

# « FAMILLES ET ADOLESCENTS : DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

*Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009*

**Congrès organisé par Pégase Processus**

Siège Social :

19 rue Jean Magloire d'Orange – 22000 St-Brieuc  
Tél. **02 96 78 37 05** - Fax: 02 96 78 68 47

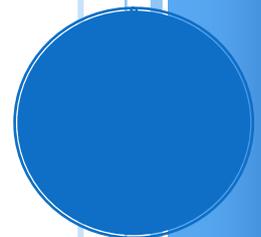
Antenne :

23 avenue Gaston Berger – 35000 Rennes  
Tél : 02 23 46 42 16 – Fax : 09 65 13 14 08

secretariat@pegaseprocessus.fr

<http://pegaseprocessus.fr>

**2 et 3 avril 2009**





# « FAMILLES ET ADOLESCENTS : DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

## Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009

### TABLE DES MATIÈRES

Introduction .....	6
PROGRAMME DU CONGRES VENTS D'OUEST 2009 .....	12
<b>PROGRAMME DU 2 AVRIL 2009</b> .....	15

#### CONFÉRENCES DU 2 AVRIL 2009

1 - LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'ADOLESCENT AU REGARD DE LA PSYCHANALYSE TRANSGENERATIONNELLE : NAITRE A L'AGE ADULTE (9h15) <i>Didier DUMAS</i> .....	16
2 - L'APPROCHE-MEDIATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE : PHILOSOPHIE, METHODES, RESULTATS (10h45). <i>Daniel COTE, directeur de la Protection jeunesse de Québec</i> .....	23
3 - AGIR EN CONSCIENCE RESPONSABLE : L'AUTORITE EN QUESTIONS (11h30) <i>Jean-Marie PETITCLERC</i> .....	36
4 - CRISES DES ADOLESCENTS : MODELES EDUCATIFS EN EVOLUTION (16h30) <i>Jean-Guy HEMONO</i> .....	39

#### ATELIERS DU 2 AVRIL 2009 (14h00 - 16h30)

Atelier n°1 : CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES ADOLESCENTS ET SEXUALITE <i>Didier DUMAS</i> .....	64
Atelier n°2 : AGIR : UN EXEMPLE DE MODELES EDUCATIFS ET DE CONSTRUCTION D'UN DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT EN RESEAU <i>SAPHIR, Sauvegarde 56</i> .....	65
Atelier n°3 : PREVENIR LES MESURES JUDICIAIRES : L'APPROCHE-MEDIATION ET LA NEGOCIATION SUR INTERET, DE L'AUTORITE A LA RELATION D'AIDE <i>Daniel COTE</i> .....	66
Atelier n° 4 : ADOLESCENTS DANS L'IMPASSE : LA PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE DANS UNE UNITE DE SOINS SPECIFIQUE <i>L'équipe de l'Unité d'accueil médico-psychologique Anjela Duval</i> .....	68
Atelier n°5 : ACCUEILLIR LES ADOLESCENTS TOXICOMANES ET LEUR FAMILLE : LA RELATION D'AIDE (APPROCHE SYSTEMIQUE) <i>Monique HALLEY, St-Lô</i> .....	76
Atelier n°6 : PRENDRE SOIN DES ADOLESCENTS QUI ONT DES PARENTS DEPENDANTS A L'ALCOOL : UN EXEMPLE DE GROUPE D'ADOLESCENTS <i>Janick LE ROY, Dr Matthias WISS</i> .....	77
Atelier n°7 : PREVENIR LES CRISES EN MILIEU SCOLAIRE <i>Jean-Paul GODET</i> .....	80
Atelier n°8 : EXPOSITION : LA VIOLENCE EN PARLER POUR CHANGER ! .....	91

## CONGRÈS VENTS D'OUEST 2009 : «FAMILLES ET ADOLESCENCE : de la chrysalide au papillon»

Atelier n°9 : "PRENDRE OU DONNER", LE DILEMME DES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES <i>Catherine DUCOMMUN-NAGY</i> .....	93
Atelier n°10 : L'AUTORITÉ EN QUESTIONS <i>Jean-Marie PETITCLERC</i> .....	94

<b>PROGRAMME DU 3 AVRIL 2009</b> .....	<b>95</b>
--	-----------

### CONFÉRENCES DU 3 AVRIL 2009

1 - L'APPORT DE LA THÉRAPIE CONTEXTUELLE POUR LA COMPRÉHENSION DES TROUBLES DES CONDUITES CHEZ LES ADOLESCENTS (9H00) <i>Catherine DUCOMMUN-NAGY</i> .....	96
2 - L'ÉTHIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS (10H30) <i>Lazare BENAROYO</i> .....	103
3 - LES ADOLESCENTS D'AUJOURD'HUI : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES (11H15) <i>Marie CHOQUET</i> .....	104

### ATELIERS DU 3 AVRIL 2009 (14h00 – 16h30)

Atelier n°1 : COMPRENDRE LA DUPLICATION DES STRUCTURES TRANSGÉNÉRATIONNELLES <i>L'équipe de Didier DUMAS : Nicole RIVIERE et Isabelle MONTAGNE</i> .....	144
Atelier n°2 : ACCOMPAGNER DES ADOLESCENTS SUICIDAIRES : OUTILS D'INTERVENTION ET D'ÉVALUATION <i>L'équipe du Centre Jeunesse de Québec</i> .....	145
Atelier n°3 : ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES ADOLESCENTS ET LEUR FAMILLE EN SITUATION DE CRISE : "HORS DE LA FAMILLE, POINT DE SALUT" <i>L'équipe Espace, Centre Régional du CHU et de la Maison des Adolescents de Nantes</i> .....	146
Atelier n°4 : SOIGNER LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES : UNE PRATIQUE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS .....	160
Atelier n°5 : L'UTILISATION DU SOI DE L'INTERVENANT DANS LA THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE AVEC DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE <i>Anne-Pascale MARQUEBREUCQ et Grégoire NYSSENS, Le Tamaris</i> .....	161
Atelier n°7 : COMMENT PARLER AUX ADOLESCENTS POUR QU'ILS NOUS ÉCOUTENT ET COMMENT LES ÉCOUTER POUR QU'ILS NOUS PARLENT... AVEC LA COMMUNICATION NON VIOLENTE <i>Michelle GUEZ</i> .....	162
Atelier n°8 : COMMENT ABORDER PRATIQUEMENT LES ENJEUX ÉTHIQUES DANS LES ACTIONS AUPRÈS DES JEUNES ? <i>Lazare BENAROYO</i> .....	164
Atelier n°9 : PRÉVENIR ET ACCOMPAGNER LES TROUBLES ET CONDUITES DES ADOLESCENTS <i>Marie CHOQUET</i> .....	165
Atelier n°10 : LA MOTIVATION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES : CONTROLER OU INFLUENCER ? <i>Claude MARCOTTE</i> .....	160

<b>ANNEXES</b> .....	<b>169</b>
----------------------	------------

**Organisé par :**



**En partenariat avec :**

- LA VILLE DE ST-MALO  
[www.ville-saint-malo.fr](http://www.ville-saint-malo.fr)
- CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC  
[www.centrejeunessedequébec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca)
- LA SAUVEGARDE 56  
[www.sauvegarde56.org](http://www.sauvegarde56.org)
- OP+ION «Une alternative à la violence conjugale»  
[www.optionalternative.ca](http://www.optionalternative.ca)
- ASSOCIATION FRANCE-QUEBEC  
[www.france-quebec.asso.fr](http://www.france-quebec.asso.fr)

**PUBLICATION DES ACTES DU CONGRES :**

**AUTEURS :** Les conférenciers et intervenants au Congrès

- Jean-François Croissant, Frédéric La Belle, Janick Le Roy de Pégase Processus
- Monique Halley, Centre Bateson de St-Lô, France
- Dr Lazare Benaroyo, Suisse
- Marie Choquet, France
- Dr Catherine Ducommun-Nagy, Drexel University de Philadelphie, Etats-Unis
- Didier Dumas, France
- Dr Laure Bleton, Mme Coum et M. Bodenes, Service Anjela Duval, France
- Dr Benoît Robin, Marie-Laure Bernard, Anne Fourage, Laurence Thierry, Centre Espace du CHU de Nantes, France
- Michelle Guez, France
- Claude Marcotte, Québec
- Jean-Marie Petitclerc, France
- Nicole Rivière et Isabelle Montagne, Jardin d'Idées, France
- Anne-Pascale Marquebreucq et Grégoire Nyssens, La Tamaris, Belgique
- Jean Lavoué, Jean-Guy Hémono, Kathryn Mainil, La Sauvegarde 56, France
- Jacques Laforest, Sylvie Bilodeau, Agathe Proulx, Richard Couture, Centre Jeunesse de Québec, Québec
- Daniel Côté, Gilles Mireault, Protection Jeunesse de Québec (Québec)
- Dr Wiss (France), Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Bain de Bretagne

**COORDINATION :** Jocelyne Guillon, attachée aux directions pédagogique et administrative, Pégase Processus

**MISE EN PAGE :** Marie-Amélie Pinard et Jocelyne Guillon

**RELECTURE :** Annick Renaud-Berna, formatrice à Pégase Processus

Parution : mars 2009

**REMARQUE :**

**Toute copie des documents est autorisée à condition qu'y figure la source du document et le nom du ou des conférenciers l'ayant écrit.  
Par exemple: « Extrait de la conférence de Marie Choquet. Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009, organisé par Pégase Processus. »**



## INTRODUCTION

# Familles et Adolescences

« On connaît moins bien l'adolescent que l'enfant » disait Françoise Dolto en tête de chapitre 1 de la « Cause des adolescents ». Marcel Rufo, vingt ans plus tard en ouverture d'une de ses conférences, dira que les adolescents en difficulté ne bénéficient pas de la même protection ou de la même qualité de soins que les enfants. Faciliter leur accès à de meilleures réponses qualitative, mais aussi contribuer à créer les outils d'une meilleure compréhension des dynamiques de cet âge ainsi que des contextes variés et appropriés d'accueil, d'écoute et de soins restent des « causes » à défendre.

Malgré leur part de mystères, les adolescents n'auront peut être jamais été autant affichés. Le miroir médiatique faisant la part belle à la face narcissique hyper individualiste et consummatrice d'une époque où l'accès aux biens n'a jamais semblé si facile, alors même que l'espoir d'un avenir serein se trouble. Les spleens existentiels ne prennent pas la forme de la rage et des utopies ou des désespoirs impuissants des années 80, mais plutôt l'apparence de pouvoir être réconfortés par l'appartenance à un monde réseauté de relations téléphoniques ou virtuelles, de micro-mondes allant de l'amitié amoureuse, à l'organisation de soirées totémiques où la bière et la wii renforcent la cohésion. Le retour au sein du cercle familial est assuré face à un monde incertain et il faut peut être inventer le concept d'une post-adolescence. Toutefois, les statistiques nous annoncent que 85% des 5.5 millions d'adolescents (11-18 ans) français vont bien.

Les violences, les consommations d'alcool ou de drogues, les tentatives de suicide ou les suicides aboutis (« Je ne peux pas me résoudre à parler de suicides réussis »), les accidents de la route, les échecs scolaires ou d'insertion constituent l'autre face d'un miroir médiatique où les adultes responsables se rejettent intensément la responsabilité des phénomènes, l'école serait selon les parents la cause des échecs, tandis que pour l'école il s'agirait d'un défaut d'éducation des parents.

Jean-Marie Petitclerc stigmatise ce cloisonnement des lieux :

- de l'adolescent,
- de la famille qui reste pour plus de 80% des ados la référence,
- l'école où ils demeurent minimalement jusqu'à 16 ans,
- la rue où, selon le temps qu'ils y passent, ils y trouvent loisirs, objets de consommation ou encore, un monde alternatif avec ses propres lois et codes. L'ampleur de leur désarroi ou de leurs difficultés pourront se mesurer au temps qu'ils y passent ou aux heures auxquelles ils s'y trouvent et avec qui.

Cette génération est aussi celle qui connaît la mieux ses arrières grands-parents. Mais, c'est aussi celle qui connaît le moins ce que Dolto appelait les plaisirs tactiles (jardinage, ménage, travail du feu, du bois...), qui sont supplantés par les sons et les images. Plus que pour tout autre, elle a l'accès à des milliers de sources d'informations et elle est disposée pour se mouvoir dans les mondes virtuels et les jeux de capacités et d'habiletés supérieures à celles des générations précédentes. Les sociologues et épidémiologistes peuvent s'en donner à cœur joie devant tant de nouveautés.

En dépit de toutes ces transformations culturelles, économiques, sociales accélérées, les adolescents d'aujourd'hui ont tous un nombril comme nous adolescents d'hier ; trace évidente disait Virginie Satir (l'une des grand-mère de la thérapie familiale humaniste) que nous sommes issus d'un engendrement, d'un désir et, pas seulement d'un assemblage de gamètes ; engendrés par des parents issus eux-mêmes d'une lignée, héritiers de la vie.

Cet héritage biologique porte en lui les forces de croissance et de vie inscrite dans chaque cellule de ce corps, il porte aussi la certitude de mourir. Ce corps support biologique matériel devient le lieu de l'esprit et déjà bien avant la naissance est une entité « corps-esprit » où les deux termes réunis en un seul dépassent la vision dualiste cartésienne où seul l'un des termes « l'esprit » « le cogito » définirait qui je suis. Dès avant la naissance de cet amas de cellules émergera l'esprit. Cet esprit est déjà lui-même inscrit dans une identité plus large constituée de son « être en relation ». Parfois même, cette composante symbolique de l'identité, cet « être en relation » précède la conception elle-même. L'être humain est à la fois cette entité plus large constituée de son « être en relation ». Il nous a été rapporté l'exemple d'un couple tous deux définis comme handicapés où la femme a vécu une interruption de règles dès lors où ils se sont dits : « Nous attendons un enfant », même si les tests n'ont pas révélé de grossesse. Quelques semaines plus tard, elle a une perte sanguinolente douloureuse, le couple en éprouve un grand chagrin et elle annonce que le « bébé » s'est décroché. Pour eux, ce « bébé » a été en relation et s'est inscrit dans leur généalogie imaginaire. Ces réflexions qui semblent s'éloigner des préoccupations pour comprendre l'adolescent rejoignent les tentatives du Dr Lazard (Président de la commission de bio-éthique) de définir ce qu'est une personne.

### *La construction identitaire des adolescents, la place de la famille*

**Plus modestement, les adolescents ont à relever ce défi de leur construction identitaire dans un corps en pleine mutation où aucun être humain n'est identique à un autre. Ils prennent forme adulte et sous la pression du bain hormonal pubertaire, voient leur morphologie changer.**

Cette poussée hormonale remodèle le cerveau, les capacités cognitives... Ainsi, le « cerveau adolescent » a ses propres particularités et les pulsions sexuelles relativement tranquilles pendant la phase de latence font irruption et parfois envahissent l'espace psychique. L'adolescent perçoit son entité corps-esprit comme étant lui-même et habité de forces nocturnes et diurnes qui le dépassent. La

perception qu'il devient à même d'engendrer éveille chez ses parents ou beaux-parents des espoirs, mais aussi des frayeurs. Elle invite à redéfinir le relationnel, les groupes de « mêmes » garçons d'un côté, « filles de l'autre » deviennent des lieux de réassurance. Les plus âgés ont des sources d'identification, mais aussi s'inspirent aussi des images que la société offre comme modèle. Il faut alors trouver les parures qui permettent d'être soi suffisamment en conformité avec sa tranche d'âge. Parfois, c'est l'étiquette vestimentaire qui tient lieu d'identité. Gérer les distances relationnelles avec les parents devient vitale. Les événements de la vie familiale ont modelé le vécu relationnel et émotionnel, mais la conscience d'être différencié du couple parental, ou de ce qui leur arrive à eux (« Ce qui arrive à mon père ou à ma mère n'est pas ce qui m'arrive à moi ») n'est pas nécessairement construite.

Par leur style quotidien, leurs choix de vie, leur présence, leurs façons d'éduquer, de transmettre les valeurs de leur lignée ou de les remodeler, les parents ont imprégné leurs enfants de leurs zones d'autonomie, des enjeux non résolus de leurs scénarios narcissiques, les histoires inachevées de leur propre construction identitaire et les éléments dont ils ont eux-mêmes hérité de leurs propres ascendants. Nous avons vu des adolescents se libérer de leurs conduites symptomatiques quand leurs parents ont résolu leur propre questionnement généalogique. Une mère avait appris à ses 20 ans que son père, celui qui l'avait reconnu dès sa naissance, n'était pas son père biologique. Après toute une série d'avatars qui auraient pu être tragiques (tendances suicidaires de son aîné, dépressivité de sa fille âgée de 15 ans, agitation de leur plus jeune fils...), elle aura attendu la fin d'une thérapie familiale et les 20 ans de son fils pour trouver dans une conversation directe (« de personne à personne » comme aurait dit Murray Bowen), un apaisement sur qui « elle est ». Suite à cela, nous avons pu constater un changement radical chez la mère de son physique. En même temps, son mari a également modifié sa façon d'être père. Que notre « corps-esprit » soit influencé par notre « être en relation » familial et social est une expérience aussi banale que de vérifier que notre « corps-esprit » est ce qui nous permet d'entrer en relation.

L'émergence progressive de la sexualité au cours de nos adolescences modèle nos relations aux autres « à 12-13 ans » nous dit Marie Choquet. A travers les « Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité », de Marcel Rufo, Marie Choquet et Anne Carrière, nous constatons que cela se passe plutôt bien : 85% des jeunes s'entendent plutôt bien avec leur père et leur mère (90%), et aiment plutôt l'école (86%), moins de 1% fument quotidiennement et moins de 5% consomment régulièrement de l'alcool, ont déjà volé des objets de valeur, frappé un professeur, utilisé une arme dans le but d'obtenir quelque chose....

« Cependant, tout n'est pas rose, 17% ont déjà volé dans une boutique, 14% ont abimé exprès des biens publics ou privés, 5% sont régulièrement absents de l'école, 6% ont fait une tentative de suicide (1.5% plusieurs), 5% ont fugué, 7% peuvent être considérés comme ayant des troubles dépressifs et 8% ont fréquemment des idées suicidaires. La souffrance psychologique qu'on imaginait plus tardive existe déjà chez les jeunes adolescents. Certains, dit Marcel Rufo, sentent qu'ils vont être en difficulté et « il faut bien que je fasse peur aux autres, sinon j'ai trop peur en dedans ».

*Congrès Vents d'Ouest 2009*

**Didier Dumas** qui anime la première conférence du Congrès Vents d'Ouest 2009 nous fera part des hypothèses de la psychanalyse transgénérationnelle et des effets délétères du manque d'éducation sexuelle, du manque de dire non pas sur la mécanique procréative, mais du manque de dire sur la construction de soi ; alors que la pilule a favorisé l'exploration sexuelle et que les images pornographiques se sont répandues. Didier Dumas nous fera part des conséquences de ce manque d'éducation sexuelle.

Le généalogique n'exerce pas son influence seulement sur la construction identitaire, les adolescents vivent aussi en famille avec leurs parents ou beaux-parents, leur frères et sœurs ou fratrie recomposée. Les postures d'autorité vacillent. Les compétences parentales qui étaient nécessaires pour élever un enfant ne sont pas les mêmes pour aider à grandir un adolescent. Les conflits éclatent, les troubles de la communication s'installent, les violences, les maltraitances, les conduites de pharmacodépendance parentales, les crises économiques, les séparations, les deuils, peuvent déconstruire le tissu familial et fragiliser « l'être en relation » qui cherche à se trouver dans ce corps-esprit bouleversé.

Les équipes éducatives, pluridisciplinaires sont alors sollicitées comme régulatrices ou « réparatrices des troubles ». **Daniel Côté** nous fera part des moyens élaborés par le Centre Jeunesse de Québec pour mettre en place des aides éducatives, en particulier « l'approche médiation » en protection de la Jeunesse.

**Jean-Marie Petitclerc** reviendra sur la part de l'autorité dans le processus éducatif et les significations des formes de violence, mais aussi, sur le cloisonnement des lieux et les oppositions entre la famille et école.

