

Nom : ZULETA
Prénom : Macarena

Secteur Social
(Psychologue Clinicienne)

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
PARIS 6

Diplôme Universitaire
« Adolescents difficiles approche psychopathologique et éducative »

REFLEXION SUR LES APPORTS Du D.U. A MA
PRATIQUE PROFESSIONNELLE SUR FIL SANTE
JEUNES:
Aspects pratiques et théoriques

Année Universitaire 2006-2007

Directeur du DU et Président du jury : Professeur Philippe Jeammet

TABLE DE MATIERES

Introduction	1
1) Brève présentation de mon cadre de travail en tant que psychologue	3
1.1) un observatoire fidèle des problématiques liées à l'adolescence	4
2) Pour quoi avoir choisi de faire ce DU « Les adolescents difficiles... » ?	6
3) Apports du DU à ma pratique professionnelle	7
3.1) Apports liés au niveau pratique : connaissance du réseau institutionnelle de prise en charge des adolescents difficiles	8
3.2) Apports liés au niveau théorique : éléments conceptuels de réflexion qui retentissent sur ma pratique professionnelle	12
3.2.1) Le mal être à l'adolescence : le «choix » de la vie ou la mort	12
3.2.2) Autorité Parentale : obligation d'agir en cas de danger ?	16
Conclusion	20
Bibliographie	23

INTRODUCTION

« Adolescence » vient du mot latin *adolescencia*, de *adolescere* qui signifie « grandir vers » (Cloutier, 1996). Elle a été définie comme l'étape de la vie qui s'étend entre 12 et 19 ans ; il s'agit d'une période d'évolution, de transformations et de remaniements majeurs au niveau biologique, cognitif, psychologique et social (Le Van, 1998).

Deschamps (cité dans Le Van, 1998) souligne que l'adolescence, telle qu'elle est conceptualisée aujourd'hui, est une période extrêmement longue à laquelle la société donne difficilement un sens ou une fonction sociale. Pourtant, cela contraste avec une maturité biologique, affective et sociale acquise de plus en plus tôt. L'aptitude sociale et psychologique à soutenir des fonctions multiples (notamment dans le domaine relationnel) et l'impossibilité sociale, économique et juridique à les utiliser constitueraient l'un de paradoxes que renferme la problématique de cette période. En effet, alors que les adolescents sont supposés devenir autonomes les divers dispositifs (publics, de recherche, médias) présupposent un minimum d'autonomie ; ce qui peut rendre les jeunes socialement dépendants.

Les changements propres à l'adolescence (puberté, sexualisation, besoin d'indépendance, prise de décision concernant le futur) ainsi que les changements sociaux et familiaux de notre société, rendent cette étape de la vie difficile pour certains. Si on ajoute à cela des conditions de vie compliquées, un manque de repères et d'aspiration, des problèmes d'ordre familiaux, une pathologie qui fragilise le moi du sujet, des difficultés scolaires ou sociales, il peut se produire une combinaison de facteurs qui feront -non seulement que l'adolescent soit en difficulté-, mais le rendront « difficile » au regard des adultes.

Lors de ma pratique professionnelle en tant que psychologue sur Fil Santé Jeunes je suis constamment confrontée aux problématiques des adolescentes et des jeunes adultes. Si j'ai voulu faire ce DU, c'est pour approfondir mes connaissances de l'adolescence et les divers enjeux qui se rattachent à cette période du développement, mais aussi pour avoir une meilleure connaissance de réseaux institutionnels qui prennent en charge les jeunes en difficulté.

Etant donné ma courte pratique professionnelle, ainsi que la spécificité de mon cadre de travail, il ne m'a pas été aisé de construire ce devoir de fin d'année. C'est pourquoi j'ai choisi de commencer par une brève présentation de poste, suivie d'une argumentation de mes motivations à suivre cette formation.

Ensuite, ce travail sera consacré aux apports du DU à ma pratique professionnelle que j'ai distingué en deux grandes catégories. Premièrement, je vais évoquer les apports pratiques, qui ont une relation avec la connaissance du réseau institutionnel autour de la jeunesse en difficulté, et deuxièmement, les apports au niveau théorique.

1. Brève présentation de mon cadre de travail en tant que Psychologue

Afin d'éclairer la lecture des pages ultérieures, il me semble nécessaire de présenter en guise de préambule mon poste de psychologue sur Fil Santé Jeunes, étant donné la spécificité de cette structure.

La ligne d'écoute nationale *Fil Santé Jeunes* est un numéro vert anonyme créée en 1995 par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales, suite à la Consultation Nationale des Jeunes, qui avançait l'idée d'une ligne anonyme d'expression, d'écoute et d'orientation parmi d'autres propositions. C'est-à-dire, un cadre permettant aux jeunes de s'exprimer librement sur leur santé -au sens large. Cette ligne exerce sous l'égide de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) et de la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale du Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale). En 2001, elle a été complétée par le site Internet « filsantejeunes.com » qui propose une documentation sur la santé, des actualités hebdomadaires, plusieurs forums de discussion entre utilisateurs ainsi que la possibilité de questionner des professionnels de santé par mail.

Fil Santé Jeunes (FSJ) est composé d'une équipe de psychologues, de médecins et de conseillères familiales et conjugales qui exercent au sein de l'Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile de France (7 jours/ 7, de 8 heures à 24 heures). Si cet organisme s'adresse principalement aux 12-25 ans, il reçoit aussi des appels de parents inquiétés par les difficultés de leurs enfants¹. Les principales missions de cette ligne sont *l'écoute*, *l'information* ainsi que *l'orientation* éventuelle du jeune appelant vers une structure de soin, éducative ou sociale adaptée à sa demande si nécessaire ou vers sa famille ou ses pairs. Enfin, Fil Santé Jeunes fait aussi fonction d'observatoire national des difficultés des jeunes en matière de santé.

Tant sur la ligne Fil Santé Jeunes que sur le site Internet, des professionnels accompagnent et incitent leurs interlocuteurs à aller vers le face à face, vers une rencontre dans le réel, car l'écoute offerte doit demeurer ponctuelle. En effet, l'appel unique constitue une des garanties du strict anonymat revendiqué par cet organisme (malgré le fait qu'on puisse se rendre compte, dans la pratique, que certaines personnes appellent plusieurs fois, à des moments différents de leur vie, lorsqu'elles rencontrent un problème et ont besoin d'une

¹Dans ces cas, nous sommes tenus de les orienter vers une autre ligne de l'Ecole des Parents et des Educateurs qui s'appelle Interservice Parents. Cette ligne est exclusivement dédiée à l'écoute et l'orientation des parents.

