédopsychiatrie de secteur poursuit la prise en charge ambulatoire, avec l'ajout de 2 nuits d'hospitalisation par semaine associées aux ateliers à médiation thérapeutique (écriture, peinture). Mais le jeune garçon perd à nouveau du poids, très rapidement, il se déscolarise (trop fatigué). Le risque vital est engagé, son cœur bat vraiment trop lentement. L'hospitalisation en pédiatrie redevient indispensable (fin février 2007), le gavage est immédiat et hypercalorique.

L'articulation entre nous s'échauffe, ça se « frictionne » : « *Il a besoin d'une hospitalisation longue, mais pas chez nous (au CHU)* », nous pourrions l'entendre « *il a besoin de s'aimer mais nous nous ne pouvons plus, une fois suffit* ».

L'équipe de pédopsychiatrie de secteur n'est pas d'accord, nous nous sentons attaqués, nous n'avons pas été suffisamment efficaces, nous avons le sentiment que le jeune garçon est repoussé.

J'ai la crainte qu'une hospitalisation longue en pédopsychiatrie (elle ne pourra vraisemblablement pas être courte) l'aimante à jamais à nous, à la folie.

Je souhaite en rester sur le séquentiel, mettre d'emblée de la discontinuité, créer de toute pièce l'espace transitionnel dans les allers/retour entre le service de soins et la maison, par crainte que cet espace ne puisse peut-être pas se déployer autrement.

Mais c'est trop tôt, il faut en passer par ce moment d'aimantation, nous n'avons pas le choix, nous devons l'éprouver, le supporter, le transformer.

Enfin, « *ça se frictionne* » autour du jeune garçon, alors que son gel pouvait diffuser même dans nos relations. Nous ne sommes pas d'accord, nous échangeons vivement, nous conflictualisons.

Après une 4^e hospitalisation de plusieurs semaines en pédiatrie le relais se fait, il est hospitalisé à temps complet dans le service de pédopsychiatrie de secteur (avril 2007). Il est comme gelé, les mouvements sont lents, les mots rares, les émotions ne sont pas exprimées, si ce n'est un semblant de colère face à la contrainte.

Et d'ailleurs la question de la contrainte se pose autour des repas, faut-il ou pas le contraindre à manger ? Jusqu'ici la sonde qu'il n'enlevait pas, semblait court-circuiter cette question, le liquide de gavage passait la nuit alors qu'il dormait, et il se réveillait le matin, il pouvait passer toute la journée sans manger.

Il perd de nouveau très rapidement du poids en début d'hospitalisation. La diététicienne (autre espace d'articulation créée, elle, lui, le pédiatre et nous) pose un cadre : le plateau repas est fait de plusieurs barquettes qui sont les limites extériorisées, fixes, de ce qu'il doit mettre à l'intérieur de lui. Lui seul, ne peut avoir aucune représentation de ce dont il a besoin.

Ce cadre posé, il le tiendra, se fâchera, mais ne la manipulera pas (ou si peu). Malgré sa réalimentation, son poids ne varie pas d'un gramme (la force de l'immuabilité), les infirmiers sont très inquiets, ils éprouvent des angoisses de mort, le réveille la nuit pour lui prendre ses constantes (vérifier qu'il est toujours vivant).

Les consultations hebdomadaires avec le pédiatre mises en place dès son transfert de pédiatrie ont permis aux infirmiers de transformer petit à petit ces angoisses de mort, véritables projections.

Les journées sont ritualisées, nécessairement, nous sommes toujours dans le trop, la fatigue le submerge, il ne souhaite que dormir, dormir, dormir..., cela se poursuivra même après une reprise de poids conséquente.

Les mois passent, les vacances d'été 2007 arrivent, il est toujours en hospitalisation complète. « *Il ne va quand même pas passer ses vacances à l'hôpital* » dit l'équipe.

Nous essayons de mettre en place un espace extérieur, centre de loisirs. Et là, nous prenons la mesure que le sentiment d'immobilité toujours aussi vivace, nous le ressentons encore plus auprès de la maman. Les démarches n'aboutissent pas, cela rate, cela tombe de sa tête.