Le parcours scolaire, le positionnement des enseignants soutiennent mais aussi fragilisent, abiment parfois détériorent « l'estime de soi ». Les enseignants et les parents, mais aussi les équipes éducatives sont parfois tour à tour dépassés et plutôt que d'unir leurs forces relatives pour faire face aux problèmes se divisent. Le **Dr Lazare Benaroyo** a introduit les principes de la réflexion éthique médicale auprès d'équipe éducatives, soignantes ou enseignantes.

**Catherine Ducommun-Nagy** prendra le relais en explicitant le poids des événements familiaux sur les manifestations pathologiques de l'adolescent et l'apport thérapeutique de l'approche contextuelle.

**Marie Choquet** illustrera avec ses recherches épidémiologiques récentes les multiples visages de ces adolescents qui par leurs manifestations problématiques nous questionnent.

*Un rendez-vous systémique*

Notre objectif systémique est de relier entre eux des éléments qui l'un sans l'autre deviendraient dénués de sens. Cette introduction un peu abstraite sera largement complétée par des offres pragmatiques, des réflexions d'équipes multidisciplinaires mettant en place des moyens innovants illustrés par la diversité des ateliers où la place des familles est soulignée.

C'est par la prise en compte de la totalité corps-esprit et des relations symboliques et réelles que de nouvelles pistes d'action éducatives, sociales et thérapeutiques peuvent s'ouvrir. La place des familles au cœur des dispositifs est cruciale, de même que les évolutions institutionnelles.

Nos partenaires majeurs qui sont **le Centre Jeunesse de Québec, la Sauvegarde 56** en apportent des illustrations concrètes. Nos responsabilités sont de décoder les messages portés par un corps dont l'esprit ne sait pas toujours ce qu'il veut dire, de nouer des relations productrices d'être et de créer des contextes porteurs d'espoirs.

Plutôt qu'offrir des modèles à opérer, nous souhaitons que ce Congrès soit une source de stimulation pour votre propre créativité dont les adolescents, sur qui vous veillez, auront besoin.

*Jean-François CROISSANT  
Co-directeur pédagogique  
Pégase Processus*

## LE CONGRÈS VENTS D'OUEST 2009, 5<sup>ème</sup> EDITION

# PROGRAMME

Les métamorphoses de l'adolescence n'ont pas toutes la tranquillité de la chrysalide. Les adolescences, objets du Congrès, sont multiples: des plus paisibles aux plus tumultueuses. La puissante réorganisation psychique de cet âge est à mettre en dialectique avec la réorganisation des relations avec l'entourage. Les adultes: parents, enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, thérapeutes, sont questionnés par ces «agir», sollicités par les effets de ces métamorphoses, touchés par la force créative et destructive des symptômes.

La diversité des détresses familiales et individuelles, les impuissances ressenties ont amené des pionniers et des équipes de praticiens et chercheurs à intégrer la dimension familiale. Il leur a fallu inventer, élaborer des dispositifs mêlant l'accompagnement individualisé, les groupes éducatifs et thérapeutiques, les groupes de parents ou de familles.

**Aux Etats-Unis, en Suisse, au Québec, en Belgique, en France, en Bretagne, des professionnels ont conçu, mis en œuvre des dispositifs innovants soutenus par des réflexions éthiques approfondies.** L'approche systémique que nous préconisons établit des ponts entre les deux rives de l'Atlantique, ses experts et ses équipes. Ces pratiques portent sur les secteurs du bio-psycho-social, de l'éducatif, du thérapeutique, de la prévention et du judiciaire.

**Le Congrès Vents d'Ouest vous propose de rencontrer ces experts et ces équipes, d'accéder à leurs méthodologies, recherches et outils d'interventions par des conférences et des ateliers alliant la théorie à la pratique.**

### Les objectifs de ces deux jours :

- Favoriser une meilleure compréhension des difficultés de l'adolescence, de la place et du rôle de leur famille et des intervenants qui les côtoient.
- Présenter des méthodologies systémiques destinées aux différents membres du système familial, ayant fait preuve de leur pertinence.
- Découvrir, pour les professionnels, des outils d'intervention et expérimenter de nouvelles façons d'être et d'agir auprès des adolescents.

Lieu : Palais du Grand Large, Saint-Malo

**Tous les professionnels engagés auprès des adolescents seront invités à s'interroger sur leurs pratiques actuelles et leurs évolutions pour offrir le meilleur**

*aux papillons de demain.*

## PROGRAMME du 2 avril 2009

### 9H00 INTRODUCTION

Pégase Processus et le Centre Jeunesse de Québec

### 9H15-12H15 CONFÉRENCES PLÉNIÈRES :

**9H15-10H15 La construction identitaire de l'adolescent au regard de la psychanalyse transgénérationnelle : Naître à l'âge adulte** - Didier Dumas (France)

**10H45-11H30 L'approche-médiation en protection de la jeunesse: philosophie, méthodes, résultats** - Daniel Côté, directeur de la Protection jeunesse de Québec et Gilles Mireault du Centre Jeunesse de Québec

**11H30-12H15 Agir en conscience responsable : L'autorité en questions** - Jean-Marie Petitclerc (France)

### 14H-16H30 ATELIERS : Reflets de pratiques novatrices et éprouvées

- 1. Construction identitaire des adolescents et sexualité** - Didier Dumas (Paris)
- 2. Agir : un exemple de modèles éducatifs et de construction d'un dispositif d'accompagnement en réseau** - SAFHIR (Lorient), Sauvegarde 56
- 3. Prévenir les mesures judiciaires : l'approche-médiation et la négociation sur intérêt, de l'autorité à la relation d'aide** - Daniel Côté, Directeur de la Protection de la Jeunesse de Québec, Gilles Mireault - Centre Jeunesse de Québec
- 4. Adolescents dans l'impasse : la prise en charge des tentatives de suicide dans une unité de soins spécifique** - L'équipe de L'unité d'accueil médico-psychologique Anjela Duval (Brest)
- 5. Accueillir les adolescents toxicomanes et leur famille : la relation d'aide (Approche systémique)** - Monique Halley, thérapeute familial et une collègue, Service d'addictologie, Centre Batson (St-Lô)
- 6. Prendre soin des adolescents qui ont des parents dépendants à l'alcool: un exemple de groupe d'adolescents** - Janick Le Roy, Pégase Processus et Dr Matthias Wiss, Centre hospitalier Guillaume Regnier(Rennes)
- 7. Prévenir les crises en milieu scolaire** - Jean-Paul Godet (Moutiers ss Argenton)
- 9. « Prendre ou donner », le dilemme des adolescents souffrant de troubles des conduites.** - Catherine Ducommun-Nagy (Etats-Unis)
- 10. L'autorité en questions** - Jean-Marie Petitclerc (France)

### 16H30-17H30 CONFÉRENCE PLÉNIÈRE

**Crises des adolescents : Modèles éducatifs en évolution** - Jean-Guy Hémono, directeur des services Accueil des adolescents de la Sauvegarde 56

## PROGRAMME du 3 avril 2009

### 8H45 INTRODUCTION

Pégase Processus et la Ville de St-Malo

### 9H-12H CONFÉRENCES PLÉNIÈRES :

**9H-10H L'apport de la thérapie contextuelle pour la compréhension des troubles des conduites chez les adolescents** - Catherine Ducommun-Nagy (Etats-Unis)

**10H30-11H15 L'éthique dans la prise en charge des adolescents** - Lazare Benaroyo (Suisse)

**11H15-12H Les adolescents d'aujourd'hui : données épidémiologiques et sociologiques**  
Marie Choquet (France)

### 14H-16H30 ATELIERS : Reflets de pratiques novatrices et éprouvées

- 1. Comprendre la duplication des structures transgénérationnelles** - L'équipe de Didier Dumas (Paris): Nicole Rivière, Isabelle Montagne
- 2. Accompagner des adolescents suicidaires : outils d'intervention et d'évaluation** – Agathe Proulx et Richard Couture du Centre Jeunesse de Québec
- 3. Accompagner et soutenir les adolescents et leur famille en situation de crise : « Hors de la famille, point de salut »** - L'équipe Espace, Centre Régional du CHU (Nantes) et la Maison des adolescents (Nantes)
- 4. Soigner les troubles psychiatriques des adolescents et des jeunes adultes : une pratique centrée sur les solutions**
- 5. L'utilisation du soi de l'intervenant dans la thérapie institutionnelle avec des adolescents en souffrance** - Anne-Pascale Marquebreucq et Grégoire Nyssens, Le Tamaris (Belgique)
- 7. Comment parler aux adolescents pour qu'ils nous écoutent et comment les écouter pour qu'ils nous parlent... avec la Communication Non Violente** -Michelle Guez (Paris)
- 8. Comment aborder pratiquement les enjeux éthiques dans les actions auprès des jeunes?** - Lazare Benaroyo (Suisse)
- 9. Prévenir et accompagner les troubles et conduites des adolescents** - Marie Choquet (France)
- 10. La motivation des adolescents et des jeunes adultes : contrôler ou influencer?** - Claude Marcotte (Québec)

### 16H30-17H CONCLUSION

« FAMILLES ET ADOLESCENTS :  
DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

**Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009**

**CONFERENCES**  
**du 2 avril 2009**

## 1 – LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'ADOLESCENT AU REGARD DE LA PSYCHANALYSE TRANSGENERATIONNELLE : *NAITRE A L'AGE ADULTE* (9H15)

**Didier DUMAS**

*Psychanalyste, il est connu notamment pour ses travaux sur le transgénérationnel et sur la sexualité masculine. Il est proche de Françoise Dolto. Auteur de nombreux ouvrages.*

De nos jours, le suicide est devenu la seconde cause de mortalité des adolescents. Les tentatives de mettre fin à ses jours sont deux fois plus fréquentes chez les filles que les garçons et de plus en plus précoces. Tel est ce qu'a constaté, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale dans une étude publiée en février 2001<sup>1</sup>.

Cette enquête menée auprès d'élèves de 11 à 21 ans montre que les trois quarts des adolescents qui tentent de mettre fin à leurs jours ont actuellement moins de quinze ans. C'est par exemple le cas de Maud interviewée par un journaliste du *Monde*. Depuis l'âge de quinze ans, Maud a fait six tentatives de suicide. Elle a maintenant vingt-trois ans et n'est jamais sortie de ce profond désarroi que provoque l'arrivée de la maturité sexuelle dans une société où rien n'y prépare. « Je refuse ma féminité, dit-elle, je n'ai pas confiance en moi. Je ne m'aime pas et je suis toujours en train de me demander si je suis belle ou pas trop grosse<sup>2</sup> ».

Alors que, dans une société riche et prospère comme la nôtre, l'arrivée de la maturité sexuelle devrait être un moment de joie et de fête, d'où provient ce profond désarroi que soulève l'arrivée de l'âge adulte ?

Contrairement à leurs parents, la nouvelle génération d'adolescents a bénéficié de l'éducation sexuelle qui est devenue obligatoire dans les années 1970. Toutefois, cette génération a aussi été confrontée à une évolution des mœurs sans aucun précédent, dans laquelle le divorce, l'union libre et le mono-parentalisme se sont généralisés. Les adolescents qui ont été élevés par leurs deux parents sont donc assez rares. Mais qu'ils aient été élevés par l'un ou l'autre, lorsqu'on considère ce qu'ils disent sur la sexualité, on découvre qu'ils souffrent tous d'avoir eu à se construire dans un monde où celle-ci s'expose de toutes parts, mais où rien ne s'en dit. Patrick, un garçon de dix-sept ans, me l'a résumé ainsi : « Entre les livres d'éducation sexuelle et le porno, question viande, on nous a tout montré, mais pour le reste, on ne nous a rien dit ».

Cette situation est d'autant plus grave que ni les parents ni les éducateurs ne semblent se rendre compte que le développement des techniques de l'image fait que, de nos jours, deux adolescents sur trois ont eu, pour seule éducation sexuelle, le film pornographique sur lequel ils sont tombés, plus ou moins par hasard, à treize ans. La plupart des parents continuent, en effet, à reproduire avec leurs enfants ce qu'on fait les leurs avec eux : ils les élèvent comme si la sexualité n'existait pas, sans en dire un mot et sans se rendre compte que le monde a considérablement changé depuis leur propre adolescence.

Tout ce qui était caché, interdit ou honteux dans le domaine sexuel il y a encore fort peu de temps s'expose aujourd'hui au grand jour. La nudité est devenue un objet publicitaire qui

<sup>1</sup> Sous la direction de Marie Choquet, directeur de recherches à l'INSERM, et de Xavier Pommereau, chef de l'unité médico-psychologique de l'adolescent à Bordeaux.

<sup>2</sup> *Le Monde*, 5 février 2001, article de Frédéric Chambon.

orne les rues. Le cinéma pornographique a envahi la télé. Prostituées des deux sexes, travestis, pédophiles, adeptes du latex ou du sadomasochisme sont invités à venir y exposer leurs pratiques et problèmes sous l'œil bienveillant d'une Mireille Dumas ou d'un Jean-Luc Delarue. En quelques décennies, notre société est ainsi devenue un monde où la sexualité s'exhibe de toute part, mais, comme l'habitude ancestrale de ne rien en dire reste, elle, inébranlable, personne ne comprend le désarroi d'une jeunesse qui a été élevée, d'un côté, sans une parole sur la sexualité, alors que, de l'autre, elle est gavée d'images sur la nudité et le sexe.

Voilà près d'un siècle que la psychanalyse a découvert que la santé mentale des adultes que deviennent nos enfants dépend, en premier lieu, de la qualité des paroles sur le sexe et la mort que leur ont délivrées leurs parents. Or que ce soit à l'école ou dans les familles, la sexualité est un sujet dont les adultes continuent à ne pas savoir parler. Par peur de choquer les parents, les journaux spécialisés, les assistantes maternelles, les pédiatres et les pédagogues ne soulèvent jamais cette question. Ce qui fait que l'arrivée de la maturité sexuelle reste un drame plus ou moins épouvantable pour un très grand nombre d'adolescents.

Arrêtons-nous donc sur ce qu'ils disent de cet état de « sous-développement culturel » qui est actuellement celui de l'éducation sexuelle. Les interviews qui suivent ont été réalisées par David, un garçon de 18 ans qui, après avoir lu *La sexualité masculine*<sup>3</sup>, a voulu savoir s'il était seul à souffrir de cette absence d'éducation sexuelle qui règne actuellement dans notre culture. Il a donc entrepris de mener une enquête auprès d'adolescents de son âge, en centrant ses entretiens sur trois questions : Comment as-tu découvert la sexualité ? Comment tes parents t'en ont-ils parlé ? Et qu'est-ce qui t'a blessé ou choqué dans cette découverte ?

➤ Daniella a 16 ans :

« Sur la sexualité, ma mère ne m'a jamais rien dit. Moi, du même coup, je n'ai jamais demandé. Une fois, j'étais petite, et je jouais au foot avec les garçons. Eux, ils disaient : « Ouais ! Moi, quand je bande, elle est comme ça ! Et moi, elle est comme ça ! » Je ne savais pas ce que c'était que « bander ». Je voulais frimer. Alors j'ai dit : « Quand je bande, elle est comme ça ! » Et ils m'ont dit : « Ouais, n'importe quoi ! » Je savais qu'il y avait une différence, mais c'est là où je l'ai vraiment compris, car ils me l'ont expliqué avec des mots.

À l'école, on avait toutes peur de se faire violer. Dans les maternelles, il y a beaucoup d'exhibitionnistes pédophiles. Ça nous faisait peur, à cause de la T.V., parce qu'elle montre des viols. J'en ai vu et ça m'a fait peur. En cm2, on ne parlait que de ça. Il y avait un garçon qui disait tout le temps : « Tais-toi, je vais te violer ! » Il disait ça, comme si c'était normal et, moi, ça me faisait peur. Après, il y a eu un film porno. J'avais 11 ans. C'était sur Canal Plus. Ça m'a dégoûté ! J'ai eu envie de vomir. J'ai pas pu supporter et l'on a changé de chaîne. C'était la première fois où je voyais des gens faire l'amour.

Dans ma classe, la prof d'anglais est une grosse sadique. Elle n'arrête pas de parler de ça, et les garçons friment. Ils font des blagues, mais ils ne sont pas très mûrs. Les filles sont plus discrètes, mais plus vicieuses. Elles placent des petites phrases pour se montrer. Il y en a qui ont connu le plaisir et qui racontent tout. Moi, il y a certains trucs, je me dis que c'est dégueulasse, mais mes copines elles disent : « Quand tu aimes, c'est bon ! » Elles disent que ça ne pourra pas me dégoûter. Mais il y a quand même certains actes qui me choquent, parce que, je ne connais pas et que je ne sais pas où ça peut me pousser ».

<sup>3</sup> Didier Dumas, *La sexualité masculine*, Albin Michel, 1990 ; coll. « Pluriel », Hachette Littératures, 1999.

➤ Jean 21 ans :

« Le premier truc que je me rappelle, je devais avoir sept ans, c'était du touche-pipi. Au départ, on était deux mecs en train de regarder notre zizi. Puis la sœur du mec est arrivée. Elle a commencé à nous montrer son sexe. Lui est parti. On a continué à le faire et quand il est revenu, il était allé le dire à ses parents. J'étais vraiment mal à l'aise. La famille, après, m'a vanné et je ne comprenais pas pourquoi. Ça m'a créé une profonde honte. La sexualité, on m'en avait jamais rien dit.

Plus tard, quand j'ai eu huit ans, ma mère m'a offert un livre : *La sexualité expliquée aux enfants*. Elle ne m'en a pas parlé, mais elle m'a offert ce bouquin et je le lisais beaucoup. Tu voyais au départ les différents organes. Tu voyais le grand frère qui n'arrêtait pas de se regarder. Et la nana, pareil, qui se maquillait tout le temps. Le moment que je regardais le plus, c'était celui où le mec pénétrait la nana. Ça me posait des questions...

Il y a aussi le premier film porno que j'ai vu. Je n'y ai rien compris ! C'était le laitier qui apportait le lait. Il se branlait et après la nana, elle léchait le sperme. Ensuite, il y avait un aveugle qui se tapait deux nanas en même temps. Je me demandais à quoi tout ça rimait. Ça m'avait excité, mais je ne comprenais pas pourquoi.

Je me souviens aussi d'autres trucs avec mon copain André. Avec lui, on a assez bien déliré, parce qu'il avait une sœur qui avait 16 ans. Elle s'appelait Virginie et elle avait des copines qui regardaient nos zizis. Elles disaient qu'ils étaient petits. C'était le délire. Elles nous montraient leurs seins. C'était bizarre. André était moins impressionné que moi. Moi, ma mère ne m'avait posé aucun interdit sur le sexe, mais comme elle n'avait pas de fiancé, c'était plutôt abstrait pour moi.

Après, je suis devenu complètement refoulé. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être parce que ma mère m'avait saoulé. Avec André, on volait, on fumait, alors qu'on avait à peine 10 ans. C'est aussi parce qu'on est revenu sur la région parisienne. Je ne connaissais plus personne. J'ai voulu oublier tout ce qui était lié à la sexualité. Pour moi, c'était crade. Je m'étais imaginé qu'on avait déménagé à cause de ce que j'avais fait. Et puis, une autre fois, je regardais la télé et je me masturbais. Ma mère est rentrée et a fait : « Oh, là, là, mon chéri, tu t'ennuies. Je te manque ». Elle n'a rien dit d'autre, mais moi, j'ai ressenti des sales vibrations. C'était terrible ».

➤ Nathalie à 21 ans :

« La première explication que m'ont donnée mes parents quand j'ai eu mes règles, ça a été les abeilles. Je me souviens encore de mon père en train de me faire un discours sur les abeilles : je l'avais trouvé tellement con. Plus tard, ma mère m'a parlé de la contraception. Mes parents ont toujours été affectueux, mais dans leur appartement, il n'y a pas d'espace vraiment intime et je ne les ai jamais vus comme des gens ayant une sexualité.