écoute, une orientation ou une information). Néanmoins, cette règle peut et doit être rompue dans deux cas spécifiques relevant de situations d'assistance à personne en danger ; il s'agit des fugues de mineurs et des tentatives de suicide en cours. Cette dernière procédure se réfère au cadre des recommandations de l'ex ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et de l'Evaluation en Santé) sur la prise en charge des jeunes suicidaires. Nous, professionnels, devons alors faire en sorte que le jeune accepte de sortir de l'anonymat et ensuite faire intervenir les services d'urgences adaptés (la brigade de mineurs, police, pompiers ou SAMU).

1.1) Un observateur fidèle des problématiques liées à l'adolescence

Cette structure est très intéressante, car elle permet de découvrir dans une large amplitude le panel des problématiques adolescentes.

Comme l'a indiqué Mme Choquet lors de son intervention au DU, lors d'enquêtes touchant les populations adolescentes, pour obtenir des informations « fiables », il faut créer le plus de distance possible entre le sujet et l'enquêteur, le meilleur moyen étant alors l'ordinateur qui assure anonymat et confidentialité. J'ai tout de suite fait le parallèle avec mon travail. Nous disposons d'un autre médium, le téléphone, qui libère toute forme de parole. Ainsi, les insultes, les blagues ou les scénarios imaginaires révèlent les inquiétudes engendrées par l'irruption de la puberté et de la sexualité (« *Je suis enceinte, comment-je peux dire à mes parents ?* », « *Mon pénis est trop petit* », « *Je voudrais faire l'amour mais j'ai peur d'avoir mal* », « *Comment on fait l'amour ?* », « *Comment on fait les bébés ?* »).

Mais concrètement, pourquoi ces jeunes nous contactent-ils?

Statistiquement presque 40% des appels traités concernent la sexualité et la contraception (rapports sexuels, pilule contraceptive, pilule du lendemain, grossesse - IVG, etc). L'anonymat et le dispositif téléphonique, en créant une distance, débarrasse l'adolescent de sa gêne à parler de sa propre sexualité à des adultes. Nous sommes ainsi souvent témoins de la difficulté à s'individualiser et à se différencier de ses parents pour tout ce qui relève de sujets intimes (comme la sexualité naissante). Une phrase qui revient souvent dans la bouche des jeunes filles est « *j'ai eu des rapports sexuels, comment est ce que je peux le dire à mes parents ?* ». Nous leur expliquons alors que leur sexualité leur appartient, qu'elle fait partie de

leur vie intime et qu'elles ne sont pas obligées de la partager avec leurs parents. De plus, nous leur rappelons systématiquement la nécessité de la contraception et les orientons dans le réel, vers un centre de planification familial, où elles peuvent parler de sexualité et avoir une contraception de manière gratuite et anonyme (ce qui signifie laisser les parents à l'écart de leur sexualité tout en les responsabilisant face à leur contraception).

Les communications relevant du domaine relationnel (les difficultés avec les pairs, les parents, la famille, ou les histoires amoureuses) correspondent à 20% de la totalité des appels; elles témoignent de la modification des relations aux autres lors de la transformation du corps.

Un peu plus de 15% de nos interventions concernent des difficultés d'ordre psychologique : le mal-être prend alors une place prépondérante, les troubles du comportement sont parfois graves. Les symptômes évoqués par les jeunes sont l'envie de ne rien faire, la mésestime de soi, l'incapacité à se concentrer, la consommation de cannabis ou d'alcool, les troubles du comportement alimentaire. Les syndromes plus graves comme la dépression avec tentatives de suicide, hospitalisations éventuelles et traitements, sont aussi connus de Fil Santé Jeunes. S'il est généralement difficile de demander de l'aide dans le cas de difficulté psychologique, d'un problème qui n'a pas de racine objective ni biologique, cela l'est peut-être plus encore pour des adolescents. Quand ces derniers souffrent seuls, sans prise en charge, il peut être difficile de pouvoir leur faire prendre conscience qu'ils ont besoin d'aide, qu'ils auraient besoin de voir -en face à face- un professionnel « psy ». La construction de la personnalité se définit souvent à cet âge en référence à une norme supposée, ils refusent donc en disant, « *je ne suis pas fou et les psy c'est pour les fous* ». Il leur est aussi difficile de formuler leur mal-être à leurs parents, comme si les inclure dans leurs souffrances réduisait à néant les efforts d'individualisation réalisés jusque-là (en dehors du fait que l'on puisse se poser de questions sur la qualité des rapports familiaux lorsqu'un adolescent est fortement déprimé et que ses parents ne s'en sont pas aperçus).

Un autre type d'appel regroupe ceux relevant du domaine somatique ; il s'agit le plus souvent de demandes d'informations concernant une maladie (les collègues médecins sont souvent sollicités dans ces cas-là) ou de préoccupations concernant leurs transformations pubertaires.

Les appels relevant de questions sociales sont, certes, les moins courants (6%), mais ils sont, pour moi, les plus difficiles. Il s'agit en général de demandes d'informations et d'orientation formulées par de jeunes adultes (18-25 ans) confrontés à des problèmes de précarité (logement, de travail, de couverture sociale); ils connaissent mal leur droit et les structures qui pourraient les aider sur le terrain.

Les orientations proposées sont très variées. Elles se font vers : les centres de planification familiale (14.5%), les pairs (14.5%), les pharmacies (11%), la santé mentale du secteur public (10.5%), d'autres lignes téléphoniques (10.4%), le secteur libéral (8.5%), la santé somatique du secteur public (10.7%), les parents, la famille (5.9%), le secteur social et juridique (3.6%), l'éducation nationale (1.9%)

2) Pour quoi avoir choisi de faire ce DU « les adolescents difficiles ... » ?

Ma pratique professionnelle a débuté sur Fil Santé Jeunes, un dispositif accueillant des jeunes majeurs et mineurs. Je suis de ce fait constamment confronté aux problématiques touchant à l'adolescence. Elles sont très variées et il est parfois plus facile pour notre jeune interlocuteur de les exprimer à travers le tiers téléphone, avant de le faire dans le réel et dans le face à face. « A partir de la mise à distance des corps de l'appelant et de l'écouter, grâce à la protection que représente l'anonymat, quelque chose d'indicible ailleurs peut tenter de se formuler. L'accompagnement c'est alors que l'imaginaire puisse produire des images, des représentations : du problème, de la situation, d'un trajet psychique et concret » (Demoulin, 1996).

Mais que se passe-t-il lorsque le psychologue -moi- ne peut pas se construire une représentation claire et exacte de la situation qui lui est exposée ?