Nous éprouvons des vécus de lâchage, d'abandon, de manque de consistance, qui nous surprennent à chaque fois, puisque le discours explicite de la maman n'est pas celui-là. Nous nous retrouvons mis à la place de la maman, place laissée vacante de façon inconsciente, et en même temps nous devons porter la parole du jeune garçon vers sa mère. Il nous faut penser à lui faire penser, il nous faut penser à vérifier que cela tient, l'inscription à l'école, les courses pour les fournitures scolaires, la carte de bus.

Est-ce que le jeune garçon ne bougeait plus pour ne pas tomber de la tête de sa mère ?

Plus il va pouvoir investir pour lui les espaces extérieurs à l'hôpital, le karaté, l'école, ses trajets seul en bus..., et plus l'absence psychique de sa mère se fera flagrante.

Nous l'éprouvons, il peut enfin la nommer, il peut se plaindre de ses oublis, de l'absence de préoccupation.

L'année 2007-2008 se déroule, le mouvement est en marche, la rentrée scolaire a lieu (après une année complète de déscolarisation (2006-2007)). Les rencontres avec les partenaires pédagogiques (médecin scolaire, infirmière scolaire, directrice, professeur principal), en présence de la maman (quelques réunions n'ont pas pu avoir lieu, la maman avait oublié la date), se font en lien avec une enseignante spécialisée du service et permettent la construction d'un projet d'accueil individualisé (PAI). A terme, le jeune garçon passera son brevet des collèges et envisagera une orientation scolaire.

Les temps d'hospitalisation complète diminuent progressivement, les conflits sont encore très peu verbalisés et il est toujours très inquiet des conséquences de ses accès de colères qui émergent.

Le moment de bascule se produit en mai 2008, 14 mois après le début de son hospitalisation complète.

Il arrive un week-end, avec sa trousse de toilette dans le service, demande à rester hospitalisé et refuse de retourner chez lui.

Lors de la consultation le mettant en présence de sa mère et de son beau-père (non prévue, sinon le jeune garçon ne serait pas venu), il exprime devant nous pour la première fois sa haine, son désir de mort à travers des menaces de mort à l'encontre de son beau-père. C'est enfin possible parce que nous sommes là, nous pouvons l'écouter, lui permettre de le dire sans que cela se produise, le protéger des réactions de son beau-père, qui nous l'éprouvons, pourraient être en miroir. Les mots tant retenus à l'encontre des pères, des hommes (quitte à en mourir), émergent enfin.

Devenir un homme est-ce devenir violent ?

A partir de cette consultation, nous avons demandé en accord avec la famille et le jeune garçon à l'aide sociale à l'enfance un accueil provisoire dans un lieu de vie.

La séparation peut enfin s'envisager, se penser, exister entre lui et sa mère, mais également entre lui et nous. Nous avons une place encore très « collée », le soin, le lieu de vie (sa chambre remplie de toutes ses affaires, sans plus rien chez lui), l'espace entre lui et sa mère.

La fonction tierce de l'aide sociale à l'enfance vient nous séparer, sans nous faire disparaître. Une nouvelle articulation se dessine dans le champ social.

Nous avons vu cette question de la séparation se dérouler dans les différents espaces :

Au sein de la consultation pédiatrique qui se poursuivait depuis plus d'un an, avec un relais vers le médecin généraliste.

Avec la diététicienne et ses barquettes, où l'équipe un jour observe que le besoin n'existe plus, la ritualisation a disparu.

Au sein du secteur de pédopsychiatrie :

Le temps passe et le jeune garçon a eu 16 ans en janvier, la question du relais avec le secteur de psychiatrie adulte devrait pouvoir commencer à s'envisager, cela n'a pu se faire. L'équipe est partagée, une partie et moi-même pensons qu'il est trop tôt, ce n'est pas le moment. Nous le vivons comme une répétition d'abandon, un lâchage.