Après, j'ai vu un film où il y avait un viol. C'était dans un embouteillage. Les mecs commençaient à s'énerver. Alors il y en a qui ont sauté sur une fille, qui l'ont mise dans un camion et qui se sont mis à la violer. D'habitude mon père changeait de chaîne, mais là, il s'était endormi. Ça, ça m'a vraiment marqué ! Et puis, ensuite, quand j'avais 16 ans, je suis sortie avec un mec et j'ai voulu prendre la pilule. Mais là, ma mère m'a dit un truc qui m'a choqué : « Ah, il est juif ! Il ne se mariera jamais avec toi ! » Je ne sais pas pourquoi elle m'a dit ça. Dans l'absolu, elle m'avait tenu un discours libéral, mais quand je le lui ai dit, elle l'a très mal pris. J'avais les boules qu'elle réagisse comme ça. Elle est devenue violente dans ses propos. C'est à peine si elle ne me traitait pas de pute. Mon père nous a réunis, tous les trois, pour en parler. Je suis allée chez le gynéco et il m'a prescrit la pilule. Je devais partir en vacances, avec la classe, rejoindre le mec en question. Et là, mes parents m'ont dit : « D'accord pour que tu prennes la pilule, mais tu ne pars pas ! » C'était pour me préserver et me dire que ce mec, il n'était intéressé que par mon cul. Il y a une telle différence de

manière de vivre entre moi et mes parents : ils sont d'une autre époque. Alors que j'aurais aimé que ma mère me raconte sa vie, qu'elle me dise comment elle était adolescente ».

➤ Marc à 14 ans :

« Ce que m'en ont dit mes parents, ben, pas grand-chose. Quand j'avais cinq ans, mon père m'a dit que je sortais d'un chou, et quand j'en avais huit, ma mère m'a expliqué l'histoire de la graine. Je n'ai jamais vu mon père nu. Ma mère, oui, souvent, mais mon père, jamais. Une fois j'ai enlevé mon pantalon devant tout le monde et ma mère m'a donné une gifle. Un jour, aussi, on était avec ma sœur. On entendait des bruits dans la chambre de ma mère et de mon beau-père. On a regardé par le trou de la serrure et on a vu. J'ai demandé : « C'est quoi, ça ? » Ma sœur, elle m'a dit : « Ils font l'amour ! »

Un autre jour, je prenais un bain et je jouais avec mon pénis. J'étais petit. C'était la première fois que je bandais. Après, je ne sais pas comment j'ai fait, mais j'ai joui. Sur le coup, ça m'a fait peur. C'est là, que je me suis intéressé. J'ai vu des livres. Et, après, à l'école, j'ai su que tout le monde le faisait. Au collège, les élèves te donnent des conseils. Une fois en sixième, y - en avait un qui parlait de ça. Je me suis incrusté, parce que j'étais pas très à la page. Il y avait un pédé dans la bande. Il disait comment on doit faire avec un mec et il donnait des conseils aux filles.

Après quand elle a perdu sa virginité, j'ai fait l'amour avec ma sœur. On l'a fait pour apprendre. On a pris le préservatif et on l'a jeté. Ma sœur, elle me montrait comment on fait. Elle me faisait faire les positions. C'était drôle. Ensuite, quand j'avais 10 ou 11 ans, une fois, j'ai pris le train et un mec me fait : « T'as déjà couché avec un mec ? » J'ai fait : « Non ». Il me fait : « T'as déjà eu des relations sexuelles ? » J'ai fait : « Non ». Alors il m'a dit : « Je vais te montrer ». Il m'a enlevé le pantalon. Il m'a demandé si j'étais d'accord. J'ai dit : « Oui ». Il m'a touché et on a fait des choses. Il m'a taillé une pipe et il m'a fait l'amour. Maintenant, je me pose des questions. Est-ce que c'est comme ça qu'on devient pédé ? Est-ce que c'est quand on fait l'amour avec un mec qu'on l'est ? Je me demande si je suis pédé. En tout cas, il avait vraiment une grosse bite. Après, il m'a dit : « Ne refuse à personne ». Moi, à une fille non plus, je ne dirai pas non, et toi, est-ce que quand tu fais des interviews, il y a des filles qui s'excitent ? »

➤ Hammed, 15 ans :

« Avant que je me dépucelle avec une meuf, en matant les films, je me disais : « Ça doit être trop géant ! Tu dois avoir une sensation de folie ! » Et, franchement, la première fois, quand j'ai fait ça avec une meuf, j'étais déçu. C'était pas comme je l'imaginais ! Dans les films, la meuf, elle crie, elle bouge, elle remue. Là ça m'a un peu déçu parce que, la meuf, elle était vierge et que c'est pas marrant du tout ! Tu prends deux heures à pouvoir la pénétrer. Tu dois t'arrêter toutes les deux minutes pour qu'elle se repose. Faut que tu l'amuses, que tu la fasses rigoler ! C'est archi chiant ! Mais après, quand j'ai découvert ça comme il faut, que je l'ai bien approfondi, alors là, ça ma trop plu ! Et puis en en parlant, maintenant, je me souviens que cette première fois, avec cette meuf, j'ai eu le trac. C'était dans la chambre d'André et j'avais tellement le trac que je lui ai demandé : « Tu veux que je fasse par-derrière ou par-devant ? » Pour moi c'était naturel, par-derrière ou par-devant. Un trou c'est un trou ! Mais la meuf, elle, ça lui a pas plus.

C'est marrant, parce que cette semaine, j'ai eu plein de rapports sexuels, et après tu me dis : « Ouais, on va parler de ça ! » Je sors avec deux filles en même temps. J'en ai baisé une, mercredi. C'était une meuf propre. Ça c'est bien passé, et après, je suis parti voir l'autre meuf. Avec elle, c'est plus facile de baiser. Tu prends directe. Tu dis juste : « Ouais, j'ai envie de faire l'amour ». Le problème, c'est qu'elle puait et ça, ça te dégoutte. Franchement, y a des meufs crades parfois ! Elle faisait des gémissements, mais, moi, ça me déplaisait. Ça se voit, quand c'est du faux ! »

➤ Julie a 20 ans :

« J'ai toujours vécu avec ma mère et je n'ai aucun souvenir d'avoir parlé de cela avec elle. Même à l'adolescence, je n'ai jamais parlé de sexualité avec ma mère. C'est ma meilleure amie qui m'a expliqué ce que c'était sortir avec un mec et qui m'a appris le vocabulaire : « Ça, ça s'appelle un smack. Avec la langue, ça s'appelle une pelle ». Je devais avoir 10 ans. J'étais morte de rire. La copine en avait 10 et demie. Et donc, elle avait toujours vécu des trucs avant moi. Elle me racontait qu'elle sortait avec des mecs à l'insu de ses parents et qu'ils se roulaient des pelles. Ça me choquait vachement. Parce que moi, pour rouler une pelle, je me disais que j'attendrais le grand amour. Du coup j'ai attendu assez tard. Quand c'est arrivé, j'avais 13 ans.

Je me rappelle d'une expérience qui a été traumatisante. Une fois, j'étais chez une de mes copines. Je devais avoir 12 ans. On regardait des cassettes vidéo. Il était super tard, une heure du matin, peut-être. Et sa mère qui avait des invités est rentrée dans la pièce un peu bourrée. Ma copine lui a dit : « On s'ennuie, qu'est ce qu'on peut faire ? » « Vous n'avez qu'à regarder un film porno », a répondu sa mère.

À cet âge-là, c'était un truc complètement tabou, les films porno. Mais on était curieuses de voir. Donc, on en a regardé un de 10 minutes, plus le début d'un autre. Ça, ça m'a vachement marqué. J'étais complètement dégoûtée. Après, je ne suis pas arrivée à m'endormir. J'avais toutes ces images, tous ces gros plans dégueulasses, dans la tête et je me disais : « C'est sale ! C'est dégueulasse ! Jamais, je ne ferai des trucs comme ça ! C'est dégradant, c'est horrible et c'est crade ! » J'ai été vraiment horrifiée par ce truc. Et du coup, le sexe, pour moi, c'est un peu sale, mais pas complètement. Il y a l'amour, et de l'autre côté, il y a le sexe. Pour moi, c'est vachement difficile d'allier les deux ».

Ces propos rendent assez bien compte du désarroi sexuel des adolescents. Entre des cours où on leur présente la sexualité comme une simple variante de la sexualité animale en la reléguant pudiquement sous l'étiquette de la reproduction, des parents et des éducateurs incapables d'en parler et une prolifération de cassettes porno qui la leur montre comme un retour pur et simple à la bête, on comprend que cet âge où la sexualité devient incontournable ne soit pas une époque facile. La seule chose qui la différencie la sexualité humaine de celle des autres mammifères est qu'elle est langagière. La sexualité est aussi indissociable de la parole dans son expression amoureuse que dans sa construction et, si elle n'est pas été expliquée à l'enfant, elle ne peut pas correctement se construire. Or la plupart des parents attendent la venue des premières règles ou l'apparition des premiers poils pour en informer leurs enfants, ce qui est malheureusement beaucoup trop tard. Pour pouvoir vivre la sexualité comme une chose normale à l'adolescence, il est indispensable d'avoir pu l'intégrer et la comprendre avant sept ans. Mais alors que, dans le domaine de la santé et des lois, la plupart des innovations se font aujourd'hui « au nom de l'enfant », cette question pourtant cruciale pour son développement et sa santé future n'est jamais prise en compte dans nos structures sociales.

Tous les thérapeutes constatent qu'il est catastrophique dans la construction de l'enfant d'avoir des parents qui ont honte ou ne peuvent parler des organes avec lesquels ils l'ont fait. Si personne ne le dénonce, c'est parce que, dans ce domaine, il ne s'agit pas seulement d'éduquer les enfants, mais aussi leurs parents. Or sans une aide, les parents n'arrivent pas à faire autre chose que reproduire ce qu'ont fait les leurs avec eux. Soucieuses de ne pas heurter les parents, les institutions médicales et scolaires négligent ainsi de les informer des risques de névrose et de perversion que courent leurs enfants si on ne leur permet pas d'intégrer la sexualité à temps. Et nul n'interpelle les parents sur le fait que leur fonction ne se limite pas au plaisir que l'on prend avec ses enfants, mais consiste tout d'abord à leur permettre de devenir des adultes. Que ce soit donc à l'école ou dans leur famille, les enfants

sont ainsi éduqués en sachant qu'ils auront un jour à travailler et gagner de quoi se nourrir, mais personne ne leur dit qu'ils auront aussi à assumer une vie affective et sexuelle.

Dans un tel contexte social, ni les parents ni l'enfant ne sont préparés à l'arrivée de la puberté, alors que vers treize ou quatorze ans, il se produit une sorte de cataclysme : l'enfant voit non seulement son corps se transformer, mais également tout ce qu'il avait jusqu'alors dans la tête. La montée hormonale ne se limite pas à faire pousser les poils et les rondeurs. Elle agit aussi sur le cerveau et l'adolescent se retrouve assailli de désirs ou de fantasmes dont il est le premier surpris. S'il n'a pas correctement intégré la sexualité, il n'arrive pas à assumer ses désirs et fantasmes. En retour, ceux-ci le persécutent ou le plongent dans la dépression. Et s'il ne peut pas plus en parler à l'école que chez lui, l'adolescent s'enferme dans son mal-être. Ce qui est d'autant plus dramatique que la maturation sexuelle lui signale qu'il est en âge de penser à quitter ses parents et qu'à cet âge, les quitter, c'est soudainement assumer d'être mortel.

En effet, tant que l'enfant vit avec ses parents, il n'a pas à se penser mortel. Ce n'est pas lui qui prend en charge sa vie matérielle. Ce sont ses parents qui savent ce qui est bon ou mauvais pour lui, qui choisissent son école et le nourrissent. Se défaire de cette situation implique d'avoir pu y penser. Si les parents ne s'y sont pas préparés et n'en ont jamais parlé à l'enfant, la mutation s'avère impossible. Par peur de s'en prendre à eux, l'adolescent retourne son agressivité contre lui. Il se dit qu'il est taré, anormal ou inapte à vivre, et ne sachant pas où en parler, pour fuir l'angoisse où cette situation le plonge, il risque de ne pas trouver d'autre solution que de mettre fin à ses jours. Voilà pourquoi les tentatives de suicide sont à ce point fréquentes à un âge qui, étant celui de la naissance à l'autonomie, devrait au contraire être une période de réjouissance.

Force est donc aujourd'hui de constater que les enfants conçus dans l'euphorie des mouvements de libération sexuelle des années 1970 souffrent d'un mal non reconnu dans nos normes sanitaires : l'absence plus ou moins totale de parole sur la mort et la sexualité avec laquelle leurs parents et professeurs les ont élevés. Que le mal-être des adolescents se soient ainsi aggravé d'une génération à l'autre est d'autant plus surprenant que la génération de leurs parents et professeurs a, en quelque sorte, tout misé sur l'enfant. Cette génération a en effet traversé les événements de mai 1968, le féminisme et la vague de libération sexuelle des années 1970. Elle a connu la commercialisation de la pilule. Elle a rendu l'éducation sexuelle obligatoire. Elle a découvert que le bébé était une personne. Elle a vu apparaître l'accouchement sans douleur, la participation des pères à la naissance et à l'accueil de l'enfant, la prolifération des crèches, des centres médico-psycho-pédagogiques et autres institutions pour enfants, la prise en charge de l'IVG par la Sécurité sociale, l'échographie, l'haptonomie<sup>4</sup>, la péridurale et la procréation médicale assistée.

Les parents et éducateurs de la nouvelle génération d'adolescents peuvent donc être stupéfaits de cette aggravation du mal-être à devenir adulte. Ayant eux-mêmes été élevés sans une parole sur la sexualité, mais s'en étant tant bien que mal sortis, ils ne comprennent pourquoi cette absence de parole est plus destructrice à notre époque que dans leur jeunesse. Si elle l'est, c'est parce que nous sommes entrés dans une société de l'image, et qu'aujourd'hui, ce sont la télévision et le cinéma pornographique qui tiennent lieu d'éducation sexuelle. Voilà, par exemple, l'une des choses qu'a révélé le scandale des viols collectifs appelés « tournantes ». Pour les parents et les éducateurs, la surprise a alors été de constater que les adolescents violeurs ne trouvaient rien d'anormal à cette sexualité de groupe et ne comprenaient donc pas ce qu'on leur reprochait. « Mais, déclara l'un d'entre eux au juge, si j'y allais seul, les filles ne me prendraient pas au sérieux ! » N'ayant pas eu d'autres modèles sexuels que ceux des films pornographiques, ce garçon n'imaginait pas que l'on puisse faire l'amour autrement qu'à plusieurs.

<sup>4</sup> La science du contact affectif et tactile, fondée par Frans Veldman, qui permet, entre autres, d'apprendre aux pères à savoir communiquer avec leur fœtus.

Le marché du cinéma pornographique a donc sa part de responsabilité dans l'aggravation du mal-être adolescent, mais les théories psychanalytiques de la construction de l'enfant dont les médias ont abreuvé leurs parents n'ont pas plus aidé à endiguer cela. Dans les années 1970, avec la prolifération des centres médico-psycho-pédagogiques et autres institutions pour enfants, les parents et les éducateurs de la nouvelle génération ont vu la psychanalyse s'enraciner dans tous les secteurs de l'enfance et celle-ci est devenue une référence incontournable dans ce domaine. Il faut toutefois considérer qu'à cette époque, l'œuvre de Françoise Dolto n'était pas encore publiée et que la psychanalyse transgénérationnelle en était à ses premiers balbutiements. La psychanalyse qui a ainsi déterminé toute la politique du secteur de l'enfance dans les années 1970 était donc soit kleinienne, soit lacanienne. Or comme ces deux tendances psychanalytiques n'ont jamais voulu considérer l'inconscient dans sa dimension transgénérationnelle, cette psychanalyse ne disposaient d'aucun outil efficace dans la prise en charge des parents. En effet, ce n'est pas avec des outils théoriques comme l'*Œdipe* et la *castration* que l'on peut aider les parents à ne pas reproduire les leurs. Pour pouvoir le faire, il faut une psychanalyse qui prenne en charge la *répétition transgénérationnelle*. À l'époque, celle-ci n'étant pas encore conceptualisée, on a massivement analysé les enfants, mais sans recevoir leurs parents et en négligeant la carence de parole sur la sexualité qui règne dans les familles.

Il semble donc urgent d'inventer de nouvelles formes « d'interventions psychopédagogiques ». Les une, pour les moins de 7 ans, visant à informer les parents des dangers que courent leurs enfants lorsque la sexualité n'est pas intégrée à cet âge et à les aider à savoir leur expliquer la sexualité et la succession des générations. Les autres, pour les adolescents, se donnant pour but de les aider à combler l'absence de parole sur la sexualité qui rend cet âge si problématique.

*Didier Dumas*

## 2 – L'APPROCHE-MEDIATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE : PHILOSOPHIE, METHODES, RESULTATS (10H45)



Centre jeunesse  
de Québec  
Institut universitaire

### **Daniel COTE**

*Directeur de la protection de la jeunesse et directeur provincial au Centre jeunesse de Québec. Il est détenteur d'un diplôme de maîtrise en psychologie, ainsi qu'un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en gestion et développement des organisations. Au début de sa carrière, il agit comme psychologue à la Clinique d'aide à l'enfance de Québec qui agissait comme*

*service conseil auprès des juges de la Cour de Bien-être Social. Par la suite, il a intégré les premières équipes d'évaluation des signalements lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse en 1979. Il travaille aussi comme psychologue dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation pendant plusieurs années et comme conseiller-cadre pour les programmes jeunesse au Conseil régional de la santé et des services sociaux.*

*Il est nommé directeur des services professionnels d'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; mandat qui s'est poursuivi lors de la création du centre jeunesse.*

*Directeur des services à la clientèle au Centre jeunesse de Québec, il est nommé par la suite directeur de la protection de la jeunesse et directeur provincial de la région de Québec poste qu'il occupe depuis dix ans.*

### **M. Gilles Mireault**

*M.Ps., M.A.P.psychologue, chercheur d'établissement au Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.*

*Diplômé de l'Université de Grenoble II (France) en psychologie clinique et de l'École nationale d'administration publique de l'Université du Québec en évaluation de programme, M Mireault est également membre de l'Ordre des psychologues du Québec.*

*A titre de chercheur d'établissement et membre de l'équipe scientifique du Centre jeunesse de Québec depuis 1995, il s'intéresse plus particulièrement à l'évaluation des programmes, activités et pratiques professionnelles. Il a dirigé plusieurs projets d'évaluation au sein du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire au cours des dernières années.*

*L'implantation et l'évaluation de l'application d'une approche de médiation en contexte de Protection de la jeunesse dans 3 centres jeunesse du Québec est présentement un des projets d'intérêt.*

Le Centre jeunesse de Québec Institut Universitaire est un organisme public qui dispense des services psychosociaux et de réadaptation auprès des enfants et de leur famille. L'ensemble de nos services est balisé par un cadre légal bien précis: la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents auxquelles s'ajoute le Code civil du Québec. Nos services s'adressent à une clientèle de jeunes de 0 à 18 ans en besoin de protection sociale et leur famille. Nous intervenons également auprès de jeunes de plus de 18 ans dans des programmes particuliers : notamment au programme Qualification des jeunes qui vise le développement de leur autonomie et de leur intégration sociale (jusqu'à 19 ans) et dans le cadre de sanctions pénales prévue au sens de la loi sur le système de justice pénale pour adolescent dont la durée peut excéder l'âge de 18 ans.

À tout cela s'ajoute notre mission universitaire qui s'actualise notamment par des travaux de recherche autour du thème « réponses sociales aux besoins des jeunes et des familles à risque », par l'évaluation de nos programmes d'intervention, par le développement et

l'expérimentation de pratiques de pointe, par de l'enseignement se traduisant par l'accueil de plusieurs stagiaires de premier et de deuxième cycle universitaire, par le développement de la pratique professionnelle et par la diffusion et le transfert de nos connaissances dans l'intervention sur le « terrain ».

Notre intervention vise à maintenir le plus possible les enfants dans leur milieu naturel, qui répondra à leurs besoins et qui assurera leur sécurité et leur permettra de se développer adéquatement.