Il m'est arrivé plusieurs fois de ne pas pouvoir me représenter la situation spécifique du jeune appelant à cause de ma méconnaissance des divers dispositifs socio-juridiques existants. Ni ma formation de psychologue ni ma pratique professionnelle ne m'ont permis de découvrir la prise en charge des adolescents en difficulté dans le milieu éducatif ou judiciaire ; je n'avais été familiarisée qu'avec une prise en charge psychiatrique. Lors de

certaines appels, j'ai ressenti les difficultés qu'occasionnait cette ignorance du milieu éducatif, judiciaire et social. La connaissance de la souffrance psychique n'était donc pas suffisante. J'ai vite compris qu'en tant que psychologue il me faudrait aussi connaître les appareils judiciaires, éducatifs et sociaux prenant en charge certaines difficultés adolescentes. Effectivement, si je n'étais pas en mesure d'analyser la situation du jeune et de m'en faire une représentation adéquate, je prenais le risque de mal l'informer et de lui proposer une orientation inappropriée.

C'est ce qui m'a conduit à m'intéresser à ce DU « Les adolescents difficiles : approche psychopathologique et éducative ». L'interdisciplinarité affichée dans le descriptif de ce cursus m'a indiqué que je pourrais mieux comprendre le dispositif social, juridique et éducatif de prise en charge des adolescents en difficulté mais aussi que le travail en équipe était valorisé, donnée capitale pour la prise en charge de cette tranche d'âge. Je me suis donc dit, sans faire erreur, qu'une formation à des aspects interdisciplinaires, favorisant le travail en équipe et en réseau allait m'aider à mieux connaître tous ces dispositifs destinés à prendre en charge les jeunes.

Sur Fil Santé Jeunes, nous, les écoutants, sommes un tiers intervenant entre le jeune et les professionnels le prenant en charge quand prise en charge il y a, et ce qu'elle soit faite à notre initiative ou non. Nous, en tant que dispositif abstrait, désincarné, sommes un intermédiaire entre le jeune et le réel. De ce fait, nous sommes relativement exclus du réseau de prise en charge du jeune dans la réalité. Or, malgré cela, nous gardons toujours un lien important avec la réalité soignante, car parfois c'est de notre responsabilité de faire en sorte que l'adolescent cherche de l'aide dans le réel, dans le concret. Cette médiation permet à l'adolescent de déposer une première parole, une première plainte, une première confession de souffrance. En notre qualité de premier réceptacle, nous nous devons de proposer une aide en adéquation avec la demande, la situation et la difficulté psychique, éducative, juridique ou sociale. C'est dans l'espoir de me familiariser avec les trois derniers secteurs que j'ai entamé -confiante- ce DU.

3) Apports du DU à ma pratique professionnelle

Les apports de ce DU relèvent, selon moi, de deux domaines que je vais donc étudier distinctement à un niveau pratique et concret pouvant toucher tous les professionnels de l'adolescence; tandis que les apports théoriques auxquels je ferai référence par la suite correspondent à un niveau subjectif et spécifique lié à ma pratique professionnelle.

3.1) Apports liés au niveau pratique : connaissance du réseau institutionnel de prise en charge des adolescents difficiles

Comme je l'ai dit précédemment, je me suis souvent sentie en échec lors d'appels relevant de difficultés sociales, juridiques et même scolaires et faisant référence à un système de prise en charge institutionnel qui m'était parfois inconnu. Une de mes motivations à faire ce DU correspondait à une connaissance concrète des différentes institutions, principalement juridiques, sociales (mais aussi éducatives) mises en jeu lors d'une prise en charge adolescente. Aujourd'hui, je suis plus à l'aise lors de ce type d'appel car les diverses séances du DU m'ont appris à connaître et donc à mieux comprendre les différentes structures existantes, mais également leurs enjeux et leurs interactions. En effet, celles-ci ne fonctionnent pas -ou ne devraient pas fonctionner- de manière cloisonnée ou isolée. Au contraire, lors d'une prise en charge, il se crée des liens et des convergences entre les différents secteurs du social et de l'éducatif. Je comprends donc mieux les enjeux et l'articulation des institutions destinées à l'aide des adolescents en souffrance et en difficulté. Un exemple emblématique de cette articulation est -à mon sens- le fonctionnement de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Avant de commencer ce DU, je percevais la PJJ comme une institution s'occupant uniquement des jeunes délinquants. Il m'a été bénéfique de comprendre que cette institution s'occupe non seulement des délits mais aussi des jeunes en danger, et qu'elle assume une mission éducative. La connaissance et la compréhension de cette articulation et des liens entre ces différents secteurs m'ont été très utiles pour pouvoir me construire une représentation adéquate de certaines situations.

La compréhension de ces institutions et de leurs enjeux m'a également aidée à concevoir leurs modes d'intervention dans le cadre des prises en charge, données d'une importance capitale afin de se représenter une situation. J'ai donc une connaissance plus claire du fonctionnement global des institutions mais aussi des mesures pratiques mises en place par celles-ci grâce au temps de partage, de rencontre et de réflexion instauré par le DU.

Pour illustration, je vais présenter un cas concret que j'ai rencontré avant de recevoir cette formation.

Une jeune fille de 14 ans m'affirmait au téléphone avoir déjà appelé la veille sur Fil Santé Jeunes car nous serions «*les seuls à pouvoir l'aider*». La fille pleurait, se montrait très angoissée. Dans un état d'excitation manifeste, elle disait ne plus vouloir aller à l'école, vouloir mourir et elle implorait de l'aide. Au bout de quelques instants, j'entendis sa mère crier à côté, et lui dire de raccrocher, qu'il ne servait à rien d'appeler ce numéro et qu'elle était «*obligé d'aller à l'école !*». La fille, qui souffrait une phobie scolaire manifeste, doublée d'idées suicidaires, ne voulait qu'une chose : se faire hospitaliser et ne pas aller à l'école le lendemain. Dans l'excitation confuse de l'appel (les cris de la jeune fille et de la mère se mêlaient, les deux personnes s'adressant tantôt l'une, tantôt à l'autre), je demandai à parler à la mère (il faut rappeler qu'en parlant à la mère je sors du cadre de travail car c'est une ligne pour les jeunes!). Celle-ci m'expliqua sévèrement que sa fille était obligée d'aller à l'école car cela fait un mois qu'elle n'y allait plus, et qu'à cause de cela, une mesure avait été prise, et que son mari risquait la prison si sa fille n'y retournait pas à l'école. Au même moment, je pouvais entendre les cris et les menaces de la jeune fille dans l'écouteur. Ne comprenant pas cette mesure et cet « étrange » risque d'emprisonnement encouru par le père, je me focalisai sur la souffrance psychique manifeste de la fille, et je dis à la mère d'amener sa fille aux urgences de l'hôpital, qu'elle risquait un passage à l'acte suicidaire. La mère me dit, avec exaspération, qu'elle l'avait déjà fait la veille et que sa fille n'avait pas été admise à l'hôpital car près de son lieu de résidence, il n'y avait pas de service psychiatrique pour mineurs, et que l'hôpital où elle l'avait adressée n'appartenait pas à son secteur. Dans la confusion, impuissante, j'essayai de lui communiquer d'autres adresses. Puis, je trouvai un hôpital dont je lui donnai les coordonnées et l'appel se termina par l'affirmation de leur départ pour les urgences. Je fus ainsi rassurée.