Ce n'est qu'au moment où il est de nouveau hospitalisé à temps complet dans ce moment de bascule, que l'équipe soignante dit « ça suffit » elle s'oppose plus à lui, il n'est plus si fragile que ça, il doit pouvoir faire comme les autres adolescents, prendre un bus tôt le matin pour aller à l'école, aller en stage pour son orientation. Les dernières résistances portées par le reste de l'équipe tombent. C'est vraiment un moment de bascule, plus rien ne sera comme avant.

Le relais vers le secteur adulte peut alors se penser et débiter. La première rencontre avec le médecin du secteur adulte se passe très bien, le jeune garçon est même loquace contrairement à son habitude. La deuxième rencontre, juste avant son départ vers le lieu de vie, et mon départ en vacances (toujours les séparations douloureuses) est houleuse.

Il attaque les liens, m'adresse un « vous vous êtes occupé de moi uniquement parce que vous êtes payée pour ça, et maintenant vous me laissez tomber ».

Il refuse de venir au CMP adulte et effectivement il ne viendra pas.

A mon retour de vacances, il accepte de venir à une consultation, il arrive à l'heure, il marche tranquillement, sa poignée de main est chaleureuse. Il a arrêté de prendre son traitement à cause des effets secondaires, il s'engueule avec sa mère pendant les vacances. Il explique qu'il ne veut pas voir le médecin du secteur adulte « il a l'air gentil, mais on ne sait jamais ».

Les hommes restent potentiellement dangereux.

Nous lui proposons donc un autre type d'articulation, qui sera plutôt une articulation fantasmatique, le méchant Docteur papa B. et la gentille pédopsychiatre maman D.

Tout au long de l'histoire que nous avons écrite avec lui et les autres (nos partenaires, sa famille) et que nous continuons à écrire avec lui et les autres, nous avons dessiné par petites touches, par aplats qui se superposent, petit à petit les entours, modelé les creux des différentes articulations :

**De « ça se colle pour ne pas tomber », de « ça se repousse »
à « ça s'articule », « ça articule » « ça s'oppose », « ça se frictionne ».**

De l'articulation comme espace transitionnel, créée avant que d'exister, pour être finalement abandonnée parce que devenue inutile.

Adolescents en souffrance L'articulation du soin

Dr Yoann LOISEL
Psychiatre, INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS
Psychothérapeute, PARIS

Choses vues, choses entendues :

- « dégage ! »
- « c'est scotchant ! », « ça me soûle ! »
- « On s'éclate ! »

- « peut-on le dire ?... »
- « Quel sens ?... »

Problématique : l'articulation du soin ?... Le soin d'une articulation...

Paradoxe adolescent :

- séparation / dépendance
- être soi-même dans le changement
- résistance et souplesse

Nécessite articulation :

- identifications primaires / secondaires
- base = articulation somato-psychique ...

« Un bébé tout seul ça n'existe pas » D.W. Winnicott

- Un adolescent tout seul ça n'existe pas ...

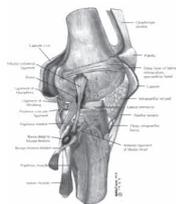
- Un soignant tout seul ça n'existe pas ...
- Un éducateur tout seul ça n'existe pas ...

Sinon = signal d'alerte !!!

- « Solution » : - le réseau, où s'articule le soin
- un contenant
 - avec des formations intermédiaires

L'image d'une articulation :

- Des surfaces suffisamment solides
- Une capsule, une enveloppe, un contenant
- Des formations intermédiaires



Un peu de théorie ...pour qu'elle s'articule à une pratique :

- D. W. Winnicott et « l'espace intermédiaire » :
 - un espace paradoxal mais créateur
 - « le doudou », l'aire culturelle
 - aide à la séparation, la transformation du lien
- W. Bion et « le contenant » :
 - « le début de la faim », une interprét-action
 - de l'excitation à la représentation (le contenu)
 - de l'agir au plaisir de pensée
 - aide à élaborer la frustration (contenir)

L'image d'une articulation...

- Un fonctionnement souple et résistant
 - réseau, santé mentale = un bon matelas psychique ?
 - idem pour nos théories intériorisées
- Pas d'hyperlaxité :
 - vide, abandonnisme
- Pas d'engrènement :
 - persécution, sur-stimulation (l'enfer...)