Notre intervention clinique s'actualise notamment dans l'accompagnement des parents dans le développement de leurs capacités parentales, dans la recherche et l'utilisation des ressources de leur milieu afin qu'ils soient mieux soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales et parfois même dans la décision de confier leur enfant à un milieu substitut lors d'une incapacité parentale à long terme ou permanente. Le placement d'un enfant en famille d'accueil ou dans une ressource d'adoption peut alors être indiqué. D'autres enfants pourront momentanément être placés en foyer de groupe et en centres de réadaptation si leur besoin d'encadrement nécessite une telle ressource et que leur milieu n'est pas en mesure d'y répondre.

Nous considérons important de faire une bonne évaluation de la situation de chaque enfant de façon à bien cibler les interventions à privilégier. Il va sans dire que la complémentarité clinique des intervenants est très importante.

L'utilisation des outils cliniques comme appui au jugement professionnel est favorisé. Notre pratique clinique est balisée par différents guides d'intervention qui donnent des repères aux intervenants dans la dispensation des services en fonction des différentes phases de développement : 0-5 ans, 6-13 ans et 14-17 ans et des problématiques rencontrées : la négligence parentale, l'abandon (clarification du projet de vie d'un enfant), les abus physiques et sexuels, problèmes de l'attachement, problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents, la prostitution, problématique suicidaire, problèmes de toxicomanie, etc.

Plusieurs approches sont utilisées selon les types de programmes et la clientèle visée dont voici les principales : l'approche orientée vers les solutions, la thérapie de la réalité, l'approche de médiation, l'approche cognitive-comportementale, l'approche familiale, écosystémique, etc. Voici un aperçu de ces différentes approches.

## **LES APPROCHES**

### **INTRODUCTION**

Les approches proposent un cadre d'analyse et certaines techniques d'intervention et leur choix repose sur le type de clientèle à laquelle elles s'adressent ainsi que sur les objectifs recherchés.

Être à l'écoute des enfants et de leurs parents, saisir qui ils sont et adapter en conséquence l'intervention demeurent les éléments de base essentiels à notre travail. L'approche y contribue sans être une fin en soi. Elle vient apporter couleur et rigueur à l'intervention, permet de regarder autrement les situations et de nommer tant ce que l'on observe que ce qui est fait dans la recherche d'amélioration des situations.

On trouvera, dans les pages qui suivent, une présentation des approches que nous utilisons dans notre intervention auprès des enfants et de leur famille. On y souligne leurs particularités tout en mettant en évidence leur pertinence selon les problématiques et les

clientèles visées. Ces approches, on le verra, ne se situent pas toutes sur un même plan et n'ont pas toutes la même portée.

Considérant que trois champs d'intervention doivent être simultanément pris en considération soit :

- le champ des enfants :
  - leurs besoins en matière de développement (santé ; éducation ; développement psychologique et comportemental ; identité ; relations sociales et familiales ; représentation sociale ; aptitudes à prendre soin de soi)
  - les séquelles laissées par la négligence, les mauvais traitements, l'abus (troubles de l'attachement ; syndrome de stress post-traumatique) ;
- le champ des parents :
  - leurs compétences parentales (en regard des soins de base, de la sécurité, des besoins affectifs, de la stimulation, de l'encadrement et de la stabilité)
  - leurs problèmes personnels psychosociaux et de santé (alcoolisme et toxicomanie ; détresse psychologique et santé mentale ; carences personnelles) ;
- le champ familial et environnemental :
  - le fonctionnement familial (intrafamilial de base et élargi ; intégration sociale)
  - les conditions de vie de la famille (logement, revenu, ressources de la communauté),

On devra avoir recours à plus d'une approche : une approche globale compatible avec une intervention simultanée dans trois champs différents d'intervention et une ou des approches adaptées à certaines interventions spécifiques à l'un ou l'autre de ces trois champs.

L'approche écosystémique telle que décrite ci-après est retenue comme grille de lecture de base. Cette approche qui met l'accent sur la multiplicité des facteurs impliqués commande un élargissement de nos cibles d'intervention tant dans les activités de recherche, de prévention que d'intervention auprès de notre clientèle. Elle est aussi une invitation à développer davantage de coopération entre les intervenants qui, chacun selon leurs compétences, travaillent à un objectif commun. Cet appel à la complémentarité doit se réaliser au sein même d'une organisation comme notre centre jeunesse, mais aussi entre établissements de notre réseau de services dans le domaine de la santé et des services sociaux, au bénéfice de la continuité de services à offrir à notre clientèle.

Rappelons enfin que chacune des approches présentées peuvent avoir pour cibles et s'appliquer à l'enfant, aux parents ou encore au système familial.

## **1- L'APPROCHE ECOSYSTEMIQUE**

### **Utilités :**

- Développer une vision élargie des composantes d'une situation-problème ;
- Investiguer les réseaux existants ou à développer des individus et des familles ;
- Intervenir en partenariat entre les diverses organisations.

### **Cibles :**

- Concerne toutes les problématiques mais est particulièrement d'intérêt pour les situations d'enfants en situation de négligence ;
- Familles aux prises avec des conditions difficiles et une multiplicité de problèmes.

L'approche écosystémique a de fortes ressemblances avec les approches écologique, environnementale ou communautaire qui reconnaissent l'influence d'une diversité de facteurs sur l'ensemble du système social et des sous-systèmes qui le composent.

Cette approche met l'accent sur la compréhension des aspects interactionnels et des facteurs environnementaux, soit les composantes sociales, économiques et culturelles qui affectent par exemple la famille et la qualité des relations qui s'y nouent. Elle s'oppose à une approche plus individuelle, puisqu'elle se centre sur une analyse sociale des comportements plutôt que sur l'analyse des pathologies uniquement.

Cette approche est une invitation à tenir compte du microsystème (environnement immédiat : environnements physiques où vit la famille, maison, densité d'occupation du quartier, climat, structure et fonctionnement familial...), du méso système (ensemble des lieux fréquentés activement par les parents ayant une influence sur ses membres : milieu de travail (type et conditions de travail), réseau social,...), de l'exo système (ensemble des facteurs ou lieux non fréquentés activement mais qui exercent une influence : changement économique, chômage, politiques sociales...) et enfin du macro système (ensemble des normes, attitudes, valeurs croyances et idéologie dans une société donnée). Les éléments de l'écosystème entretiennent des relations qui ont un caractère dynamique entre eux; certains éléments constitueront des menaces ou des opportunités (micro systémiques, méso systémiques, exo systémiques et macro systémiques) entraînant des stratégies adaptatives, des conséquences et des transformations. L'intervention concernera donc l'individu, la communauté et l'interaction individus communauté.

**Illustration d'outils pour l'analyse, le développement et l'utilisation du réseau dans une perspective écosystémique :**

***L'Inventaire du soutien social et familial***

*L'Inventaire du soutien social et familial est un outil utile à l'analyse des réseaux de la famille. Cet inventaire une adaptation par le Centre jeunesse de Québec-IU des grilles ASSIS et Sarrason, permet de dresser un tableau de la configuration des réseaux de soutien de la personne aux plans financier et matériel, informationnel, instrumental mais également affectif, et de soutien à la valorisation et à la socialisation. Il permet également d'identifier la proximité et le degré de satisfaction du soutien apporté par les réseaux et en situe également les interactions négatives (mesure du potentiel de conflit dans le réseau de soutien).*

*L'inventaire du soutien social et familial peut être complété en début d'intervention avec le client et s'inscrire en lien avec un objectif du plan d'intervention, mais plusieurs intervenants préfèrent le compléter avec le client alors qu'un lien de confiance a pu être établi avec celui-ci.*

*Cet outil permet donc de questionner avec le client son réseau complet de référence et, par la suite, de regrouper les données à l'aide de l'outil informatique pour ainsi obtenir un tableau de présentation du réseau au client.*

## 2- L'APPROCHE DE MEDIATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

### **Utilités :**

- Mise en action de la clientèle pour nommer sa réalité, questionner les besoins, choisir des moyens et développer ses habiletés à solutionner ses difficultés, à communiquer et à apprendre à négocier;
- Développement du sentiment de compétence du client. Restauration de l'image et estime de soi;
- Positionnement de l'intervenant dans un rôle de facilitateur dans la résolution du problème par les différents acteurs impliqués;
- Utilité dans la clarification de litiges et la résolution de conflits, dans le cadre de bilans, de décisions à prendre, d'orientations et d'ententes (plans d'intervention, de services individualisés, d'ententes de suivis volontaires).

### **Cibles :**

- Peut concerner la majorité des problématiques;
- S'adresse sous forme systémique aux parties en présence.

Selon les plus récents développements de l'approche de médiation en protection de la jeunesse (Marcotte, R. et all, Bernard L., Cloutier R. et all, Programme national de formation), cette approche peut être qualifiée à juste titre d'approche consensuelle. Elle se distingue spécifiquement d'autres approches par les efforts déployés pour travailler en concertation avec la famille plutôt que sur un mode adversaire. Elle est très associée à la médiation familiale, un secteur où elle s'est développée et appliquée particulièrement.

La médiation, adaptée au secteur de la protection de la jeunesse, prend une couleur particulière. En effet, comme il n'y a pas de tiers impartial, l'intervenant ayant à cœur l'intérêt de l'enfant en lien avec son mandat d'autorité et d'aidant, on parlera également de négociation sur intérêts lorsqu'on fait référence au travail d'identification des besoins des acteurs et du choix d'options menant à un projet d'entente équitable et satisfaisant pour toutes les parties. À cet égard, plusieurs résultantes sont possibles. Cela peut aller de la clarification des situations, à une entente sur mesures volontaires, à un plan d'intervention partagé par les acteurs, ou encore cela peut tout de même nous mener vers une démarche au tribunal mais dans un esprit de collaboration.

L'application de l'approche de médiation dans le secteur de la protection de la jeunesse part de la nécessité de protéger les enfants et de s'assurer que leur sécurité et leur développement ne sont plus compromis au sens de la loi sur la protection de la jeunesse, tout en impliquant les acteurs concernés (parents, enfants, famille) dans des mesures que ceux-ci acceptent dans le respect de leurs droits et selon leurs capacités. Tout cela, en considérant la nécessité de changer leur situation plutôt qu'en enregistrant uniquement le constat que les parents, la famille a failli dans l'accomplissement de ses responsabilités à l'égard de son enfant.

En effet, en protection de la jeunesse, la notion de déficits (manquements graves aux obligations parentales ou contraventions aux règles et normes sociales de la part du jeune), telle que traduite par la loi sur la protection de la jeunesse, entraîne une disqualification des différents acteurs en présence. Ces derniers doivent souscrire à ce portrait disqualifiant pour éviter une judiciarisation. Qui plus est, alors qu'ils sont encore sous le choc d'un verdict qui confirme que la sécurité et le développement de leur enfant sont compromis, on attend d'eux qu'ils collaborent rapidement à l'application de mesures correctrices et qu'ils participent à un plan d'intervention prescrivant des actions positives devant se traduire par de bons comportements. Se sentant disqualifiés, on invite les parents, l'enfant à se projeter rapidement dans un univers de forces et de compétences.

L'approche de médiation est donc un processus de résolution et de gestion des litiges, basé sur les besoins et les intérêts des parties, dont l'objectif est de parvenir à une entente équitable et satisfaisante entre celles-ci. Le cadre d'intervention s'appuie sur les théories de l'empowerment et de la résolution de conflits. Les postulats de base de ces théories sont de nature très semblable à ceux reliés à la thérapie centrée sur les solutions, la thérapie de la réalité et la thérapie brève.

**Un exemple d'application de la médiation en protection de la jeunesse :**

*Le Centre jeunesse de Québec-IUc expérimente depuis mai 2006 une approche de médiation et a la volonté d'en évaluer éventuellement les impacts sur les plans de la satisfaction de la clientèle et de la baisse de judiciarisation. On observe un intérêt manifeste des intervenants qui appliquent cette approche. Ces derniers voient la perception de leurs rôles modifiée, cessant d'être porteurs des problèmes pour intervenir avec une clientèle davantage partenaire. L'approche contribue au désir de composer autrement dans un rôle d'autorité, propose une démarche par étapes avec le client tout en faisant écho à des approches déjà connues : psychosociale, centrée sur les solutions, thérapie de la réalité.*

### **3- L'APPROCHE ORIENTEE VERS LES SOLUTIONS**

**Utilités :**

- Mise en action de la clientèle pour développer ses habiletés à solutionner ses difficultés ;
- Développement du sentiment de compétence du client ;
- Positionnement de l'intervenant dans un rôle de guide qui redonne la responsabilité au client quant à son cheminement.

**Cibles :**

- Concerne toutes les problématiques ;
- S'adresse autant aux parents qu'aux enfants ;
- Personnes à mobiliser qui ont à retrouver ou à développer davantage de fonctionnalité ;
- Parents en besoin de se faire valider dans ce qu'ils font de bien pour ensuite s'impliquer davantage (certains ont parfois une reconnaissance partielle de leurs responsabilités dans la situation-problème, une méfiance de base, des expériences d'aide reçues antérieurement qui les ont déçus...).

Une approche orientée vers les solutions est pertinente pour l'intervention en protection de la jeunesse puisqu'elle vise à favoriser la participation des parents et de l'enfant à la recherche de solutions valables à leur situation. Cette approche se distingue des thérapies antérieures qui, pour certaines, mettaient une emphase sur les expériences passées difficiles, les souffrances, et les limitations de la personne, alors que d'autres étaient axées sur la résolution de problèmes, cherchant rapidement à mettre le client sur pied avec l'aide du thérapeute expert.

L'approche orientée vers les solutions rejoint autant les adultes que les enfants sur la base d'habiletés à développer pour solutionner les problèmes plutôt que de centrer l'intervention sur les limites du client qui auraient amené ces problèmes. Elle part de la croyance que la personne est distincte du problème qui l'afflige et qu'elle a les solutions pour résoudre celui-ci.

ci. On situe le client comme expert de sa situation et capable de faire des choix. Tout en cherchant à renforcer la confiance et l'identité positive, on vise à la fois à aider les gens à voir qu'ils sont plus grands que leur propre personne, plus grands que leurs problèmes et en relation avec les autres qui peuvent contribuer pour les soutenir et les aider.

Issue du courant de l'approche orientée vers les solutions, la Thérapie brève orientée vers les solutions utilise des techniques particulières. La première étape est d'identifier avec quel type de relations l'intervenant doit composer. La relation « Visiteur » est celle où le client ne voit pas de problème. La seconde est celle de la relation « Plaignant ». Ici, le client voit le problème, mais l'attribue à quelqu'un d'autre. Enfin, il y a la relation « Acheteur ». Ce dernier reconnaît le problème et souhaite trouver des solutions. Lorsque l'intervenant fait face à une relation « Visiteur » ou « Plaignant », il doit par des techniques (comportements et attitudes) faire évoluer cette relation vers une relation « Acheteur » avant d'aller plus loin. En cours d'intervention, diverses techniques particulières à la thérapie seront utilisées. En ce sens, la question « Miracle » instaure un processus pour donner du pouvoir aux gens afin qu'ils puissent décrire comment les choses vont être quand elles seront mieux. Il s'agit de les aider à chercher et à identifier ce qu'ils doivent faire pour que cela arrive. La technique de recherche des exceptions cherchera à faire réaliser au client et à répéter ce qu'il fait lorsque le problème n'est pas présent. On valide ainsi le vécu positif du client. Trois règles guident l'intervention : on repère ce qui fonctionne, on lâche prise sur ce qui ne fonctionne pas, et on ne répare pas ce qui n'est pas brisé. La thérapie est orientée sur l'action du client et s'attarde le moins possible aux problèmes. Cette thérapie brève met l'accent sur les compétences, les forces et les succès des personnes. La thérapie est personnalisée à chaque situation et, à toutes les étapes, le client est acteur à la définition du problème, des objectifs et des tâches ainsi que du rythme de l'intervention.

**Illustration de projets d'intervention en lien avec l'approche orientée vers les solutions :**

*À titre d'exemple de l'application de l'approche auprès des enfants 6-11 ans, nous vous présentons très sommairement la méthode d'apprentissage d'habiletés « Je suis capable » élaborée par Ben Furman, psychiatre, et Tapani Ahola, psychologue sociale, codirecteurs de l'institut de thérapie brève d'Helsinki. Cette méthode de résolution de problèmes pour enfants « Je suis capable » est intéressante pour les aider à acquérir les habiletés dont ils ont besoin pour surmonter leurs problèmes et se défaire de comportements inappropriés.*

*La première étape du processus consiste pour les adultes (intervenants, parents, enseignant...) à discuter du problème en l'absence de l'enfant et à le convertir en habileté ou aptitude qu'il doit apprendre à maîtriser. Puis, ils rencontrent l'enfant et s'entendent avec lui sur l'habileté à privilégier. On présente à l'enfant les avantages qu'il tirera de sa nouvelle habileté, qu'il désigne par un nom original. L'enfant choisit un ami magique qui l'aidera dans son apprentissage de même qu'un certain nombre de personnes qui l'appuieront dans sa démarche. On passe en revue les éléments propres à assurer le succès de l'enfant, on discute avec lui de la façon dont il pourra célébrer l'acquisition de sa nouvelle habileté et on lui donne l'occasion de montrer comment il agira une fois qu'il aura acquis l'habileté en question. On annonce la nouvelle aux intéressés et on souligne les progrès accomplis, tout en prévoyant un plan avec l'enfant pour faire face aux rechutes possibles. La méthode fait de l'apprentissage une expérience amusante et enrichissante pour l'enfant tout en ravivant chez les parents un sentiment de compétence et d'intérêt à l'éducation. « Je suis capable » a été expérimenté dans le cadre d'un partenariat entre le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, un centre de santé et de services sociaux et une école primaire. Cette méthode a également été adaptée pour une clientèle de 10 à 14 ans*

*L'approche orientée vers les solutions peut s'actualiser selon plus d'un modèle, tel qu'en témoigne un récent projet destiné à la clientèle 6-13 ans du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, intitulé « Une équipe gagnante » :*

*Le projet vise à mettre conjointement le parent et l'enfant en situation d'apprentissage des éléments de l'approche orientée vers les solutions (7 rencontres). Les activités mettent en évidence ce qui favorise une meilleure communication ou une plus grande compréhension de l'autre. Il s'agit d'occasions de vivre un moment de plaisir partagé, de développer des habiletés dans la gestion de la routine quotidienne, tout en se reconnaissant des forces et des ressources.*

#### **4- LA THÉRAPIE DE LA RÉALITÉ**

##### **Utilités :**

- Aller au-delà du comportement à modifier pour une mise en action positive ;
- Donner du pouvoir en choisissant ;
- Apprendre à choisir ce qui est bon pour soi et les autres ;
- Construire l'intervention sur les leviers du jeune ;
- Une approche non coercitive centrée sur le présent et le futur.

##### **Cibles :**

- S'adresse plus particulièrement aux jeunes qui présentent des problèmes de comportement, des difficultés d'ajustement social.

La Thérapie de la réalité part d'un postulat fondamental à l'effet que la personne dirige l'ensemble de ses comportements vers le moyen jugé le plus approprié pour répondre à ses besoins que sont la survie, l'appartenance, le pouvoir, le plaisir et la liberté. Il serait futile d'examiner seulement le comportement de l'individu sans rechercher la motivation ou la représentation spéciale qu'il tente de satisfaire en adoptant un comportement en particulier. L'un ne va pas sans l'autre car chaque comportement a pour but de répondre à un ou plusieurs besoins choisis par la personne. Chaque personne a sa propre perception de la réalité. Nous avons du contrôle sur notre façon de percevoir cette réalité.

L'intervention consistera donc à décoder, à l'aide de techniques, ce que veut la personne (que veux-tu ?), ce qui lui importe ou la dérange, constituant alors un problème auquel elle est confrontée (là où elle est touchée dans ses besoins) et à mesurer l'écart entre sa situation actuelle et celle désirée. À partir de ce qui est considéré important par le client, on ciblera sur ce qu'il doit faire pour obtenir ce qu'il veut (que fais-tu ?). Le client est ainsi amené à clarifier ses choix. Il faut comprendre la direction pour ensuite guider l'action. L'examen des stratégies utilisées pour répondre à ses besoins est important, peu importe que le comportement soit bon ou mauvais. Ce comportement constitue au moment où il est choisi le meilleur choix possible disponible aux yeux de la personne qui l'utilise.