A ma grande surprise, le lendemain, la jeune fille rappela et, par hasard, je fus à nouveau son interlocutrice. Le même scénario d'excitation se déroula avec les mêmes angoisses et les mêmes échecs. En effet, la jeune fille n'avait pu être hospitalisée sans que j'en comprenne la raison, sa mère continuait à exiger d'elle une assiduité scolaire et ma confusion grandissait ; pire encore, je jugeai sévèrement cette mère qui négligeait -selon ma lecture de l'évènement- la souffrance et le danger encouru par sa fille. Il m'était inconcevable qu'elle se soucie d'avantage d'une mesure judiciaire que du bien être de son enfant.

Sans entrer dans les détails du dénouement de cette affaire, il faut montrer à quel point ma méconnaissance du système éducatif et du système judiciaire m'ont empêché de bien comprendre les situations tant de la jeune que de la mère (il est vrai que j'aurais du aller voir mes responsables pour parler de cette situation et ainsi pouvoir avoir un éclaircissement à temps). Or, ce n'est que bien plus tard, lors d'une conversation avec une collègue travaillant à l'Education Nationale, rencontrée lors de ce DU, que j'ai pu tirer au clair cet appel. En effet, on m'a expliqué -que dans ce cas là- la famille devait faire l'objet d'un signalement de l'ordre « enfance en danger », la question de l'absentéisme étant accessoire. Dans le cadre d'un absentéisme chronique, récurrent, des signalements sont bien effectués mais auprès de l'Inspection Académique et non du Juge des Enfants, sauf si d'autres éléments peuvent laisser supposer qu'il y a danger. Au cas présent, tout indique aujourd'hui qu'il s'agissait de bien plus que d'un problème d'absentéisme scolaire.

Si j'avais eu cette information là lors de cet entretien, mon attitude vis à vis de la mère aurait été très différente. Malgré tout, dans ce cas, l'échec ou tout au moins l'incohérence me semble partagé par l'ensemble du réseau de prise en charge, la mère et moi, puisqu'il y eut consécutivement plusieurs refus d'hospitalisation, une absence de diagnostic de phobie scolaire par le médecin, et donc pas de suivi thérapeutique. Plus largement, la mère ne comprenait pas la cause réelle de la saisine du juge ni le rôle qu'elle devait jouer dans l'affaire ; et finalement moi, qui se trouvais prise dans l'incompréhension de cette situation.

A partir de cet exemple, je souhaiterais souligner l'apport des ateliers pratiques. Dans ce cadre, nous nous retrouvons en interdisciplinarité, et découvrons de manière assez fidèle le travail de terrain des différents professionnels au sein des différentes institutions. C'est une démarche très intéressante car cela nous permet de connaître les diverses administrations ainsi que la fonction et le rôle de chacun des participants. Ces échanges nous ont alors permis de cerner pratiquement le fonctionnement (et dysfonctionnement parfois) des institutions.

Mais, en quoi la connaissance des structures susceptibles d'accueillir ou de prendre en charge les adolescents (difficiles) me paraît si essentielle pour ma pratique professionnelle ?

Une des particularités de mon cadre de travail provient de l'unicité et de l'urgence de l'appel et donc de la réponse à apporter. L'appel est unique puisqu'une orientation dans le réel doit être effectuée² ; sauf exception donc, on aura qu'une fois un jeune appelant au bout de la ligne. L'appel se fait dans l'immédiateté, nous nous trouvons donc dans l'obligation d'être le plus efficace possible lors de l'écoute, des réponses et de l'orientation proposée. L'entre-temps avec le jeune n'existe pas dans ce cadre de travail, le lendemain non plus. Si nous n'avons pas su lui répondre, il n'y aura pas de temps ultérieur pour le faire, la séance de rattrapage est inexistante, l'appel se fait dans l'ici et le maintenant. Nous nous trouvons donc dans un jeu de miroir avec le fonctionnement adolescent où toute projection dans le futur est difficile et où presque tout se joue dans le présent. Curieusement, notre dispositif de travail est en mimétisme avec ce type de fonctionnement où le problème à résoudre est tellement important pour l'individu -et donc pour nous- qu'il nous faut vite « agir ». Comme nous -les psychologues et médecins écoutants - ne pouvons pas agir dans le réel (en accueillant le jeune, en l'accompagnant dans ses démarches, en posant des limites face à face...), notre action et notre mission dans ce travail ne seront accomplies que si nous nous représentons correctement la situation et comprenons les éléments en jeu, pour pouvoir offrir au moins un élément de réponse dans le réel, à savoir, des informations adéquates et une orientation cohérente. Par ailleurs, en tant que psychologues, nous avons été formés à l'écoute qui est fondamentale pour notre travail et ne nous pose pas de problème. Toutefois, lorsqu'elle s'avère insuffisante, il nous faut être cohérents dans les informations et l'orientation proposées.

Je suis, toutefois, consciente d'une dérive qui guette l'écouter psychologue intervenant dans ce cadre de travail spécifique. La frustration de ne pas avoir le jeune en face et de ne pas disposer du temps pour l'accueillir et agir dans le réel se transforme en sentiment de toute puissance qui nous fait croire que nous avons et nous devrions avoir une réponse à tout. Cette illusion d'omnipotence peut nous laisser penser, dans le cas d'une tentative de suicide en cours par exemple, que nous pouvons sauver le jeune appelant ou au contraire, lorsque nos capacités de persuasion ont été moins efficaces, que nous pouvons le détruire. Nous oublions alors que le sujet, bien que jeune, a un libre arbitre et, donc la capacité de choisir dans la contrainte certes, la vie ou la mort.

² Si une orientation est nécessaire

Nous nous devons d'être humbles et de rappeler à notre attention comme à celle de l'appelant à la recherche d'une réponse rapide à ses difficultés que « la bonne parole », la « parole juste », relèvent de la chimère ou du cinéma. Dans la réalité, nous ne pouvons pas détenir la vérité, notre rôle est donc bien de questionner, réfléchir, comprendre et non pas de délivrer une formule incantatoire qui résoudrait tous les problèmes.