Qualité du réseau :

= qualité du soin : du contenant vers le contenu
étayage sur des formations intermédiaires

Quelle articulation ?

Pour quel but thérapeutique ?

... En quelle temporalité ?

Un peu de clinique :

Laura, 14 ans

Défaillances éducatives, abus sexuels « non vus »

Révélation : éclatement de la famille, placement

Au foyer :

- Apparition de conduites à risque,
- Consommation de toxiques, errances +++,
- Prostitution ?
- Déscolarisation

Demande de soin en urgence par l'équipe du foyer

Demande d'une contenance ?

= trouver du sens

Et non uniquement contenir

Rôle seulement de la psychiatrie ?

S'accorder (s'articuler) avec l'A.S.E. :

- des consultations de pré-hospitalisation
- quel sens prend le soin pour Laura ?
- quel sens pour les éducateurs ?

Articuler le sens :

Laura :

- se sent exclue de son univers familial
- se sent responsable des difficultés parentales
- ne formule aucune demande et refuse toute prise en charge psychologique (être victime, ou être folle ?)

Les éducateurs du foyer :

- débordés
- pas de lien entre le foyer et l'éducateur référent
- discutent l'indication A.S.E.
- ne font pas les accompagnements vers le C.M.P.

Comme de multiples défauts d'articulation :

Par trop de vide :

- Aucun contact entre Laura et ses parents
- pas de lien entre foyer et éducateur référent
- pas de compréhension de la mesure éducative

Par trop d'engrènement :

- relation d'emprise entre Laura et sa famille
- éducateurs directement agressés par le comportement de Laura

Cercle vicieux : risque de lâchage, de persécution = Sémiologie limite

Conduite à tenir ? = poser de la contenance et des médiations

Articuler un réseau :

- Synthèse...s : liens entre éducateurs et psy

- Le projet de soin :

- qui accompagne au C.M.P. ?
- contractualiser l'hospitalisation ...

... avant tout : mettre du sens sur le comportement !!!

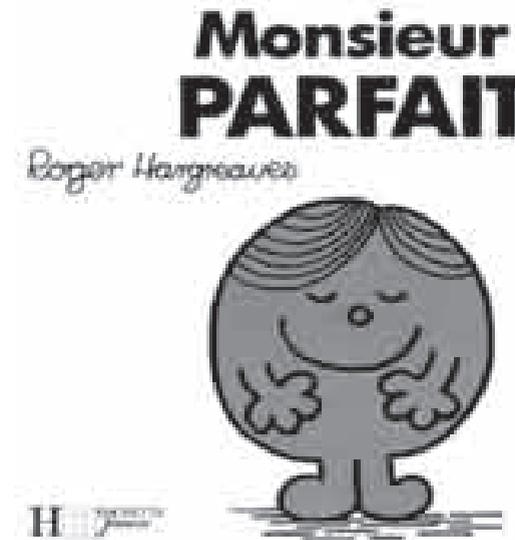
hospitalisation dans un deuxième temps :

- sortir de la logique de l'enfermement,
- sortir de l'attente « magique »,

- si hospitalisation : courte, pour évaluation, avec permanence du lien aux éducateurs, avec sollicitation des parents

- unité de soin = lieu tiers

Vous le reconnaissez ?



Il faut souvent savoir s'articuler avec nos propres limites !!!

Evolution :

- Accompagnement vers C.M.P.

- nombreux échanges CMP / foyer éducatif / éducateur référent / unité d'hospitalisation

- projet d'hospitalisation avec l'accord de Laura = réflexion des intervenants sans être envahi par les agirs.