L'intervention permettra au client de rechercher un équilibre entre ce qui appartient au domaine de l'action (qu'est-ce que je fais ?), de ce qui est entretenu comme pensée (qu'est-ce que je me dis ?), des émotions (comment est-ce que je me sens ?) et des manifestations physiologiques (mon corps me dit-il quelque chose ?). L'intervention consistera alors à proposer la réutilisation de certains comportements ou l'apprentissage de nouveaux comportements plus susceptibles de satisfaire la représentation particulière du client. L'autoévaluation est la clé de l'approche car, bien que la direction et le comportement utilisés par la personne soient connus et nommés, il faut travailler à divers moments à

l'évaluation de la direction et aux moyens utilisés pour la concrétiser (ce que je fais me donne-t-il ce que je veux ?). Le changement s'effectue difficilement avant l'autoévaluation qui se veut un tremplin pour la recherche de nouveaux comportements, le retour sur l'expérimentation et les apprentissages réalisés.

Enfin, par cette approche, l'intervenant devient une personne significative aux yeux du client, du fait qu'il se soucie et accueille les besoins de celui-ci, sans négliger les siens ou ceux du groupe dont fait partie le jeune. Il ne s'agit pas d'une approche pour contrôler le comportement du jeune mais pour le mettre en contact avec ce qu'il recherche avec son comportement, les résultats qui se traduisent dans la réalité et les choix qui le concernent dorénavant. La personne a toujours l'option de penser et de faire quelque chose de plus satisfaisant.

#### **Un exemple d'application de la thérapie de la réalité en centre jeunesse :**

*Une expérience d'application de la réalité thérapie a cours dans les foyers de groupe pour les 9-13 ans (et 13-17 ans) du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, depuis quatre ans déjà. L'approche est appliquée dans la vie au quotidien au foyer, et non dans le cadre d'un projet particulier. Ainsi, appliquer la réalité thérapie, c'est au jour le jour. Tant pour l'intervenant que pour l'enfant, c'est développer son savoir-être dans les relations avec les autres. L'intervention n'est pas centrée sur l'arrêt de comportement (par exemple : « Arrête de crier, sinon tu iras dans ta chambre »...). On cherche plutôt à demander à l'enfant de nommer l'émotion qu'il vit et sa vision de la situation, à l'accompagner, à adopter une autre façon d'agir et à lui faire évaluer si son comportement l'amène là où il le souhaite réellement. Par exemple, à l'enfant difficile, réputé pour ses crises de colère, on pourra d'abord reconnaître l'émotion : « Charles, je constate que tu es, très, très fâché. Est-ce après moi? Oui, qu'est-ce que je peux faire pour t'aider? » ... L'enfant reconnu dans son émotion, saisit le plus souvent l'occasion de se placer alors avec l'autre en recherche de solutions plus intéressantes pour lui et autrui. L'attitude de l'intervenant est très importante pour se mettre au diapason de l'enfant: si l'enfant pleure, je vais l'approcher en mode consolation, si l'enfant demeure en colère, je lui laisse du délai en maintenant une position d'ouverture empathique et accueillante dans le changement proposé. Mon attitude doit représenter ce que je dis et fais. Plusieurs petits outils cliniques sont mis à la disposition des intervenants dans le but d'augmenter l'auto contrôle chez l'enfant. Les gens heureux s'autoévaluent régulièrement et les gens malheureux évaluent les autres constamment...*

#### **5- L'APPROCHE COGNITIVE COMPORTEMENTALE**

##### **Utilités :**

- Identifier ce qui sous-tend un comportement à changer ;
- Apprendre à répondre positivement à ses besoins ;
- Développer et pratiquer des habiletés sociales de base.

##### **Cibles :**

- S'adresse aux jeunes qui présentent des problèmes de comportement, des difficultés d'ajustement social.

L'approche cognitive comportementale, qui prend en compte l'appariement des besoins et une intervention sur un comportement davantage adapté aux situations du quotidien, apparaît une avenue intéressante pour une clientèle en difficulté et délinquante. On retrouvera plusieurs influences de cette approche dans l'intervention auprès d'une clientèle plus jeune, et l'intervention sera alors axée sur l'aspect du développement d'habiletés sociales.

L'approche cognitive comportementale s'inspire à la fois des théories de l'apprentissage social et du conditionnement répondant-opérant. Le programme d'intervention que propose cette approche vise non seulement une diminution de la fréquence des pensées et des croyances qui favorisent les comportements déviants mais également le remplacement de ces pensées et croyances inappropriées par des cognitions pro-sociales, générant des comportements socialement acceptables. La particularité de cette approche réside au fait que l'angle de prise pour obtenir le changement voulu au niveau des cognitions est le comportement. L'apprentissage du comportement alternatif et l'obtention des satisfactions vécues ont une influence sur la cognition. La répétition de ce comportement et sa pratique au quotidien (en centre de réadaptation, à l'école, à la maison, etc.) conduit à son adoption par l'enfant.

Cette approche fournit aux jeunes les moyens nécessaires pour les aider à mettre de côté peu à peu leurs attitudes et comportements déviants, à acquérir de nouvelles habiletés relationnelles et à généraliser leurs apprentissages au quotidien. Ils apprennent à résoudre leurs problèmes dans leurs relations avec les autres de manière socialement acceptable, à maîtriser la colère et l'agressivité et à améliorer leurs habiletés relationnelles. Qui plus est, ils parviennent à corriger leurs erreurs de pensées favorables à la déviance en les identifiant et en les remettant en cause. Enfin, ils apprennent à nommer, à ressentir et à exprimer leurs émotions de façon efficace.

L'approche comporte des activités individuelles qui sont : l'identification des excès et déficits et l'analyse fonctionnelle, le contrat comportemental et les auto-observations. Le volet individuel part d'observations faites sur les comportements problématiques et sur les circonstances dans lesquelles ils se produisent. Ces renseignements proviennent de sources diverses (dossier, jeune, parents, intervenant, école, etc.) et constituent la base de la démarche individuelle avec l'enfant.

L'évaluation des excès et déficits conduit à l'élaboration des objectifs du plan d'intervention et les contrats comportementaux constituent les moyens de réalisation. On identifie les éléments comportementaux, cognitifs, émotionnels et environnementaux à supprimer (les excès) et les éléments comportementaux, cognitifs, sensitifs et environnementaux à combler (les déficits). L'analyse fonctionnelle est le processus par lequel nous identifions les déficits (pour comprendre la fonction de chaque excès on se demande : à quoi sert-il ?) et nous élaborons une synthèse de l'analyse (faire les liens entre les éléments).

Cette évaluation complétée, un premier contrat comportemental est préparé. Ce contrat indique le comportement problématique à éviter (excès) et le comportement alternatif à encourager (déficits), et ce, dans des situations déterminées avec des conséquences rattachées à son respect ainsi qu'à sa violation. Les auto-observations portent sur des éléments du contrat comportemental et les habiletés acquises dans les divers ateliers d'apprentissage favorisent la responsabilisation de l'enfant ainsi que le développement d'une certaine autonomie. Elles permettent de prendre conscience des pensées et des émotions qui sont à la source d'un comportement inapproprié ou approprié et d'explorer son monde intérieur.

L'approche cognitive-comportementale comporte des ateliers d'apprentissage en groupe qui ont pour objet d'améliorer les habiletés relationnelles et de maîtrise des émotions qui sont déficitaires. Les quatre ateliers de base du programme cognitif-comportemental sont : les habiletés de communication, la régulation de la colère, la gestion du stress et la résolution de problèmes. Chaque atelier comporte douze à quinze séances hebdomadaires. La généralisation des apprentissages est facilitée par l'utilisation des habiletés dans le cadre des interventions par les intervenants et les parents, et la répétition des séances pendant la durée du suivi ou de la réadaptation.

## **6- L'APPROCHE D'INTERVENTION FAMILIALE SYSTEMIQUE**

### **Utilités :**

- Intervenir sur la dynamique des facteurs qui maintiennent les problèmes en mettant à contribution l'ensemble des forces en cause pour les solutionner ;
- Impliquer chacun dans l'identification autant de ce qui va bien que des difficultés et dans la mise en action des solutions ;
- Remettre aux clients la responsabilité des changements et des succès à obtenir.

### **Cibles :**

- S'adresse à la majorité des problématiques et l'on doit circonscrire qui compose la famille ;
- Parents/enfants qui vivent ensemble, où il n'y a pas d'interdits de contacts légaux entre les membres, parents/ enfants qui ne présentent pas une déficience intellectuelle sévère ou des problèmes de santé mentale majeurs.

On constate actuellement un regain d'intérêt pour cette approche auprès de la clientèle en centre jeunesse du fait que les réalités auxquelles sont confrontées les familles sont d'une part écosystémiques, et qu'au sein même du système familial, les difficultés et les forces tant du côté parental que des enfants s'influencent mutuellement et contribuent au maintien comme à la solution des problèmes présentés.

Une approche d'intervention familiale systémique cible le système familial et a pour acteur à l'intervention, la famille. Cette approche s'inspire d'un modèle utilisé principalement en psychiatrie et adapté dans des cliniques familiales. Elle est en effet illustrée par différentes écoles, que ce soit l'approche psychanalytique, intégrative, de la communication - interaction, structurale, etc. Cependant, toutes perçoivent la famille comme un système ouvert qui comporte ses sous-systèmes (individuel, marital, dyades) en relation avec les autres systèmes : famille étendue, école, travail... Cette approche part du postulat que les parties de la famille sont reliées entre elles, et que la structure, l'organisation et les modèles de transaction influencent les comportements de ses membres.

L'approche familiale souhaite modifier le contexte immédiat, et part donc du présent. Elle souhaite agir sur les transactions et les rétroactions pour modifier la position des personnes, réparer et modifier le fonctionnement propre à la famille qui pourra ainsi mieux s'acquitter de ses tâches à l'endroit de ses membres.

Elle propose dans sa phase initiale d'effectuer avec toute la famille les activités d'analyse de la situation, d'hypothèse de travail et de plan d'action. L'accent sera mis sur la création d'un climat de confiance facilitant l'alliance thérapeutique et le contrat avec la famille. On s'assurera de l'adhésion de la famille aux entretiens familiaux, de la délimitation des règles qui régissent les discussions et l'intervenant se montera plutôt directif pour diriger les entretiens, faire des rétroactions et centrer la famille sur des tâches. Plusieurs techniques verbales seront utilisées : porter les messages à leur véritable destinataire, faire exprimer verbalement les messages non-verbaux, rendre clairs les messages ambigus et dénouer les

messages contradictoires, faire exprimer les contenus affectifs perçus dangereux et nommer explicitement les choses. Au plan des techniques non-verbales, mentionnons : l'utilisation du génogramme, le dessin effectué par la famille, les jeux de communication, de rôles, ou encore utilisant le corps et l'espace. Il y a emploi de techniques familières avec le court terme centré sur la tâche : prescription de tâches, injonction paradoxale, et retour sur ce qui avait été prévu et est réalisé depuis le dernier entretien.

**Un exemple de modèle spécifiquement axé sur la famille et appliqué au centre jeunesse de Québec dans le cadre d'une expérimentation :**

*À titre d'exemple, un modèle intéressant de thérapie familiale centrée sur la solution de problèmes est le modèle Mc Master, expérimenté par quelques intervenants au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Le modèle met l'accent sur l'inclusion de toute la famille aux étapes du traitement (évaluation, contrat, traitement et fin), sur la collaboration active de la famille à chacune de celles-ci en s'assurant de son accord, et en redonnant au système familial le plus de responsabilités possible quant au changement de comportements souhaités. Il place en priorité les forces de la famille comme facteur de changement et inscrit l'intervention dans une durée limitée de traitement.*

*L'évaluation est une étape clé dans ce modèle car, à partir de l'exploration de six dimensions du fonctionnement familial, la famille identifie elle-même ce qui est satisfaisant pour elle, là où elle souhaite des améliorations et dresse ainsi son plan d'intervention axé sur les tâches susceptibles d'apporter de la satisfaction à l'ensemble de la famille. Évaluer à cette étape est déjà intervenir. Les dimensions ainsi explorées sont : l'exercice des rôles au sein de la famille, la résolution de problèmes, la communication, l'expression affective envers ses membres, l'engagement affectif et la maîtrise des comportements (règles et conséquences).*

*L'évaluation conduit à une description et une clarification du ou des problèmes. On formule des hypothèses concernant l'apparition et le maintien du ou des problèmes. Enfin, les membres de la famille, s'ils choisissent de s'engager dans le traitement pour résoudre ceux-ci, identifieront leurs priorités et exprimeront les attentes qu'ils veulent voir se produire si le traitement est un succès. Un contrat convenu entre tous sera ainsi formulé, puis réévalué pour mesurer là où les succès sont atteints et là où les efforts doivent se poursuivre selon les délais entendus.*

*Même si cela n'est pas explicitement formulé, le modèle Mc Master a des bases cognitives comportementales car il part du principe que la famille doit s'attarder à analyser son fonctionnement et à développer une compréhension de celui-ci pour ensuite se mettre en action via l'accomplissement de tâches au quotidien. Il réfère également au courant de l'approche orientée vers les solutions car il part du problème défini par la famille, des choix et priorités de changements qu'ils opéreront tout en faisant ressortir les conséquences d'un non engagement à vouloir s'impliquer dans la solution des problèmes.*

## UNE OFFRE DE SERVICE SPÉCIALISÉE EN SANTÉ MENTALE AU CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC-IU

Les enfants suivis au Centre jeunesse de Québec-Institut Universitaire qui, en plus de leur besoin de protection, présentent une ou des problématiques de santé mentale, bénéficient depuis peu d'une programmation spécialisée permettant une réponse plus adaptée à leurs besoins particuliers. Une équipe spécialisée en santé mentale, composée d'une psychoéducatrice, d'un psychologue, d'un infirmier, offre un soutien clinique auprès de seize intervenants sociaux ainsi qu'à nos ressources d'hébergement (deux unités en réadaptation en internat pour adolescents et un foyer de groupe accueillant des jeunes de 9 à 13 ans, tous des jeunes ayant une problématique de santé mentale diagnostiquée médicalement) pour le développement d'une intervention plus spécialisée pour ce type de problématique. Par ailleurs, les adolescents qui présentent une problématique suicidaire et/ou de santé mentale pour laquelle un suivi médical et/ou pédopsychiatrique n'est pas offert, peuvent faire l'objet d'une discussion de cas clinique par une équipe composée d'une infirmière, un psychologue, médecin, pédopsychiatre auxquels s'ajoutent les autres intervenants impliqués auprès de l'adolescent afin d'améliorer la compréhension de la dynamique du jeune et d'y élaborer des stratégies d'intervention appropriées à ses besoins.

L'intervention en santé mentale cherche à individualiser davantage la pratique afin de s'assurer que celle-ci réponde plus efficacement aux besoins présentés par cette clientèle particulière qui exigent temps, ressources et investissement personnel de la part de tous nos intervenants.

Cette offre de service assure un meilleur arrimage entre nos différents services qui permet aussi d'améliorer la concertation avec nos partenaires (scolaires, médicaux, communautaires, etc.) qui interviennent auprès de cette même clientèle. Cette offre de service est soutenue par l'utilisation d'outils cliniques et de référence issus d'une collaboration étroite entre les intervenants terrains et notre équipe d'animation scientifique. Elle sera également encadrée par l'approche sur la « Valorisation des rôles sociaux » qui, de par ses principes reliés à la valorisation du potentiel de chaque individu et à la réinsertion sociale, favorisera l'intégration d'une pratique clinique centrée sur la réponse aux besoins individuels présentés par les enfants.

## JEUNES CONTREVENANTS

Mentionnons également que notre pratique en matière de délinquance, de déviance est également balisée par différentes approches qui favorisent également la réhabilitation et la réinsertion sociale des jeunes.

Nous vous avons présenté un aperçu de l'intervention clinique réalisée dans différents secteurs de notre établissement qui œuvre en protection de la jeunesse.

*Le Centre Jeunesse de Québec  
Institut Universitaire*

### 3 – AGIR EN CONSCIENCE RESPONSABLE : L'AUTORITE EN QUESTIONS (11H30)

**Jean-Marie PETITCLERC**

*Diplômé de l'Ecole Polytechnique, éducateur spécialisé, actuellement directeur d'une association de prévention, Le Valdocco, à Argenteuil, il est considéré comme un expert des questions d'éducation dans les zones sensibles. Auteur d'ouvrages sur ce thème.*

Beaucoup de parents, d'enseignants, d'éducateurs, se plaignent aujourd'hui de ne plus avoir d'autorité. Le problème croît souvent au fur et à mesure que l'enfant grandit et entre en adolescence. L'exercice de l'autorité devient à cet âge particulièrement délicat.<sup>5</sup>

#### **AVOIR OU FAIRE AUTORITE**

Mais, peut-il être question d'« avoir l'autorité » ? Celle-ci, au sens étymologique du terme, se définit comme ce qui permet à l'autre de grandir, de devenir « auteur », en d'autres termes « responsable ». En fait, on ne peut avoir l'autorité, on ne peut que faire, ou ne pas faire, autorité.

Je distingue cette notion de celle de pouvoir. Celui-ci, je le reçois de l'institution qui m'emploie, ou bien je le conquiers dans une logique révolutionnaire. L'autorité, si j'y réfléchis bien, je ne peux que la recevoir de ceux auprès de qui je l'exerce. Deux enseignants en collège, qui ont le même pouvoir, à savoir la même délégation du principal, n'ont pas la même autorité face au groupe que constitue la classe.

Et ce qui a considérablement évolué, dans notre pays, depuis la grande crise des années 68, c'est qu'une position de pouvoir ne confère plus de manière systématique auprès des jeunes une position d'autorité. Hier, par exemple, lorsqu'un adulte était détenteur du pouvoir d'enseigner, il faisait autorité dans la classe. Aujourd'hui, tel n'est plus systématiquement le cas. Et cette crise touche toutes les institutions, y compris judiciaires. Je connais des juges pour enfant qui ne font plus autorité auprès des adolescents.

L'autorité va alors beaucoup plus reposer sur la crédibilité de celui qui en est le porteur. Voilà pourquoi il est sans doute devenu aujourd'hui plus difficile d'exercer le métier d'enseignant, tout comme celui de travailleur social. L'implication personnelle doit être plus grande, alors que le mouvement de professionnalisation, qui a régi ces métiers depuis trois décennies, a été compris ici ou là comme synonyme de désimplication.

Aussi s'agit-il aujourd'hui peut-être moins d'une crise d'autorité que d'une crise de crédibilité de ceux qui en sont porteurs. En effet, pour qu'un adulte fasse autorité auprès d'un jeune, encore faut-il qu'il soit crédible. Cette crise de crédibilité touche les trois lieux d'éducation que sont la famille, l'école, la cité.

#### **DES PARENTS EN DIFFICULTE**

On parle beaucoup aujourd'hui de parents démissionnaires. Je conteste avec force ce type de discours qui me paraît à la fois facile et erroné. Démissionner, ce serait savoir ce qu'il faut faire et ne pas avoir le courage de le mettre en œuvre. Des parents démissionnaires, certes il en existe, et ce dans tous les milieux. Quand, en milieu particulièrement aisé, des parents compensent leur absence par de l'argent de poche généreusement distribué sans aucune contrepartie, ou quand, en milieu populaire, ils se rendent complices de recel, on

<sup>5</sup> Pour un développement de ce thème, voir JM Petitclerc, *Enfermer ou éduquer*, Dunod

peut parler de démission. Mais il s'agit d'une toute petite minorité. La grande majorité des parents que je rencontre, dans l'exercice de mon métier d'éducateur spécialisé, se trouve, quant à elle, bien souvent dépassée par les problèmes posés par leurs enfants. En fait, ils souffrent de n'être plus crédibles, ce qui mine l'exercice de l'autorité parentale.