Nous nous devons -comme tous les professionnels qui travaillent auprès des adolescents- de leur faire confiance. Malgré leur souffrance, leur situation ou un comportement difficile, ils sont -pour la plupart- capables de s'en sortir même sans l'accès à un réseau d'aide. Cette certitude est nécessaire afin de créer une relation de confiance et de respect réciproque. Il nous faut alors leur laisser du temps et accepter qu'une prise en charge, qu'une acceptation de soin, qu'une demande d'aide se construisent mentalement et émotionnellement dans une certaine temporalité. Nous devons lutter contre la tendance au mimétisme avec le fonctionnement adolescent, selon laquelle nous -adultes- exigeons de notre interlocuteur des changements rapides, dans l'immédiateté, sans respecter une période d'évolution, de structuration et de changement.

Nous devrions nous garder de tout déterminisme, la personnalité du jeune adolescent n'est pas que le fruit de son expérience passée puisqu'elle est en construction, le futur est donc un champ entièrement ouvert. Il ne faut pas que l'on projette nos échecs et nos frustrations face à la situation, et par là même, que l'on conditionne l'avenir de notre jeune en difficulté. Nos attentes sont parfois excessives, n'oublions pas que l'adolescent fait en mesure de ses moyens, en fonction de ce qu'il a appris à faire.

Toutefois, à long terme, face aux adolescents difficiles, tout cela est bien plus facile à dire, à penser, qu'à mettre en oeuvre. Mais il est important, à mon sens, de le garder à l'esprit.

3.2) Apports liés au niveau théorique : éléments conceptuels de réflexion qui retentissent dans ma pratique professionnelle

Cette partie du travail sera consacrée aux différents apports théoriques délivrés aux cours de séances du DU. Ils m'ont aidé dans ma réflexion et par la suite à mieux gérer certaines situations dans mon travail.

3.2.1) Le mal être à l'adolescence : le « choix » de la vie ou de la mort

Une grande partie de notre travail relève de l'écoute d'adolescents souffrant d'un mal-être sérieux dont les idées suicidaires sont très envahissantes. Toutefois, la gestion de la tentative de suicide en cours ne concerne (en temps passé et en pourcentage) qu'une infime partie de notre travail, bien heureusement. Ces situations ne sont pas faciles à gérer, ni à entendre, car elles interrogent le principe même de la vie. Même si le suicide a toujours existé dans les cultures et qu'il a depuis longtemps été source de réflexions éthico-morales ; nous vivons aujourd'hui dans une société où le suicide, sans être tabou, est un « mal à combattre ». Socialement, nous n'acceptons pas que quelqu'un décide de se donner la mort, un texte de loi du Code Pénal concernant « la non assistance à personne en danger » en témoigne. Cet article prône l'obligation d'agir pour toute personne ayant connaissance que la vie d'autrui est en péril. Un arrêt rendu par la 11e chambre de la Cour d'appel de Paris (28 novembre 1986) est spécifique au cas du suicide : " ... *la volonté d'une personne de mettre fin à ses jours par suicide, et donc de se mettre elle-même dans une situation de péril, ne dispense pas de l'obligation de porter secours, devoir d'humanité lié à la protection de la vie d'autrui* »³. Cette obligation d'agir face à quelqu'un qui veut se donner la mort (ou qui est en péril) est d'autant plus importante pour les professionnels de santé auprès de qui elle est renforcée (médecins, infirmiers, chirurgien-dentiste, etc).

Nous avons donc l'obligation légale d'intervenir. Mais que faire lorsque notre interlocuteur refuse de sortir de l'anonymat alors même que nous ne disposons pas des moyens techniques de connaître ses coordonnées ⁴? Cette obligation légale, et qui plus est, cette morale d'action rendent les cas où l'on refuse notre aide - soit une minorité des tentatives de suicide heureusement- très difficile. Elles sont alors à l'origine d'angoisse, d'impuissance et de frustration pour l'écouter. Nous nous trouvons face à une situation contradictoire : nous assurons notre jeune interlocuteur de son anonymat mais, dans certain cas, celui-ci est levé (en cas de suicide). Cette contradiction n'est qu'apparente car, le jeune

³ D'après le site internet : www.aapel.org/textesdeloi.html#nonassistance

⁴ Dans le cas d'appel passé d'un portable (la police seule peut faire les démarches pour reconnaître quelqu'un à partir d'un portable) ou d'un numéro masqué

appelant dispose de différentes stratégies pour masquer, s'il le souhaite, son identité (numéro masqué, portable...ou tout simplement raccrocher le combiné du téléphone). C'est dans ces situations d'urgence vitale que le phantasme de toute puissance du professionnel (accru par l'obligation légale de secours) est réduit à néant. Le sentiment d'omnipotence (« *je peux sauver quelqu'un en ce moment* ») se transforme en impuissance (« *je n'ai rien pu faire* »).

Comme indiqué ci-dessus, il existe deux types de tentatives de suicide. Dans la majorité des cas, la sortie de l'anonymat est obtenue avec plus ou moins de difficulté et un secours est possible. Mais, quelques fois l'appelant (jeune majeur notamment) refuse de sortir de l'anonymat et une intervention dans le réel n'est pas possible. Les apports théoriques avancées dans ce DU m'ont ainsi aidée à comprendre ces deux cas de figures. Il faut aussi tenir compte de connaissances acquises dans mon cadre de travail sur FSJ où j'ai eu l'opportunité de suivre une formation « à la crise suicidaire », ainsi que des diverses réflexions autour du suicide lors de réunions cliniques. Ce sont toutes ces instantes de réflexion qui m'ont énormément aidé à gérer les cas des appels en crise suicidaire.

En préambule, il me paraît important de s'interroger sur le sens du suicide. Comment se positionner en tant que professionnel face à cela et le rendre plus compréhensible? Bien que chaque adolescent suicidant soit différent, je pense qu'ils en partagent une lecture commune : outre le symptôme d'une profonde souffrance, le suicide est perçu comme une solution envisageable à leurs multiples problèmes, conflits, souffrances. Quand la personne a épuisé toutes ses ressources émotionnelles, cognitives et comportementales pour faire face, il passe à l'acte en pensant qu'il s'agit de l'unique solution dont il dispose pour abrégier sa souffrance. Plus que la mort, le jeune suicidant chercherait un arrêt de sa douleur. Ainsi, les jeunes suicidaires affirment ne pas vouloir mourir mais désirer « que ça s'arrête ». Désespérés, perdus et épuisés par leur lutte contre le mal-être, la mort devient progressivement l'ultime solution (ce sentiment d'impuissance est d'autant plus important lorsqu'ils ont été suivis en thérapie et que leur situation n'a -selon eux- changé en rien).