- échanges constants entre les partenaires :

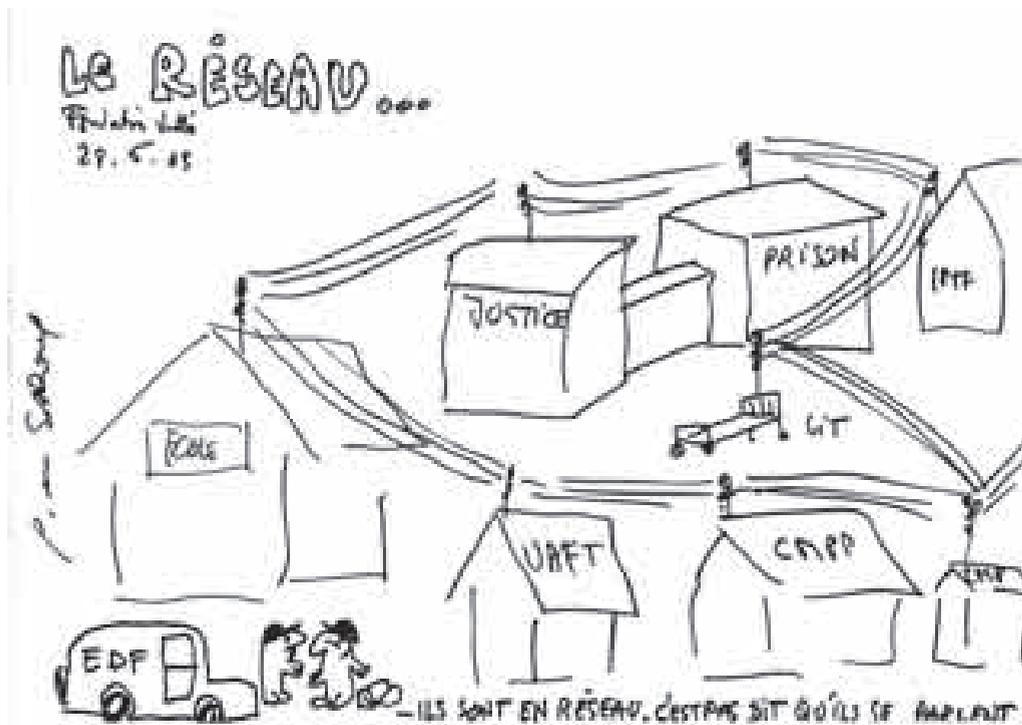
- construire un projet qui résiste aux mouvements d'attaque de Laura.

- Qui s'inscrit dans une temporalité plus longue ...

... sur un nécessaire « métissage » éducatif / thérapeutique

- Un projet qui atteste la solidité et la fiabilité des adultes

Un réseau... mais quelle qualité d'articulation ?



Contenance / Transitionnalité

Sans perdre son identité...

Sans devenir fou...



Autres réflexions à propos de l'articulation du soin :

- Comment on adresse un ado à un psy ?
- L'importance des temps de passage entre deux soignants ...
- Comment articuler une demande avant qu'elle ne puisse être verbalisée ?
- Comment séduire sans être traumatique ...
- ...

Actuellement :

- 5^e hospitalisation foyer qui s'inscrit dans une durée quelque soit les résistances de Laura
- Consultations régulières sur le C.M.P, parfois sur l'unité d'hospitalisation
- synthèse tous les deux mois au C.M.P.
- Liens téléphoniques Psy et Foyer
- soignants = soutien pour le projet éducatif et inversement.
- L. toujours au foyer depuis 6 mois
- Peu de conduites à risques (scarifications superficielles)...
- **Personne ne lâche...**

Articulation du soin :

- Un dispositif complexe...
... mais souple, et solide à la fois
- Des gens qui se parlent... vraiment ...
...malgré les vicissitudes de la vie quotidienne, ... des pathologies narcissiques...
- Intermédiaire : être un élément parmi d'autres
- Contenance : une qualité fiable de relation

Des soins culturels

Les soins culturels représentent une approche originale et innovante, mais participent certainement d'une prise en charge globale des adolescents, qu'ils soient hospitalisés à temps plein ou à temps partiel, ou encore suivis en ambulatoire.

Cette approche thérapeutique vise à relancer le plaisir de penser, de créer, de réfléchir, d'apprendre, en réhabilitant les fonctions sensorielles et psychiques, délaissées et/ou mises à mal par des étiologies diverses.