Plusieurs facteurs peuvent jouer, et en premier lieu ceux liés à la fragilisation du couple et de la famille. Tellement déçus par leurs parents qui n'arrivent plus à s'entendre, des enfants n'arrivent plus à faire confiance aux adultes. Je connais de merveilleux beaux-pères, des hommes à la moralité exemplaire qui partagent avec la famille recomposée le fruit de leur travail, renvoyés dans les cordes par des enfants qui affirment avec véhémence : « Tu n'es pas mon père, donc tu n'as rien à me dire. » Ils ne leur reconnaissent aucune autorité. Et le droit leur donne bien souvent aujourd'hui raison.

Mais ce peuvent être des facteurs liés à la situation d'exclusion sociale. Je connais tant de merveilleux pères de familles algériens, marocains, tunisiens, pour lesquels la valeur « travail » était en quelque sorte au centre de leur référentiel, et qui ont été complètement cisailés par le chômage, au point d'être paralysés lorsque leurs propres enfants leur renvoient cette situation. Citons l'exemple de ce garçon de 11 ans, rétorquant à son père qui lui interdit de sortir le soir : « *Ecoute-moi, papa, j'ai travaillé à l'école toute la journée, alors j'ai quand même le droit de me détendre. Ce n'est pas toi qui ne fais rien qui va me l'interdire !* » Et l'enfant de claquer la porte, le père demeurant sans réaction. Et il sera montré du doigt par les institutions comme démissionnaire. Mieux vaudrait parler de licenciement plutôt que de démission : des pères licenciés par la société dans leur capacité à exercer une fonction d'autorité.

Citons enfin la déstabilisation opérée par la rapidité des évolutions technologiques. Hier, en milieu populaire, lorsqu'un enfant commençait à s'intéresser au fonctionnement des appareils domestiques, le père, fort de son expérience de vie, pouvait lui apporter un éclairage. Aujourd'hui, dans ce qui constitue un fort pôle d'attraction pour l'enfant, à savoir tout ce qui tourne autour du multimédia, voici que l'adulte ne lui est d'aucun conseil ! Il est plus difficile d'asseoir aujourd'hui qu'il ne l'était hier sa crédibilité de parents.

### **LE DYSFONCTIONNEMENT DE L'ECOLE**

Cette crise de crédibilité touche aussi l'école : on voit des enseignants qui ne sont plus crédibles aujourd'hui tant l'école fonctionne de manière inégalitaire.

La carte scolaire, qui constituait une bonne mesure, lorsque la mixité sociale existait sur les quartiers, s'avère catastrophique lorsqu'une telle mixité n'existe plus : tous les enfants défavorisés, réunis dans un même établissement, qui ne tarde pas à être en difficultés. L'hypocrisie d'un système fondé sur un discours prônant l'égalité des chances et générant des pratiques aussi inégalitaires devient chaque jour plus criante.

Et l'on ne soulignera jamais assez combien l'échec scolaire, source de dévalorisation, est générateur de violence. L'école n'arrive plus à assurer, comme elle le faisait hier, sa mission de promotion sociale et les phénomènes de violence s'y développent. Dans un tel système, la crédibilité des enseignants est mise à mal, ce qui leur rend de plus en plus difficile l'exercice de l'autorité.

### **LE DISCREDIT DU POLITIQUE**

Une telle crise de crédibilité touche enfin tous les acteurs de la cité. On constate aujourd'hui, non pas une crise de pouvoir de l'Etat (la Constitution n'a pas changé), mais d'autorité de l'Etat, directement liée à la perte de crédibilité des acteurs institutionnels qui en sont les porteurs.

Ceux qui font la loi, je songe aux députés, se donnent en spectacle chaque mercredi après-midi à la télévision dans une ambiance de joyeux potaches qui s'invectivent, tapant leurs pupitres, ou se levant bruyamment, sans prendre guère la peine d'écouter le point de vue de leurs adversaires ! Ceux qui sont censés l'appliquer nous sont présentés, à la une des médias, comme la transgressant ! Ne nous étonnons pas alors que l'on puisse rencontrer quelques difficultés dans l'éducation de la jeune génération au rapport à la loi ! On n'insistera jamais assez sur les effets désastreux des affaires de corruption, si largement médiatisées aujourd'hui.

Et que dire des incohérences entre les institutions qui traitent de la délinquance, à savoir la police et la justice. Combien de policiers et de juges se décrédibilisent auprès des jeunes en se critiquant mutuellement, parfois même en leur présence !

### **LA CRISE DE CREDIBILITE**

Lorsque les adultes, porteurs de repères, ne sont plus crédibles, ils ne font plus autorité, et c'est toute l'éducation qui est compromise.

Il m'arrive souvent d'être invité par des enseignants ou des éducateurs me demandant de les aider à réfléchir sur les évolutions des comportements des jeunes face à l'autorité. J'aime leur dire : « *Et si nous commencions par réfléchir à l'évolution des comportements des adultes, qui leur a fait perdre toute crédibilité auprès des jeunes !* »

Il serait d'ailleurs temps, à ce sujet, que les responsables des médias prennent conscience des effets désastreux sur le plan éducatif de leurs entreprises de démolition, parfois systématique, des figures d'autorité, que ce soit dans le monde religieux ou le monde politique.

## 4 – CRISES DES ADOLESCENTS : MODELES EDUCATIFS EN EVOLUTION (16H30)

**Jean-Guy HEMONO**

*Directeur du dispositif d'accueil familial et d'accueil d'adolescents de la Sauvegarde 56.*

Depuis plus de trois ans, l'association Sauvegarde 56 conduit une réflexion sur l'évolution des pratiques éducatives. Les conclusions actuelles portent sur la nécessaire évolution du positionnement éducatif, la mise en œuvre d'instances d'élaboration continue pour faire face à une réalité clinique et sociologique en mouvement. Dans le cadre de cette action, la Sauvegarde 56 nous présentera comment elle a été amenée à transformer ses modes de réponses lors de la prise en charge des adolescents en grande difficulté en partant de l'analyse de ses pratiques et de son expérience. La notion de crise est au cœur de cette réflexion, elle vise à remettre la personne de l'adolescent et ses relations au cœur du dispositif, plutôt que de s'en tenir au contrôle de ses comportements.

**Commentaires du document PowerPoint.**

DIAPO 1

CRISES ET PROCESSUS  
DE CHANGEMENT  
DANS UNE ORGANISATION  
ACCUEILLANT DES ADOLESCENTS  
EN SITUATION DE RUPTURE

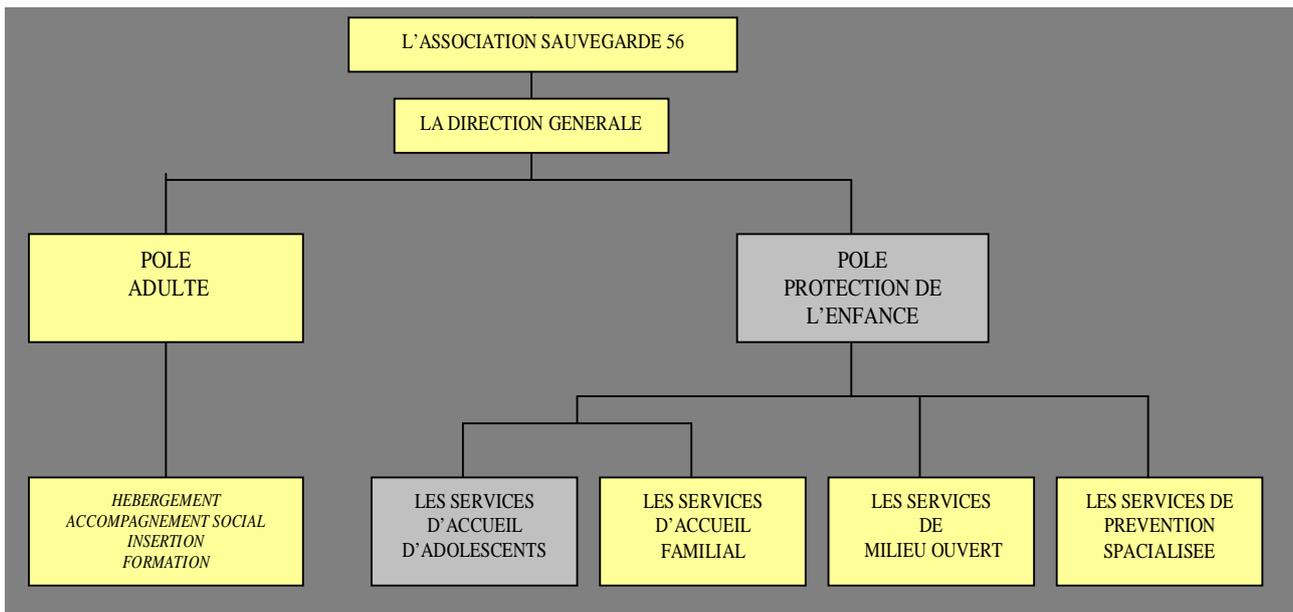
### **Présentation du service**

Le Service d'Accueil d'Adolescents est un dispositif de protection judiciaire et administrative spécialisé dans l'action éducative auprès d'adolescents évoluant dans des contextes de crise, de risque et de danger.

Ce service est intégré au pôle protection de l'enfance de l'association Sauvegarde 56 qui dispose par ailleurs de trois autres services de protection de l'enfance : le service d'accueil familial, le service de milieu ouvert, le service de prévention spécialisée.

L'association intervient par ailleurs sur le secteur adulte plus spécifiquement pour l'hébergement, l'accompagnement social et l'insertion.

DIAPO 2



Le service d'Accueil d'Adolescents dispose aujourd'hui d'une capacité d'accueil de 170 places pour des jeunes accueillis dans le cadre de placement, en internat, en appartement individuel ou collectif, à domicile. Nous intervenons aussi en milieu ouvert, en milieu naturel ou en accueil de jour.

Nous parlerons de ce service, de son évolution, de ses transformations devenues nécessaires depuis plus de 5 ans.

### Présentation du document

Dans les années 2000-2002, nous avons connu des phénomènes de violence importants dans nos internats au point où la pérennité de ces structures d'accueil pour adolescents était interrogée. Ces violences ont pu générer de véritables crises institutionnelles. Il nous a fallu donc repenser nos modes d'intervention mais aussi nos modes d'organisation.

Ce qui vous est présenté ici, ce sont les fondements théoriques sur lesquels nous nous sommes appuyés pour construire la structure, l'architecture de notre nouvelle organisation coopérative.

Nous faisons l'hypothèse qu'une organisation pensée, rationalisée, fonctionnalisée peut participer à apporter des réponses éducatives possibles aux adolescents en grandes difficultés, à leur famille. Qu'elle est une des conditions de mise en œuvre des projets éducatifs.

La crise des institutions et leur dépassement n'est pas de même nature que la crise des adolescents. Pour autant nous nous sommes inspirés d'une certaine compréhension que nous avons de *la crise* des adolescents pour mieux saisir ce qui pouvaient se passer dans nos organisations confrontées à des phénomènes de violence.

Ce document est composé de trois parties.

- En premier lieu, on déclinera une certaine compréhension que nous avons des adolescents dit difficiles.
- Cette approche de l'adolescence difficile nous permettra de mieux appréhender les mécanismes de crise dans les institutions qui seront présentés dans une deuxième partie.
- En troisième lieu, nous indiquerons les modifications structurelles que nous avons apportées à nos organisations, pour une certaine conception institutionnelle de l'action éducative auprès d'adolescents.

### DIAPO 3.1

Je le disais précédemment, dans les années 2000-2002 nous avons traversé des moments difficiles dans certains internats.

Ces évènements s'inscrivaient dans un contexte particulier. J'en rappelle ici quatre points.

- Depuis plusieurs années dans notre secteur de l'assistance éducative, une évolution des prises en charges était amorcée, notamment par le développement du milieu ouvert et de l'aide à domicile. Ces évolutions ne semblaient cependant pas abouties à tous les endroits de notre association. Les internats traditionnels ne semblaient plus répondre aux besoins des jeunes. Nous connaissions des crises à répétition, d'autres se préparaient à venir.
- Deuxième point, en 2002, de nouvelles orientations administratives et réglementaires, de nouvelles réformes vont venir nous interpeller sur nos pratiques, nous indiquer nos nécessités de réajustements institutionnels. On parle, on reparle de la place privilégiée de l'usager, de démarche qualité, d'évaluation, de rationalisation de l'action, des organisations et de ses modes de gestion.
- Troisième point, 2002, c'est aussi le contexte d'une campagne électorale privilégiant les aspects sécuritaires en matière de prise en charge des adolescents dits difficiles.... Je considère que c'est un des éléments du contexte qu'il ne faut pas négliger dans les crises que nous avons connues dans notre secteur....le discours y compris le discours politique fabrique, modélise, induit des comportements. Il y a eu les vagabonds, les délinquants, les déviants, les sauvageons, plus récemment on a entendu parler de racaille....
- Quatrième point. L'émergence d'un concept nouveau, l'adolescent difficile, dits difficile à aider renvoyant pour notre secteur au concept de souffrance psychique.

#### CONTEXTE 2000-2002

- L'internat symptôme
- De nouvelles orientations politiques en matière de protection de l'enfance et de réglementation des établissements sociaux et médico-sociaux
- Une forme de stigmatisation de cette population d'adolescents dans le contexte d'une campagne électorale privilégiant les aspects sécuritaires....
- Les adolescents difficiles... difficiles à aider

C'est donc dans ce contexte incertain de crise des internats que l'association a demandé aux professionnels de mener une étude qualitative et quantitative sur les placements des adolescents dits difficiles à la Sauvegarde intégrant par ailleurs et parallèlement une étude sur les personnels (en termes de qualification, de formation, de parcours professionnel, de mobilité, d'arrêt de travail, etc..).

Cette étude a été menée de manière transversale sur l'association (regroupant les services adolescents, le placement familial, le service AEMO, le service de prévention) évitant les problèmes de stigmatisation de telle ou telle organisation ou établissement.....en matière d'analyse institutionnelle il faut aussi pouvoir de décaler du symptôme.

Notre étude a concerné 438 jeunes confiés sur trois années dans notre association. Il s'agissait de repérer ces adolescents difficiles au-delà du simple vécu des professionnels (qui certes n'est pas à exclure) mais nous y avons adjoint un autre item : nous nous sommes attachés à repérer les adolescents qui nous ont quitté en situation de rupture relationnelle avant le terme de l'échéance fixé par le magistrat, sans qu'une solution éducative ou adaptée n'est été mise en place....

*DIAPO 3.2*



Ainsi sur 438 jeunes confiés, 48 jeunes ont été considérés comme adolescents difficiles. Dès lors un certain nombre de préconisations a pu être établies. Ces préconisations étaient de deux ordres.

1. Préconisations techniques : en lien avec les modalités de prises en charge éducatives, l'ajustement des projets de service, leur mise en conformité légale.
2. Préconisations managériales : en lien avec la construction de nos organisations, leur animation, leur pilotage en réponse aux problématiques d'adolescents.

Il fallait repenser l'institution *autrement*.

Créer une scène institutionnelle pour accueillir et faire vivre *la crise et son dépassement* chez l'adolescent.

DIAPO 4

- Préconisations techniques
- Préconisations managériales
- Construire de l'institution autrement.

Pour cela nous avons du construire une démarche conceptuelle comme support aux constructions à venir.

Nous avons poursuivi notre travail d'action recherche par une démarche théorique sur les mécanismes de crise relatifs aux adolescents, relatifs aux organisations.

Il nous a fallu retourner à l'école, consulter des dossiers, des documents techniques, des enquêtes et des rapports, des ouvrages relatifs à l'adolescent difficile, à l'évolution des dispositifs de protection de l'enfance...Il fallait quitter nos aprioris, nos projections, nos représentations devenues empiriques en période de crise.

Nous sommes allé voir du côté de la sociologie, du côté de la psychologie et la psychanalyse, du côté de l'approche systémique, du côté de la psychosociologie, de l'anthropologie, cette dernière approche ayant l'avantage d'introduire de la transversalité entre ces disciplines.

**Toutes ces approches ont la particularité d'aborder la notion de crise.**

Selon les acceptions théoriques auxquelles on se réfère on parle de phase de transition de mutation, de maturation, de redéfinition, d'identification, de transformation, de séparation, de construction, ces concepts ayant la particularité par leur terminaison, d'indiquer, de signifié un mouvement, un long processus de maturation, vers une certaine autonomie attendue.

DIAPO 5.1



Il y a une théorie de la crise qui ne concerne pas que les adolescents.

- *Crise et processus.* On repère globalement 4 phases (la phase d'incubation, la phase d'explosion (le symptôme), la phase de transition et de réaménagement, la phase d'identification ou de nouveau repositionnement). (Ce qui indique que son traitement relève aussi d'un processus, nous le verrons ci-dessous).
- Etymologiquement la crise c'est le moment du jugement, à ce titre la crise détient une valeur annonciatrice et décisionnelle. La crise met en perspective.
- *Crise et interaction.* Il nous semblait important de retenir que la crise de l'adolescence ne peut être dissociée du contexte historique, familial, politique et économique dans lequel elle évolue et sur lequel elle agit.
- *Crise et dynamique individuelle.* Par ailleurs, l'adolescence est caractérisée par des phases de conflits internes (intra-psychiques, anciens et récents) et des conflits externes (relationnels, anciens et récents, contextuels).
- *Crise et structuration.* La crise de l'adolescence et son dépassement ont une fonction structurante, constitutive de la progression vers l'autonomie, la crise a une vertu salutaire.
- *Crise multifactorielle.* La crise touche à différents niveaux de la personne.....sur les plans somatique (en référence à la puberté), affectif, intellectuel, relationnel culturel et social.

#### DIAPO 5.2



- *Crise et normalisation.* Il y environ 5 millions d'adolescents en France pour la tranche d'âge de 11 à 18 ans et comme le rappelle le haut comité de santé public la grande majorité des adolescents évolue plutôt favorablement. La France (si on observe les critères de santé notamment) est bien placée sur le plan mondial et européen.

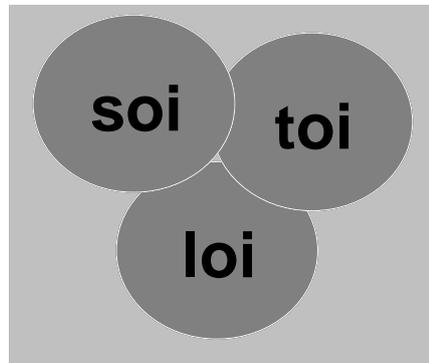
Ces bonnes évolutions sont à mettre en lien avec des environnements sociaux et familiaux plus ou moins stables, plutôt stimulants en rapport avec les besoins évolutifs des jeunes au fur et à mesure de leur évolution vers l'autonomie, des repères établis dans le temps, des sécurités relationnelles et affectives..., des facilités d'accès aux soins.

Mais cela ne concerne donc pas tous les adolescents....

**Adolescence difficile : Quand la crise ne fonctionne plus. DIAPOS 6.1**

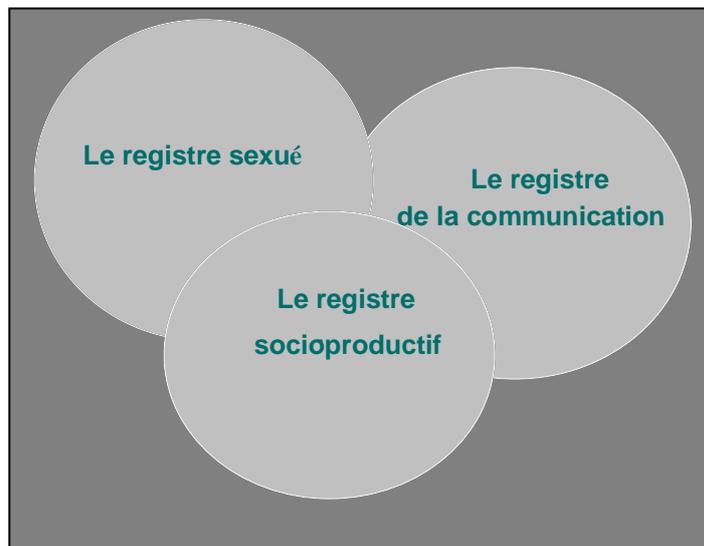
Pour tenter de comprendre les adolescents difficiles que nous avons repérés dans notre étude, nous nous sommes intéressés à trois registres théoriques (en référence à l'approche anthropologique) considérant:

L'individu comme être à part entière (soi), évoluant parmi les autres (toi), dans un rapport à un environnement donné (loi).