Interpréter le suicide comme la recherche d'un apaisement, comme une solution à la souffrance, et non pas comme une fascination de la mort m'a aidée lors des crises suicidaires. Souvent, le jeune suicidant, submergé par la souffrance et la douleur, n'est plus capable de réfléchir à la portée réelle de cet acte. J'ai constaté qu'en analysant avec eux son sens (une

solution à la souffrance) peut déclencher l'acceptation d'aide (soit chez un jeune profondément déprimé qui accepte de prendre les coordonnées d'un CMP ou d'un Point Accueil Ecoute Jeunes, soit chez un jeune suicidant qui accepte de sortir de l'anonymat). En leur montrant qu'ils pensent au suicide car ils n'ont pas pu faire autrement malgré tous leurs efforts, que d'autres solutions existent (même si c'est difficile à concevoir) et que des professionnels peuvent les aider, peut effectivement les rassurer, les soulager et amortir une crise suicidaire. Leur expliquer avec des mots adéquats à leur âge et situation qu'être « en souffrance ce n'est pas un choix, c'est une contrainte. Une contrainte qui est un appel aux autres à intervenir » (Jeammet, 2004).

Pour Jeammet, l'adolescent, pris au dépourvu de changements pubertaires qu'il ne contrôle pas, peut être amené à croire que son corps est le seul élément dans sa vie qu'il peut maîtriser. Dans une période où l'autonomie et l'individualisation (et notamment les parents) sont fondamentales, où les changements corporels, affectifs et cognitifs sont importants, l'adolescent perd la maîtrise de soi. La destruction peut alors devenir une manière d'exister par soi-même (scarifications, conduites addictives, sports à risque). Ainsi, lors d'une période émotionnellement difficile (dépression, conflit familiaux, changements internes, échec scolaire, etc), l'adolescent peut être amené à penser qu'il « peut choisir de mourir » (citant Jeammet lors d'une conférence du DU). Cet état de fait est confirmé par les statistiques puisque les suicides sont la deuxième cause de mort juvénile après les accidents de la route. Toutefois, il est important de comprendre que ce choix n'est pas effectué librement, mais sous la contrainte de la souffrance et dans l'espoir d'y mettre fin. Le sujet est libre quand -dans son état d'esprit- il dispose, dans son action, de plusieurs choix. S'il n'a qu'une seule possibilité, il ne peut donc exercer son libre arbitre.

Disposer d'une grille de lecture théorique de base, ajustable à chaque adolescent m'a rendue capable de leur parler ouvertement. Toutefois, ceci est parfois difficile à mettre en pratique lors d'une crise suicidaire.

Comment peut-on comprendre alors que ces adolescents ou jeunes adultes qui appellent lors d'un passage à l'acte refusent toute aide ? La première fois que cela m'est arrivé, mon interlocuteur m'a apporté un élément de réponse. Il se trouvait dans une situation de précarité générale importante. Après lui avoir proposé toute sorte d'aide, en essayant de nouer un lien avec lui, alors qu'il menaçait de se jeter sous le train, je lui ai posé la question

suiuante « *mais alors, pourquoi vous appelez ici si vous ne voulez pas être aidé ?* ». Dans une immense colère, il a crié qu'il souhaitait que quelqu'un sache qu'il allait mourir. En effet, ce jeune garçon, qui errait dans les rues depuis des mois, était très seul, sans éléments de vie positifs évidents auxquels il aurait pu se raccrocher. La mort était pour lui une solution, mais il ne voulait pas passer à l'acte sans l'avoir dit à quelqu'un. C'est suite à cet appel que j'ai arrêté d'être convaincue -peut être à tort- que si un suicidant téléphone, c'est forcément parce qu'il souhaite de l'aide (ce qui n'empêche pas que je ferai tout pour le convaincre d'accepter). Un deuxième élément de réponse, m'est parvenu dernièrement lors de la médiatisation de cas de suicide « à deux ». Je n'ai pas pu m'empêcher de faire un lien avec ce jeune homme d'une vingtaine d'années qui ne voulait pas mourir seul, dans l'anonymat.

S'ils ne recherchent pas forcément d'aide, alors que souhaitent ils obtenir dans l'appel ? Ils désirent peut être une *reconnaissance* de leur souffrance, de leur acte et un accompagnement. Cherchent-ils à ne pas mourir seuls comme ces filles qui se défenestrent à deux ? Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question, il me semble que nous devons rester vigilants et mettre de limites bien claires dans ces situations pour ne pas succomber à l'illusion d'omnipotence que j'ai évoquée plus haut. Dans certains cas, les jeunes sont si déterminés à passer à l'acte, que quoi que l'on dise, ils le feront. Nous devons donc être conscients des limites de notre action et ne pas nous penser tous puissants.

3.2.2) Autorité Parentale : obligation d'agir en cas de danger ?

Au cours de la formation, une réflexion commune a été menée sur le thème de l'autorité parentale. Nous avons vu qu'afin de mieux analyser les situations familiales, il faudrait distinguer les trois dimensions de la parentalité : son exercice (la désignation des parents, sa structure), son expérience (qui regroupe les aspects subjectifs du processus de parentification), et sa pratique (les soins parentaux et les diverses interactions parent-enfant). Au point de vue juridique, le terme d'Autorité Parentale est relativement nouveau en France puisqu'il est entré dans le code civil en 1970 (par opposition à la puissance paternelle). Ce concept est apparu au moment où l'on commençait à concevoir un dispositif de protection de l'enfance. Alors que l'autorité avait une notion de fonction, de devoir à accomplir, les parents deviennent des adultes qui doivent protéger physiquement et moralement leurs enfants. Aujourd'hui, les temps ont changé et on parle désormais d'une crise de l'autorité parentale, « la famille n'a plus la même autorité, ni auprès des membres les constituants, ni auprès de la

société » (Coutrot, 1983). Il existerait aujourd'hui une modification du rapport de la famille avec l'appareil social. Comme dit Marcelli (2007) « Aujourd'hui tant de jeunes parents semblent dans l'incapacité de dire « non » à leurs enfants... Dire « non » à un enfant, s'il n'y a pas une situation impliquant un risque majeur pour sa santé ... s'apparente à un acte d'autoritarisme, gratuit au minimum, voire éventuellement à une manifestation de sadisme parentale ».

Ce thème m'a permis de réfléchir à certaines situations auxquelles je suis confronté dans mon travail. En effet, parfois, ce ne sont pas les adolescents qui ont du mal à respecter l'autorité parentale, mais plutôt les parents qui ont du mal à faire valoir leur Autorité. Et quand je dis Autorité Parentale je fais référence à la parentalité en tant que pratique, à l'autorité en tant que devoir de soin des enfants.