L'objectif principal étant donc que l'objet du désir de l'adolescent prenne forme et sens, devienne pensé et pensable, à l'image des processus pictographiques originaires, autant d'espaces transitionnels internes, autant d'espaces de symbolisation.

Le cadre artificiel (ré aménageable et adaptable) de l'atelier choisi, sécurisant, bienveillant, porteur, joué et reconstruit à chaque fois avec l'enseignant et avec le groupe, mais aussi exigeant, contraignant, répétitif, transformant les pulsions en fonction imageante, voire métaphorisante.

Valeur primordiale de la répétition de l'atelier, permettant d'éprouver une expérience subjective non encore mentalisée, reprise encore et encore, jusqu'à une possible mise en scène parfois uniquement sensorielle, jusqu'à une mise en mots, jusqu'à une reconnaissance par le groupe des pairs et de l'adulte.

Dans notre projet marseillais, nous reprendrons en les enrichissant, divers ateliers culturels: espace mode, esthétique coiffure, expression corporelle, relaxation, sophrologie, danse, théâtre, studio radio, studio cinéma, peinture, sculpture, ateliers d'écriture, jardinage...

Une association loi 1901 veillera au bon fonctionnement et au financement de l'ensemble de ces activités culturelles.

Pr. Marcel RUFO

Parcours de soin : échos de la journée

Jean Malka

Nous avons parlé aujourd'hui d'adolescents dont les comportements ou les propos nous incitent à penser qu'ils souffrent.

Face à cette souffrance supposée, il convient de tenter d'agir.

Chaque acteur du soin est ici convoqué à la fois dans sa capacité à identifier la souffrance et dans sa capacité à aider à y remédier.

C'est alors que le trop classique raisonnement médical rencontre ses limites, et apparaît comme une utopie mobilisatrice qui renouvelle d'anciens mythes. Comme le proposait en 1994 le sociologue canadien Renaud, le présent et l'avenir de la santé ressemblent à une dispute entre Hygié et Panacée, les deux filles d'Asclépios, le dieu grec de la Santé. Pour Hygié, la santé est dans la nature ou dans l'ordre naturel des choses, et l'on reste en bonne santé si l'on vit avec modération et raison. Pour Panacée, la santé est dans les soins et dans les remèdes qu'elle extrait des plantes ou de la terre et dont elle a une grande science.

Vie saine de l'hygiène ou panacée du savoir médical, voilà deux discours bienveillants, discours dits "de santé publique", dont on mesure évidemment l'inefficacité chez l'adolescent, aux prises avec un tâtonnement qui ne fait bien sûr pas bon ménage avec "la recette" d'une prise en charge codifiée, reproductible à l'envi, pas plus qu'il ne fait bon ménage avec la démesure des pulsions génératrices de tensions psychiques dont l'habitude n'est pas de trouver leur issue dans la modération ou la raison.

C'est ainsi que le secret de la santé, en particulier chez les adolescents, est à rechercher dans la résilience et non dans la paix harmonieuse des équilibres tranquilles que troubleraient des stress incongrus contrôlés par des régulations adaptatives bien huilées !

Le stress, le risque, l'impromptu, l'inédit, font ainsi partie de toute vie, et sont en particulier coextensifs de tout processus adolescent. La bonne santé est ainsi, comme le souligne Michel Morin, "dans la tension affrontée".

La métaphore qui me vient alors à l'esprit est une métaphore marine. Le vent souffle. L'on ne peut l'empêcher de souffler. Il s'agit d'un fait, qui s'impose à nous. Lorsque je dis "à nous", je veux dire qu'il s'agit aussi de notre propre fait : nous sommes tous soumis au vent qui souffle. Au vent du dehors comme à celui du dedans... Le vent souffle ainsi avec une force variable ; il peut aussi changer de sens. Le vent est par ailleurs le fruit de la rencontre entre deux

champs de pression atmosphérique dont il tend à atténuer les inégalités : il souffle donc d'autant plus fort qu'il doit apaiser les tensions. Il s'agit là de la définition même de la notion de pulsion.