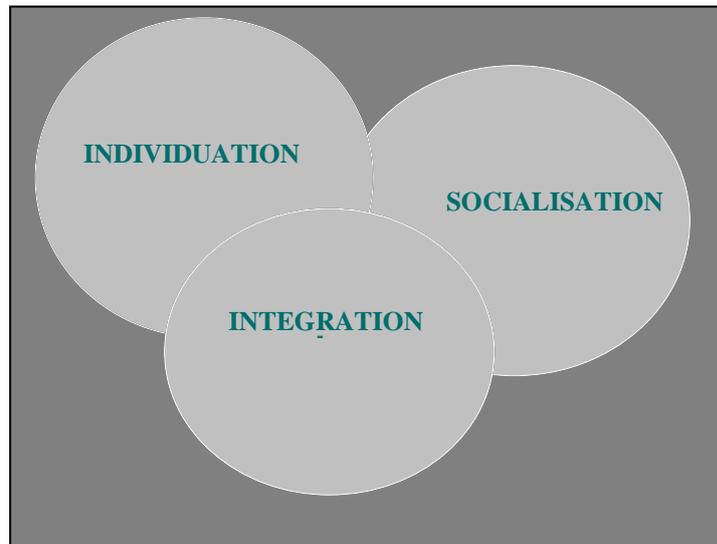
L'individu, être singulier, par sa dynamique identitaire et sexuée. L'individu être de communication, développant des modes d'adaptation sociale et relationnelle, sur la base de codes sociaux préétablis. L'individu, être productif, ayant des compétences intrinsèques, instrumentales et évolutives, favorisant son intégration scolaire, sa participation sociale et professionnelle, son utilité sociale.....

*Diapo 6.2*



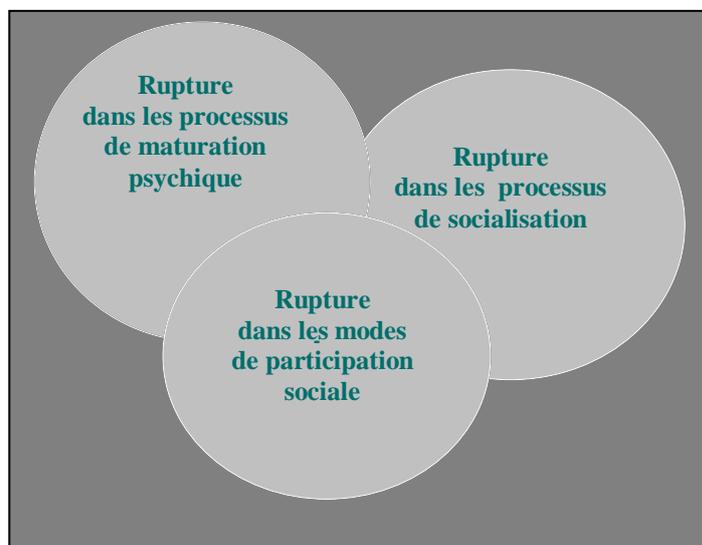
Ces trois sphères de l'adaptation : individuation – socialisation - intégration, constitutifs de la construction de tout individu sont à l'œuvre plus que jamais dans la construction identitaire de adolescent.

DIAPO 6.3



Avec les adolescents difficiles, ce que l'on observe, c'est qu'il semble y avoir rupture dans ces processus d'autonomie partielle.

DIAPO 6.4



- Rupture dans les processus de maturation psychique...caractérisé par *une immaturité de comportement, une faible tolérance à la frustration, une difficulté à contenir les émotions, une absence (un refus ?) d'accéder à dimension introspective en relation d'aide. Une difficulté de projection dans l'avenir. Une certaine pauvreté de l'imaginaire. Des fixations mentales à des moments douloureux du passé. Des troubles narcissiques. Les modes identifications sont massifs. Parfois des troubles de la personnalité sont repérés.*
- Rupture dans les processus de socialisation caractérisés par..., *Rupture de communication intrafamiliale quasi systématique. Un mode d'entrée en relation privilégiant le conflit. Des troubles de l'adaptation relationnelle. Un recours*

*systématique à des mécanismes de défense et d'offense. Agression, menace d'agression, menace de mort. Tendance à la persécution. Sentiment d'injustice. Opposition à toute forme d'autorité. des appartenances claniques, de l'errance.*

- Rupture dans les modes de participation et d'intégration socio-économique caractérisé, *par des troubles instrumentaux significatifs (langage, psychomoteur, intellectuel). Désinvestissement des mécanismes de pensée et de raisonnement. Une forme d'instabilité en apprentissage. Un retard cumulé dans les acquisitions pédagogiques. Parfois des troubles du raisonnement. La sphère affective envahit régulièrement les capacités d'apprentissages scolaires et professionnelles. Il y a échec scolaire puis rupture scolaire.*

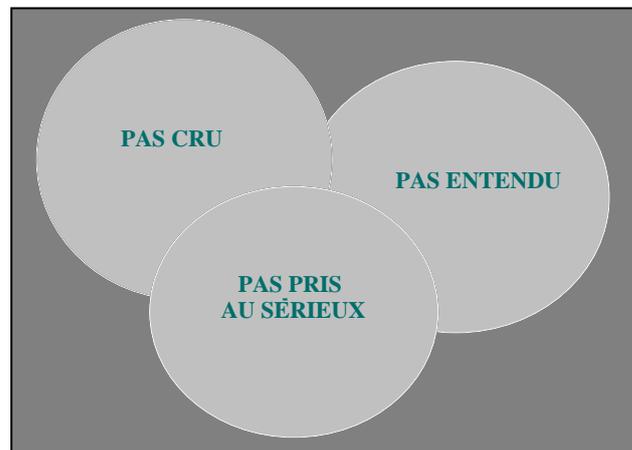
La rupture conjuguée et accumulées dans ces trois registres de l'autonomie (individuation, socialisation, intégration) constitue un facteur commun à l'ensemble de ces jeunes dits difficiles.

La rupture conjuguée de ces trois registres identitaires constitue un facteur aggravant de la crise et de la mise en danger qui peut s'exprimer par des conduites de violence agies, sur autrui ou subies, sur eux-mêmes....

**Développement en rupture, mais aussi vécus de rupture** (en référence aux éléments recueillis dans les dossiers des jeunes, dans les rapports de situation, auprès des professionnels)

**Vécu de rupture** qui se traduit chez le jeune par une faible estime de soi, l'idée d'être différent, de ne pas être capable. Une donnée récurrente dans les récits des jeunes confirmant leur sentiment de ne pas être cru, de ne pas être entendu, de ne pas être pris au sérieux.

DIAPO 6.5



En effet, trois bonnes raisons pour faire violence à soi-même, pour faire violence à autrui.

1. Ne pas être cru, c'est avoir le sentiment que notre réalité historique et subjective est niée.
2. Ne pas être entendu, c'est avoir le sentiment de ne pas être inscrit parmi les autres.
3. Ne pas être pris au sérieux, c'est avoir le sentiment de ne pas être en mesure d'assumer des responsabilités, de prendre des décisions y compris pour soi-même.

Il y a deux manières de maltraiter quelqu'un, de lui faire violence :

1. C'est de le rejeter, de la mettre à distance, au point de ne plus entendre ce qu'il a à dire, tellement il est éloigné, ou alors...
2. de fusionner avec lui, de l'envahir, de l'étouffer, de faire de son propre désir une loi pour l'autre, de se fondre dans lui.

Dans ces deux cas c'est une atteinte à la parole, c'est une parole qui est annulée, bannie.

**Premier point la rupture, deuxième point, le morcellement dans la trajectoire de vie.**

DIAPO 7



Dans les 48 situations que nous avons étudiées les conditions de réalisation de l'autonomie ne semblent pas réunies.

Le recueil de données sur l'histoire familiale fait apparaître des carences éducatives précoces dès la petite enfance par une indisponibilité parentale. (indisponibilité liée à des problèmes de santé psychique affectant l'exercice de la fonction parentale et la qualité de la relation mère enfant).

Des parcours familiaux chaotiques ponctués de séparations conflictuelles et douloureuses, des violences conjugales, des deuils difficiles...

Les problèmes de santé des parents au moment l'adolescence affectant là encore la disponibilité éducative des parents.

Les carences d'autorité dans des familles marquées par la séparation ou les rôles et les fonctions sont diffus, voire ambiguës.

La précarité économique peut semble-t-il constituer aussi un facteur aggravant de la crise de l'adolescent.

S'il n'y a pas de causalité linéaire dans tous ces facteurs repérés dans la trajectoire des 48 jeunes étudiés, en contrepartie, ces événements familiaux potentiellement traumatiques,

articulés entre eux, sont semble-t-il constitutifs et aggravants de la situation de danger à l'adolescence.

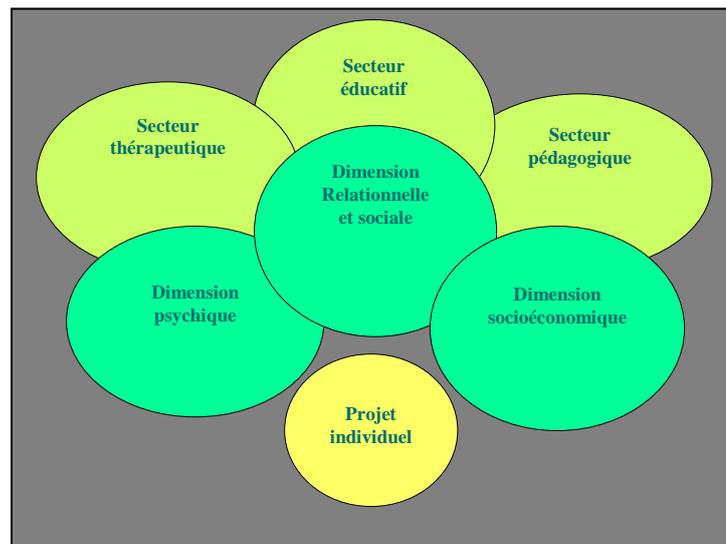
C'est une donnée qui nous a intéressé dans cette première étape : d'avoir à dissocier les souffrances ordinaires (existentielles) de l'adolescence, des souffrances traumatiques (ou vécues comme telles) des adolescents difficiles.

- Premier point, la rupture dans les mécanismes de développement.
- Deuxième point, du morcellement dans l'histoire individuelle et familiale.

Rupture et morcellement qui semblent se rejouer indéfiniment, sous forme de répétition chronique, dans la relation que l'adolescent va entretenir avec son environnement de proximité, y compris avec les acteurs institutionnels. Une telle problématique a en effet un fort impact sur la vie de nos organisations. Ce qui permet de faire un lien avec un autre aspect de la problématique de l'adolescent difficiles : le travail en réseau.

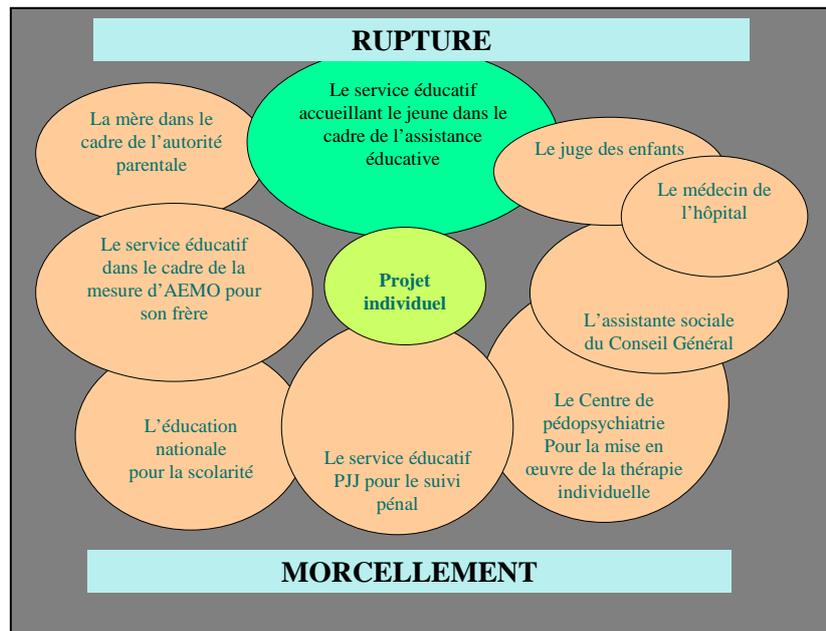
### DIAPO 8.1

La mise en place d'un projet individualisé pour un adolescent dit difficile, considérant le jeune dans sa dimension personnelle, sociale et scolaire ou professionnelle va mobiliser un ensemble d'acteurs institutionnels et professionnels dans les secteurs éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, pas - acteurs ou institutions issus de secteurs corporatistes dont les fondements idéologiques se sont parfois structurés par opposition, et pas toujours très coordonnés.



Ainsi, le service éducatif de référence, le service AEMO, l'éducation nationale, la pédopsychiatrie, la police le juge, l'assistant social, le ou les parents, etc...

DIAPO 8.2



Une discontinuité fréquente dans la trajectoire institutionnelle privilégiant les mécanismes de répétition de la crise.

Il y a rupture et morcellement permanent dans la trajectoire institutionnelle de l'adolescent *difficile* à l'instar et en miroir d'une histoire déjà chaotique.

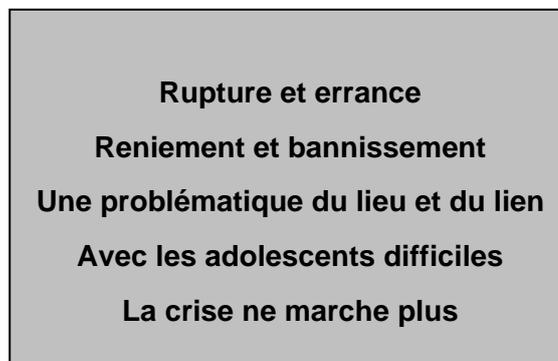
Rupture, morcellement, répétition, les trois ingrédients préférés de la crise...trois composantes des crises que nous avons vécues et qui justifiaient et nécessitaient une redéfinition de notre vision de l'institution...

➤ **Première hypothèse de compréhension :**

La problématique singulière de l'adolescent difficile est double. Du rejet, de l'errance. Du reniement, du bannissement. Une problématique et du lien et du lieu.

Cette construction en rupture nous porte à croire qu'avec les adolescents difficiles, la crise, comme condition de réalisation de l'autonomie, est provisoirement stoppée, bloquée, avec les adolescents difficiles paradoxalement la crise ne marche plus.

DIAPO 9



Dès lors l'enjeu consiste à créer une institution qui puisse réunir les conditions d'un réamorçage de la crise, qui puisse l'accueillir, la recueillir, la faire vivre...la crise tenant lieu des transformations à venir.

➤ **Penser l'institution autrement**

Je vous propose une définition synthétique de l'institution en l'articulant à la notion de langage en référence à certains auteurs.

1. Le langage en tant qu'axiome, le langage a une structure, le langage fait loi,
2. Deuxième aspect, le langage en tant que fonction, une fonction qui relie, qui rallie, le langage vecteur d'appartenances et de communication,
3. Troisième aspect, le langage, en qualité d'instrument, lieu d'expression individuelle, lieu possible du sujet.

Ainsi, l'institution rapportée à nos organisations missionnées par les pouvoirs publics, peut se définir ainsi autour de trois grands chapitres interdépendants, qui s'articulent entre eux.

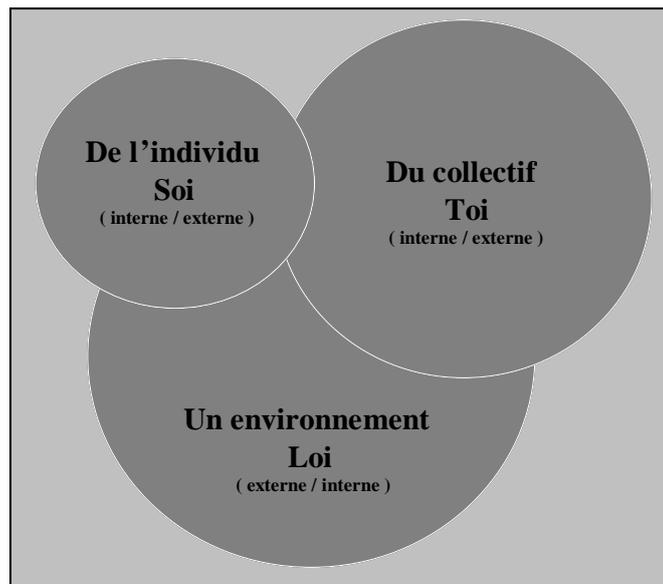
L'institution: ce sont des lois, internes, externes, implicites, explicites, qui ont une histoire et évoluent dans un contexte social, économique et politique, lois ou principes normatifs, reconnus, faisant référence pour un collectif.

L'institution, c'est un collectif, un ensemble d'acteurs organisés en systèmes plus ou moins formels par réseau, en interne, ou en externe, qui contient une composante, idéologique, culturelle, et sociale....des collectifs qui évoluent historiquement et conjoncturellement, reliés, raliés par un langage devenu commun, lieu, lien de communication interpersonnelle.

L'institution, c'est aussi des individus, des être singuliers, avec leurs compétences, leur histoire, leur représentation.... Des individus qui évoluent historiquement, investissant le champ du langage, des êtres devenus parlants, qui font *loi* pour eux-mêmes.

Un environnement faisant loi, un collectif organisé, des individus.

DIAPO 10.1



Les premiers indicateurs de crise dans une organisation, une entreprise, sont généralement à mettre en lien avec l'activité et l'image de marque. Nous avons connu cet aspect de la crise dans nos internats....

En période de crise dans nos organisations, on peut aussi repérer trois zones de rupture...

1. Premier point, sur le plan organisationnel et fonctionnel.
2. Deuxième point, sur le plan relationnel et social.
3. Troisième point, sur le plan individuel et identitaire.

➤ Rupture fonctionnelle

L'organisation n'est plus en conformité avec la réglementation. Il n'y a plus de réglementation interne de référence. Les règles de fonctionnement ne sont respectées. « On se sait plus qui décide de quoi ». Il y a des insuffisances en matière de compétences. « on ne sait plus faire, on ne sait plus comment faire » Le management, le pilotage de la structure sont menacés. Il y a rupture dans la chaîne hiérarchique « La direction n'entend pas les gens de terrain ». « on nous prend pas au sérieux »

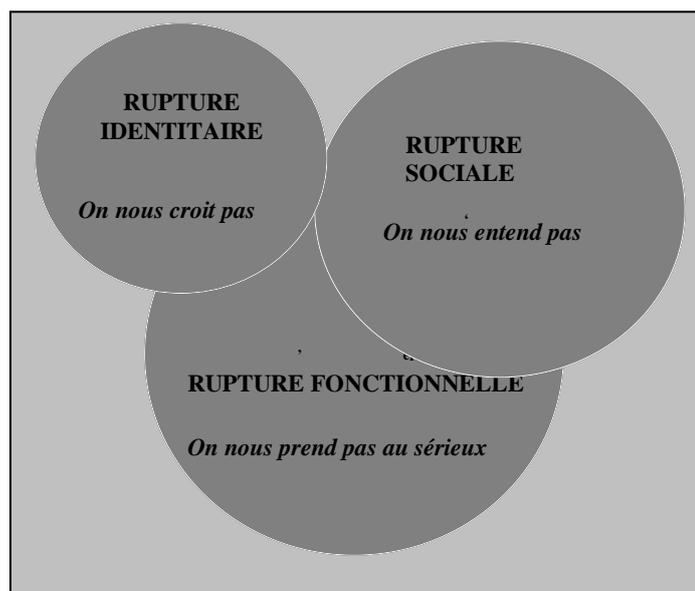
➤ Rupture relationnelle

L'environnement externe est vécu comme menaçant. On est sur des positions de rivalité, les relations interpersonnelles se conflictualisent, se développent sous forme de d'alliance circonstancielle et de coalition. Sentiment d'isolement. « Les autres ont plus de moyens que nous », « On travaille jamais ensemble » « On est seul on ne sait plus qui fait quoi » « on a les adolescents les plus difficiles » « On nous entend pas »

➤ Rupture identitaire

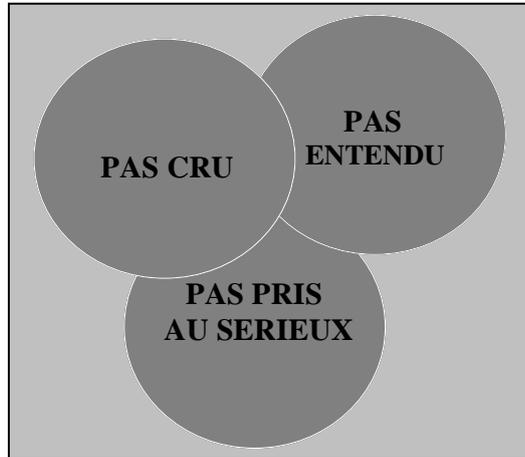
« on ne sait plus à quoi on travaille » « On nous prend pour des machines ». Une perte de sens et de l'engagement. « à quoi ça sert tout ça ». « On nous croit pas !».