Quelques parents d'adolescents (souvent la mère) appellent sur Fil Santé Jeunes car ils sont préoccupés par l'état psychologique de leur enfant. Il faut encore rappeler que la mission de Fil Santé Jeunes n'est pas celle de donner une écoute large aux parents car c'est une ligne exclusivement dédiée aux jeunes (12 -25 ans); si jamais on décide d'écouter un parent on assume donc de se mettre hors cadre. D'après certains appels de parents j'ai pu constater qu'ils décrivent souvent un jeune fortement déprimé, qui exprime ouvertement des idées de suicide, et refuse les soins. Ceci peut générer des situations très conflictuelles au sein d'une famille. Cette situation est certainement difficile à gérer pour les parents, le jeune parfois présentant un comportement d'opposition très marqué. Certains pensent que, s'ils brusquent leur enfant, cela risque d'aggraver son état. De plus, s'il s'agit d'un grand adolescent -proche de la majorité-, certains parents peuvent avoir tendance à -trop- respecter son avis et sa position. Ils sont alors pris dans sa souffrance, paralysés par celle-ci et ne trouvent donc pas d'issue à cette situation. Ils oublient -à mon sens- qu'ils restent des parents et qu'ils peuvent faire valoir leur autorité puisqu'ils ont une obligation de soin. Ils « oublient » qu'ils peuvent dire « *non, je n'accepte pas que tu sois dans cet état, c'est dangereux et j'ai le devoir de te protéger (parce que je t'aime et parce que je suis ta mère)* ». Il existe parfois une tendance à trop respecter l'avis du jeune, son autonomie et sa capacité de décision. Par conséquent, ces familles se trouvent submergées par sa problématique sans pouvoir y faire face. Pour exemple, lorsqu'un membre de la fratrie est concerné par l'anorexie mentale, celle-ci modifie progressivement et insidieusement les relations familiales. Une restructuration s'opère et délivre à l'anorexique le pouvoir décisionnel dans des domaines ne

relevant pas de l'enfance (monde du repas : choix du menu, les courses au supermarché, la cuisine). Les parents se trouvent pris dans des rapports de force, dans une inversion ou une confusion des rôles et finissent tyrannisés par la maladie (conflits permanents avec l'adolescente, changement du rythme des repas et des menus, restriction des sorties à l'extérieur et des liens sociaux à l'intérieur du foyer, etc).

Certains parents semblent méconnaître le fait que, si l'on peut négocier avec un adolescent, on ne doit pas lui laisser une liberté totale de choix. Il est toujours en construction identitaire et, donc, a encore besoin de limites. Celles-ci doivent être fixées par les adultes afin de lui servir de repères. Le « non » de l'adulte sert à l'enfant à s'affirmer et à se différencier : « On ne comprend rien à l'autorité si l'on pose pas comme principe premier que l'autorité autorise avant d'interdire » (Marcelli, 2007). Pouvoir dire non est d'autant plus important quand l'adolescent est malade ou en souffrance. Je pense que, dans ces cas-là, il faut rappeler aux parents qu'ils ont le droit (et le devoir) d'exercer leur autorité car -comme dit Jeammet- la souffrance de leur enfant n'est pas un choix, mais une contrainte. Cette souffrance est un appel à l'aide qui ne peut pas être dit avec le langage. Si leur enfant est malade, s'il risque sa vie, ils ne doivent pas attendre son accord pour effectuer une prise en charge. En effet, celui-ci n'est pas en condition de prendre cette décision, ou au moins, de l'exprimer verbalement. « Dans ces cas l'appel aux tiers il faut savoir l'imposer, quoi qu'en dise le sujet, pour faire contrepoids à ses contraintes internes » (Jeammet, 2004).

Il faut, selon moi, rappeler aux parents qu'ils doivent agir lorsque leur enfant souffre d'une pathologie mettant en jeu la question vitale. Au cours de ma pratique, j'ai constaté qu'ils sont à la fois surpris et soulagés par le simple rappel de cette obligation. Ils semblent avoir besoin qu'une instance externe -sociale, médicale- autorise et légitime l'utilisation de la contrainte envers leur enfant (afin qu'ils ne se sentent pas des tyrans, des sadiques ?).

Dans les cas les plus graves, la simple autorité parentale s'avère insuffisante. Les parents se trouvent dans l'impossibilité matérielle de conduire leur enfant dans un centre de soin à cause de ses troubles du comportement et de sa violence. Il peut alors être positif de les informer de l'existence de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Ce dispositif a été pensé pour « la famille dans le souci de préserver la protection des proches par l'hospitalisation » (Bourdeux, 2004).

Il est certain que cela relève d'une réflexion éthique et philosophique qui n'est pas encore tranchée. Comme l'a écrit Bourdeux (2004), l'obligation de soin « touche à l'une des principales libertés de l'homme, la liberté d'aller et venir librement ». Si la famille se positionne du côté des libertés individuelles, obliger l'enfant à se soigner peut lui apparaître comme inconcevable puisqu'il relève de son libre choix d'accepter ou de refuser la prise en charge. Cette position me semble proche de la vision de l'antipsychiatrie des années soixante-dix qui concevait le malade comme responsable de son traitement et qui percevait l'enfermement comme un emprisonnement. Dans cette perspective, la maladie mentale, elle-même est mise en cause puisqu'elle relèverait du mythe, d'un fait social. Sans nier les apports de l'antipsychiatrie à l'amélioration de la prise en charge, il ne faut oublier ni l'importance de la souffrance des patients ni la réalité intrinsèque de la maladie mentale.

Au contraire, si l'on considère que le sujet malade n'est pas libre (car assujéti à ses contraintes internes), le forcer à se faire soigner, c'est lui permettre de retrouver une liberté perdue sous le joug de la maladie. En proposant cette réflexion aux parents, nous facilitons leur action en les déculpabilisant. Dans une situation de souffrance, leur enfant est incapable de désirer son propre épanouissement ; ils ne vont donc pas à l'encontre de son désir de bien-être.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers n'est pas une démarche facile pour la famille, il faut donc rester prudent. Effectivement, comme l'écrit Bourdeux (2004), elle peut causer une « dégradation des liens familiaux ...interpeller un membre de la famille pour rédiger la demande d'intervention à la demande d'un tiers peut générer une rupture des relations familiales ». Je n'ai pas une très longue expérience professionnelle, toutefois je pense que dans le cas d'enfants ou d'adolescents (déprimé, suicidant, anorexique, toxicomane...), les parents disposent de la légitimité (sociale, familiale) suffisante pour que l'individu contraint puisse comprendre un jour cette démarche. Dans ma pratique auprès d'anorexiques adultes, j'ai pu les entendre maintes fois regretter le manque de fermeté de leurs parents, elles auraient souhaité qu'ils les obligent à se faire soigner dès qu'ils se sont rendus compte du problème (avant que la maladie s'installe dans la chronicité et qu'elle devienne plus difficile à prendre en charge).

Il ne faut pas oublier que les comportements d'opposition sont caractéristiques de la période de l'adolescence ; quand l'adolescent souffre d'une pathologie, ces comportements

peuvent s'amplifier. Chercher à avoir le consentement de l'adolescent malade peut s'avérer une tâche difficile, et surtout dangereuse. Je partage donc tout à fait l'avis selon lequel « ne pas exercer d'autorité, c'est abandonner l'enfant à lui même, à la tyrannie de ses besoins et de ces contradictions » (Jeammet, 2004).