Le vent n'est donc pas en lui-même une maladie, pas plus que ne le sont les pulsions, aussi bruyantes soient-elles. Il s'agit d'une force vive, pour ne pas dire vivace, qui pousse pour ainsi dire "comme le chiendent" ! Ce qui devient dangereux, c'est lorsque le vent se transforme en tempête. Cette fois, l'apaisement passe par la destruction. Chez l'adolescent, nous parlons de destructivité, que cette destructivité soit clairement active ou qu'elle prenne une allure plus passive (Philippe Jeammet parle alors d'auto-sabotage).

Revenons aux soins.

L'idée du soin ne doit pas émaner du fantasme de supprimer ou d'enfermer le vent qui souffle, mais doit s'inspirer du fait de border le vent de manière à ce que le bateau avance, mais sans chavirer. Facile à dire et un peu abstrait me direz-vous ! Plus complexe dans sa réalisation ! Un élément de réponse toutefois, largement évoqué tout au long de cette journée : pour border le vent qui souffle, il faut d'abord en sentir la force et la direction. Lorsqu'un adolescent fugue, la question n'est pas d'abord celle de savoir pourquoi il fugue, mais celle de savoir où il va, et comment il va. L'origine du vent importe peu au premier abord. A cet égard, le parcours de soin ne saurait se transformer en une succession d'interprétations à l'emporte-pièce qui ne feraient qu'égarer ou enfermer le sujet dans les méandres des fantasmes de ceux qui l'entourent. C'est le sujet qui dit ce qui ne va pas, parfois violemment c'est vrai. Un jeune fait "une crise de nerfs" et arrive aux urgences. Qu'a-t-il dit pendant cette crise ? Bien souvent personne ne s'en souvient. C'est ce que disait tout à l'heure une pédiatre dans la salle : "Ce que le jeune dit une fois, il n'aura pas forcément l'occasion de le redire". Le vent a soufflé trop fort pour le contenant qui le recevait à ce moment là. Et gare, alors, aux interprétations sauvages ! Le sens de ce qui a pu se produire émerge en revanche progressivement du parcours de soin, en ce que ce parcours convoque non seulement le jeune lui-même, mais aussi tout le travail d'analyse du fonctionnement des liens transférentiels et contre transférentiels que notre rencontre avec lui et sa famille suscitent, mais aussi des liens institutionnels et interinstitutionnels, autrement dit des liens entre professionnels. C'est ce que Philippe Jeammet appelle "l'espace psychique élargie".

Nous avons par ailleurs au cours de cette journée beaucoup parlé d'espace transitionnel. A ce titre, l'adolescence apparaît tout à fait comme un état convoquant le transitionnel, ce qui n'a rien à voir avec "une étape de transition" ! Le transitionnel de l'adolescence, c'est la manière

dont besoins objectaux et besoins narcissiques s'articulent entre eux. Ce double enjeux narcissique et objectal convoque ainsi la quête de soi dans l'autre et de l'autre en soi, par le jeu des identifications : il s'agit de rechercher du semblable dans l'autre et de l'autre dans le semblable. Bref, le détour par l'autre, par le corps de l'autre et par l'appareil psychique de l'autre : c'est la notion de contenant développée tout à l'heure par Y. Loisel.

Lorsque cet autre devient une menace insurmontable, l'adolescent va certainement mal, c'est vrai. Mais "l'autre menaçant" n'est pas qu'une problématique adolescente. Il concerne aussi, bien souvent, les adultes, comme le souligne M.R. Moro. Attention à ne pas faire des adolescents le lieu de projections de nos peurs d'adultes ! La plupart des adolescents sont à ce titre assez exemplaires en matière de métissage... Le groupe, pour les adolescent, est ainsi un lieu privilégié où la transitionnalité opère le plus souvent de manière subtile à travers les liens personnels et interpersonnels souvent extrêmement riches et souples qui s'y tissent et s'y défont.

Nous pouvons peut-être terminer notre propos ainsi : avoir le souci d'un adolescent est, en soi, un engagement. Mais tout est dans la manière de lui traduire ce souci là : Lui dire qu'il souffre, c'est le renvoyer à l'impasse dans laquelle il se trouve, et c'est s'exposer à sa résistance ou à son effondrement, parfois à la violence de sa réaction. C'est un peu ce que Ph. Jeammet exprimait dans sa conférence inaugurale lorsqu'il parlait des effets pathogènes d'un discours sur la souffrance qui ne prendrait que la souffrance comme référence clinique et comme corpus théorique, valorisant ainsi la "position de victime comme moyen à la fois de s'opposer aux adultes et de renforcer une forme d'identité négative."

Dire en revanche à ce jeune qu'il nous mobilise, qu'il nous intéresse ; lui dire que ce qu'il nous montre n'est pas forcément le seul reflet d'une souffrance mais également celui d'une vie en mutation, c'est au fond camper devant lui une position sur laquelle il va peut-être pouvoir s'appuyer sans trop de crainte de tomber : le parcours de soin, c'est peut-être au fond cela : le chemin qu'un jeune trace lui-même sur une trame qui tient bon (cela m'évoque les "flotteurs" dont parlait MJ Guedj à propos du travail de P. Mâle) autrement dit sur un support humain qui ne se déprime pas trop lui-même ! Le fait de penser qu'il dit telle chose parce qu'il souffre et seulement parce qu'il souffre, n'est-il pas ainsi une manière de nous déprimer avec lui ? Une parole douloureusement exprimée a parfois bien plus à voir avec un élan de vie qu'avec un élan mortifère. A nous, dépositaires de cette parole, de ne pas en occulter la valeur euristique. Le parcours de soin ne doit pas être un chemin de croix !

Le parcours de soin devient alors quelque chose qui n'est plus, comme l'on pourrait le penser, à l'image d'un chemin pré tracé dont la réussite ne dépendrait que du fait de le suivre scrupuleusement, mais le résultat d'une rencontre entre le vent qui souffle et la manière de faire alliance avec lui, en laissant de la place à la surprise ("chatouille de l'âme" nous dit D. Marcelli), à la créativité etc.

Mais pour faire alliance avec le vent, il faut être à la fois déformable et ultra résistant, un peu à l'image d'une voile. Il faut aussi chercher un cap, quitte à l'adapter au fur et à mesure que l'on avance. Le résultat de tout cela n'est, d'une part, jamais écrit d'avance, et n'est d'autre part lui-même qu'un élément d'un parcours, de vie cette fois, qui bien entendu, le dépasse.

Le soin, si nécessaire parfois, n'est donc pourtant pas une fin en soi, et ce que nous considérons parfois à tort comme sa réussite ou parfois à tort comme son échec, n'augure à ce titre rien de la suite de l'histoire d'une jeunesse en devenir. Mais ce qui est sûr, c'est qu'il n'est pas de vie réussie sans bonnes rencontres. Cela évoque notamment les "identifications réparatrices" dont parlait tout à l'heure V. Delvenne. Attention toutefois à ne pas confondre bonnes rencontres et "trop bonnes" rencontres : attention aux effets "addictogènes" d'un excès de séduction ! L'enjeu d'un parcours de soin pourrait peut-être alors résider dans le fait d'amorcer ou de réamorcer la capacité d'un jeune à se diriger vers des objets susceptibles de le nourrir et de le construire, et à s'éloigner de ceux qui pourraient le détruire. L'enjeu est donc finalement de contribuer à sa liberté future.

Il s'agit alors d'accepter, d'autoriser (c'est le sens même de l'autorité) un jeune à circuler, c'est-à-dire à s'éloigner et à se rapprocher, tout en s'assurant bien du fait qu'il sache qu'il peut toujours compter sur nous. Pour s'assurer qu'un lien tienne bon, il faut l'avoir, prudemment, soumis à l'épreuve de la séparation. Sinon, on reste collé, comme le soulignait tout à l'heure V. Degranges.

Il s'agit en effet pour nous, comme le soulignait fort justement P. Cottin, de "concevoir un avenir qui s'écrira sans nous !".

Un avenir riche de "nouvelles vitalités" comme le titre l'affiche du prochain colloque de Médecine et de Santé de l'Adolescent qui se déroulera l'année prochaine à Marseille.

Merci de votre attention !