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, j'ai essayé de mettre en évidence les apports de ce DU à ma pratique professionnelle. La nature particulière de Fil Santé Jeunes ne m'a pas facilité la tâche. L'absence de suivi à long terme des appelants limite la possibilité de se représenter ces jeunes dans le temps et dans leur évolution. Il nous impose de fournir une réponse et une orientation la plus adéquate possible car il n'y aura pas un après coup. En ce sens, nos appels sont urgents. C'est pour avoir une meilleure connaissance des réseaux de prise en charge des adolescents en difficulté et assumer au mieux ma fonction qu'il m'a paru important de suivre cette formation.

Ce DU m'a permis de me construire une représentation du suicide de jeunes. J'ai constaté que certains apports théoriques m'ont aidé à mieux gérer les crises suicidaires. En effet, envisager le suicide comme une solution et non pas comme une recherche effrénée de la mort, m'a permis de comprendre la démarche de ces jeunes, de pouvoir leur en faire prendre conscience et de les aider à envisager d'autres solutions. Aujourd'hui, je me sens mieux outillée pour entendre que se faire du mal n'est jamais un choix libre. Si le jeune pense au suicide, son passage à l'acte n'est pas le fruit de son libre choix mais il est fait sous la contrainte (contrairement à ce qu'il peut penser). Cette représentation me permet de mieux gérer la crise suicidaire car je peux y donner un sens ; toutefois, il ne s'agit d'une formule propitiatoire, mon interlocuteur aura le dernier mot.

Nous avons aussi vu que dans nos sociétés actuelles, le « non » parental représente un enjeu décisif dans l'éducation, bien qu'il soit difficile à dire pour certains. Il est certain qu'il est « le symbole de l'interdiction, de la limitation, en un mot de l'autorité dans sa dimension contraignante et coercitive » (Marcelli, 2007), mais il semble avoir été oublié que ce même mot a également une dimension structurante pour l'enfant et l'adolescent dans la construction du sentiment d'identité. C'est cet aspect que nous, en tant que soignants, devons révéler aux familles. Nous devons faire des efforts pour lutter contre le constat établi par Marcelli, selon lequel « il est de plus en plus facile pour un enfant de dire « non » ; il est de plus en plus difficile aux parents de dire « non ». Ce dernier est trop facilement assimilé à un désir de soumission, à un abus d'autoritarisme, à une menace pour l'équilibre affectif et cognitif de l'enfant : les parents ont été privés de cet outil éducatif que l'on a rangé au rayon

de toxines relationnelles ». Nous devons montrer son intérêt aux parents et les doter de cet outil éducatif, surtout dans le cas d'adolescent victime d'un affaiblissement du moi.

Je suis très satisfaite de ce DU qui a contribué à mon développement professionnel en me fournissant de nouveaux outils pratiques et théoriques. Toutefois, l'intitulé de ce DU « Les Adolescents Difficiles..... » me paraît un peu réducteur. En effet, ce n'est pas tant que les adolescents soient difficiles, mais plutôt qu'ils mettent les adultes en difficulté. Comme le dit Jeammet, « le problèmes des adolescents, c'est les adultes ».

Cette terminologie ne permet pas de déterminer si l'on traite d'une vision de l'adolescence en général ou de certains adolescents qui seraient plus difficiles que les autres-. Je pense que parler d'« adolescent difficile » relève du stigmat -au sens de Goffman (1963)-.

Cet auteur montre que la stigmatisation modifie les enjeux relationnels et engendre une adéquatation du sujet au stigmat social dont il a été nommé. Un enfant qualifié de « pénible» n'aura pas d'autre choix que d'agir en enfant difficile, car quoi qu'il fasse son comportement sera interprété comme tel par les autres, au regard de ce stigmat. La représentation des autres influence la manière dont l'enfant (ou le sujet) se perçoit lui-même, et en même temps, la représentation des autres conditionne leurs attentes par rapport à son comportement. L'enfant est prise au piège du stigmat (représentations, attentes de l'autre) et du coup, tout changement est plus difficile à mettre en place car il est attendu qu'il se comporte comme un enfant pénible.

Plus que « Adolescents difficiles » l'expression « Adolescents en difficulté » me semblerait plus appropriée. Elle ne cherche pas à qualifier la nature de ces adolescents et ne les rend pas responsables de leur difficulté. Définir ces adolescents comme difficiles brosse en creux l'image de ce qu'ils devraient être en les opposant aux « adolescents prétendument faciles ». C'est aussi tomber dans le piège de la normalisation identitaire, tant pratiquée en psychiatrie et en psychologie. La qualification de « dépressif », « schizophrène », « anorexique » borne l'identité du patient, le réduit à sa maladie ou à son affection (qui n'est pourtant pas constitutive de sa personnalité propre). Je préfère dire -même si c'est plus long- cette personne souffre d'anorexie ou souffre de schizophrénie, car cela aide le sujet à ne pas se sentir enfermé, identifié à la maladie. Celle-ci ne peut pas à, elle seule, conditionner le sujet en tant que personne, elle n'est qu'un état même s'il peut être chronique. Concevoir

l'affection comme un fait troublant l'état de la personne et non pas comme constitutif de son identité renforce, à mon avis, l'idée qu'un changement est possible et circonscrit la maladie dans le temps. Au contraire, le changement est plus difficile si l'on se sent habité, si l'on est défini, par soi ou par autrui, par la maladie ou une difficulté.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et livres

BOURDEUX, C. (2004) Hospitalisation sans consentement et obligation de soins en psychiatrie. Soins psychiatrie. 231 :7-8

CLOUTIER, R. (1996) Psychologie de l'adolescence. Québec : Gaëtan Morin Editeur.

COUTROT, A.M. (1983) Le point de vue des parents. Dans « L'autorité parentale à l'adolescence, entretiens de Bichat 1982 ». Neuropsychiatrie de l'Enfance. 31 (7) : 333-374

DEMOULIN, J. (1996) L'écoute téléphonique urgente. Journée scientifique du samedi 12 Octobre 1996

JEAMMET, P. (2004) L'adolescent, aujourd'hui : réflexions d'un clinicien sur la violence à l'adolescence. Bulletin Académique Nationale de Médecine. 188 (8) : 1347-1360

GOFFMAN, E. (1963) Stigmate : les usages sociaux des handicaps. Paris : Les Editions de Minuit

LE VAN, C. (1998). Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan

MARCELLI, D. (2007) Dire non, un enjeu décisif dans l'éducation contemporaine. Enfances Psy. 35 : 135-143

Site internet

www.aapel.org/textesdeloi.html#nonassistance