DIAPO 10.2



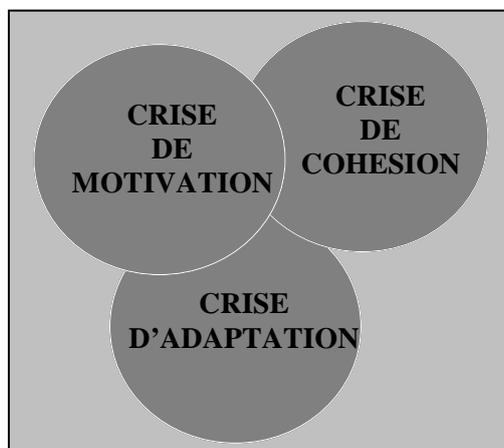
Pas crus, pas entendus, pas pris au sérieux, trois bonnes raisons qui conjuguées peuvent générer de la violence sur autrui, de la violence sur soi-même. En matière de crise, ce qui vaut pour les adolescents vaut aussi pour nos organisations, ses acteurs.  
Dès lors, y compris dans nos organisations, on est dans une situation de crise aggravée, de crise bloquée.

*DIAPO 10.3*



Dans un tel contexte de crise d'adaptation, de crise de cohésion, de crise de motivation, le projet, la théorie, les concepts, la loi, le travail en équipe, ne constituent plus une référence institutionnelle commune nécessaire à l'assise de tout acte professionnel d'accompagnement.

*DIAPO 10.4*



L'institution ne fait plus autorité dans la gestion des conflits entre les usagers et les professionnels qui s'opèrent désormais sur un mode personnel et affectif. Il n'y a plus de tiers entre l'usager et le professionnel.....

Ainsi, comme dans une famille en crise où l'autorité parentale est devenue inopérante (il faut le prendre ici à titre métaphorique), les mécanismes de rupture relationnelle à l'œuvre dans l'organisation (interne ou en réseaux) sont fréquents renforçant chez les usagers les sentiments de rejet et d'abandon tels qu'ils ont déjà pu les connaître en famille.

Les mécanismes se répètent, rupture-errance, la répétition est une des composantes préférées de la crise, et...dépendance.

A l'inverse certains usagers sont maintenus dans la structure bien que les indications de prises en charge en rapport avec l'ordonnance judiciaire soient achevées. Mais, en situation de crise, les professionnels ne font plus confiance à l'extérieur, on ne reconnaît plus le tiers.

Dès lors l'institution peut devenir potentiellement maltraitante, soit dans le rejet, soit dans la fusion, toujours nous l'avons dit plus haut par une atteinte à la parole de l'adolescent.

➤ **Rappel historique de la notion d'institution dans notre secteur d'intervention.**

Trois époques, avant guerre, après guerre, les années 2000.

Historiquement (jusqu'à dans les années 30) ce qui faisait institution en matière d'éducation c'était la famille. L'état délègue à la famille la responsabilité totale en matière d'éducation. Le père est investi d'un pouvoir décisionnel, la puissance paternelle.

Progressivement (avant les années 45) l'état va s'introduire progressivement dans la sphère privée que constitue la famille. Les premières lois (1935) relatives à la protection de l'enfance vont émerger, les décisions éducatives aux adolescents sont d'ordre punitif. Dans le cadre de la protection de l'enfance ce qui fait institution, c'est l'organisation (internat) qui intervient par substitution à l'éducation parentale. Les acteurs sont investis d'une forte autorité, quasi-dogmatique, ils puisent leur inspiration éducative dans une forme d'autorité religieuse, la rédemption recouvrée fonde et légitime l'action éducative. On intervient sous forme communautaire. On exclut la famille de l'intervention, famille jugée incapable et négligente, défaillante insuffisante.

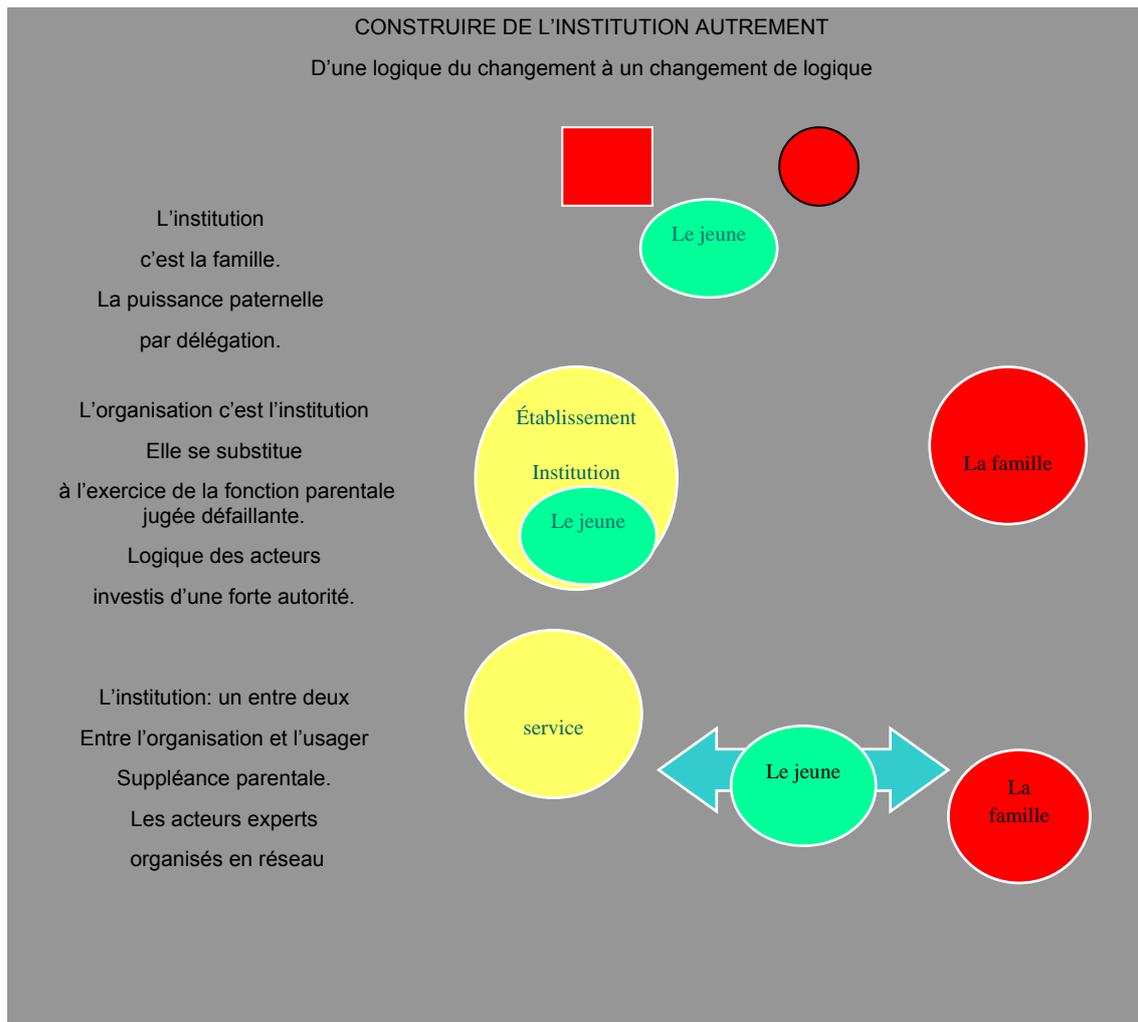
Après guerre, dans les années 70, on développe la professionnalisation, l'intervention s'effectue dans et par le milieu naturel. (développement du milieu ouvert, de la prévention spécialisée, de l'aide à domicile). Ce qui fait institution, c'est cet *entre deux*, entre le service et la famille, on développe le réseau. Les professionnels occupent une position d'expert (position haute) par rapport aux parents. On parle de suppléance aux familles....

Aujourd'hui, ce qui fait institution, ce n'est plus la famille seule, famille, qui se définit par ses règles internes, externes, par une organisation plus ou moins formelle de son collectif, qui se définit par une somme d'individus qui se construisent à l'interne et à l'externe en réseau.

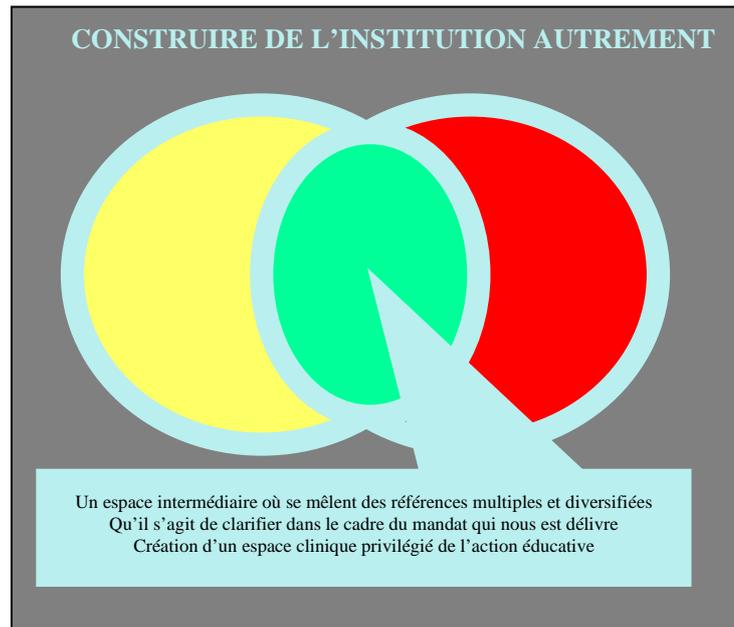
Ce n'est pas non plus l'organisation seule, l'organisation qui se définit par ses lois, son collectif, ses individus.

Ce qui fait institution aujourd'hui, c'est cet espace *inter-médiaire* où ne nouent et se mêlent des références multiples qu'il s'agit ensemble (les acteurs du service et les acteurs de la famille) de repérer et de clarifier dans le cadre strict du mandat qui nous est délivré. Cet espace inter-média... est aujourd'hui le lieu privilégié de la clinique éducative, de la relation d'aide et de l'accompagnement... Il n'y a pas d'institution en soi. L'institution est un construit permanent.

DIAPO 11



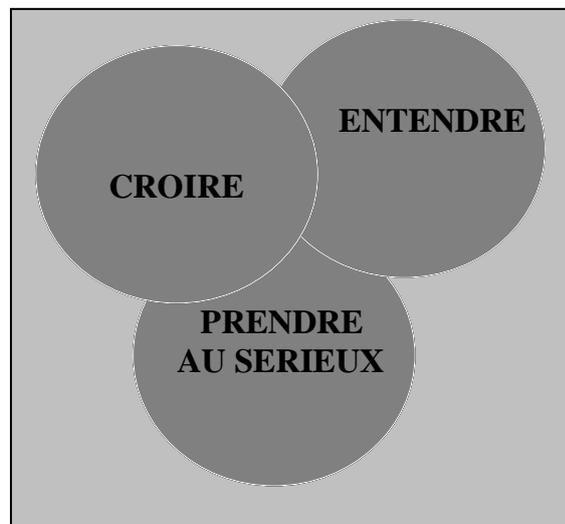
DIAPO 12



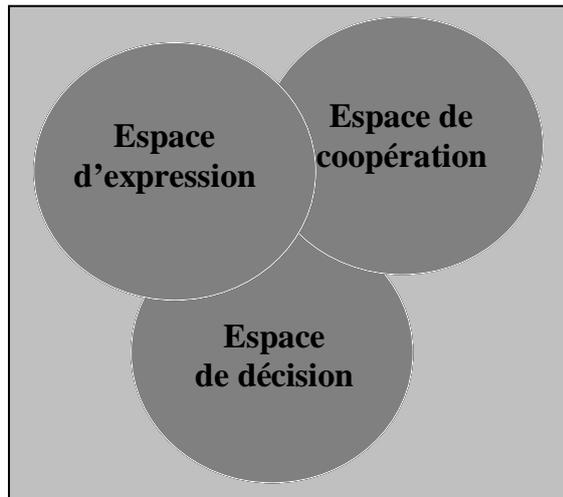
Ainsi est-on passé de la délégation, à la substitution, à la suppléance, à la notion la subsidiarité.

Dans cette perspective, et au nom des valeurs qui portent nos organisations et nos associations, engagées à Croire, à Entendre, à Prendre au sérieux (je fais référence aussi aux textes fondamentaux des droits et libertés des personnes), cela suppose qu'à tous les endroits de ce qui fait potentiellement *institution* (dans la famille comme dans nos organisations, dans cet espace intermédiaire), on crée, on repère, on garantit aux jeunes, à ses parents, aux professionnels **des espaces d'expression individuelle, les espaces coopération et d'élaboration collective, des espaces de décision...** des dispositifs encadrés pour répondre à la problématique de la rupture et du morcellement du lien.....

DIAPO 13.1

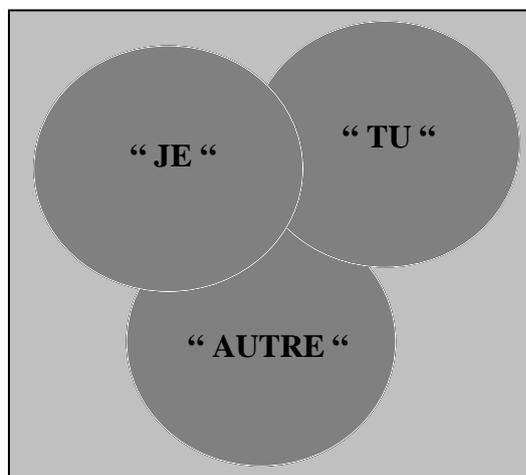


DIAPO 13.2



**Il s'agit des lors d'élaborer des dispositifs de manière congruente**, en créant des scènes institutionnelles qui permettent de favoriser le positionnement subjectif, la capacité pour chaque acteur professionnel/usager à dire « JE », qui permettent de développer l'accès à la différenciation des rôles, des fonctions « TU », l'autre comme soi-même, sans jamais pour autant s'arranger de la relation duelle..... en rappelant de manière impérieuse le tiers « l'Autre, le grand Il », garant de la continuité et de la sécurité de cette expression individuelle et de cette relation. La loi a pour fonction de rallier et de distinguer.

DIAPO 13.3



Que chacun puisse *conjuguer* la place qui est la sienne dans ce nouveau dispositif

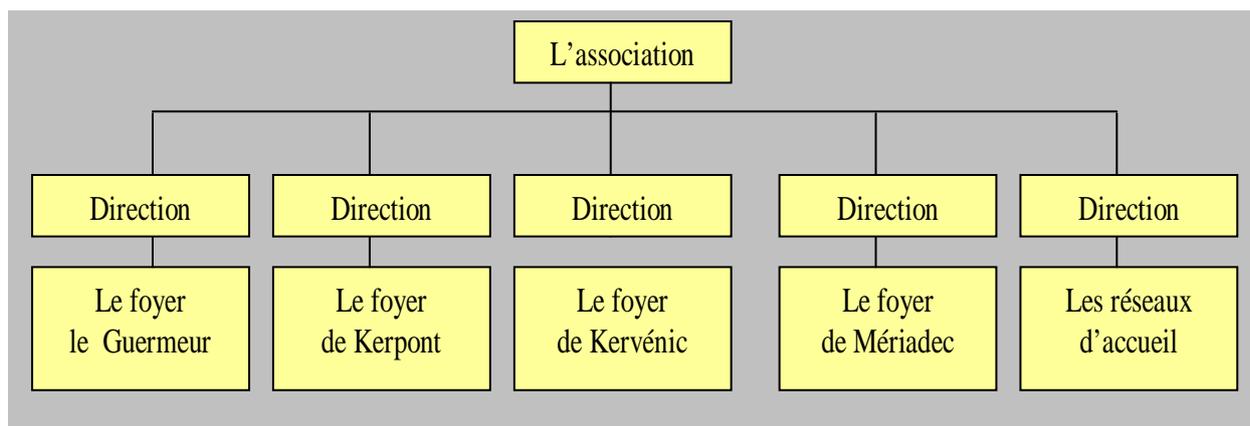
➤ Vers une nouvelle construction institutionnelle.

Depuis son origine dans les années 1935 et sa création statutaire en qualité de Sauvegarde dans les années 1950, l'association s'est toujours intéressée au secteur de protection de l'enfance et notamment aux adolescents évoluant dans des contextes à risques et de danger.

Jusqu'aux années 1990, l'association Sauvegarde dispose de 4 établissements accueillant spécifiquement des adolescents en internat (le foyer du Guermeur, le foyer de Kerpont, le Foyer de Mériadec, le Foyer de Kervénic). Ces établissements bénéficient d'une habilitation conjointe Conseil Général et Protection Judiciaire de la Jeunesse et à ce titre accueillent des adolescents et des jeunes dans le cadre de placements judiciaires et administratifs en internat.

Ces établissements sont implantés sur les secteurs de Vannes (deux foyers pour filles) et sur Lorient (deux foyers pour garçons) Dans les années 80, l'association crée un réseau de famille d'accueil (Les Réseaux d'Accueil) pour des adolescents en grande difficulté sur le secteur de Lorient principalement. Ces 5 établissements et services sont pilotés par des directions autonomes, rattachées à la direction générale.

DIAPO 14



A partir des années 95 jusqu'au années 2000-2002, ces établissements et services vont subir des modifications structurelles importantes. Les prestations éducatives vont progressivement se diversifier par la création de nouvelles modalités de prises en charge adossées à l'internat (placement individuel, AEMO renforcée, accueil de jour, mixité sur certains établissements). Ces nouvelles modalités de prises en charge auront un impact sur l'organisation, le fonctionnement des établissements, leur pilotage. Durant cette période d'une dizaine d'année, certains établissements quitteront leur intitulé administratif initial, se transformeront, d'autres fermeront définitivement pour se restructurer en service.

En 2002, la prise en charge des adolescents est désormais organisée autour de trois entités institutionnelles, le Service d'Accueil d'Adolescents et de Milieu Ouvert Adapté (le SAAMOA, 70 places) à Lorient. Le service d'accueil de jour de Ploemeur Centre de Ressources Pédagogiques (CRP, 15 places). Le Centre Educatif des Vénètes (CEV, 46 places) à Vannes. Le pilotage s'effectue par deux directions distinctes.

L'association fait le choix en 2006 de réunir le SAAMOA, le CRP et le CEV sous une même entité institutionnelle, intitulée Service d'Accueil d'Adolescents (SAA), privilégiant la transversalité et la coopération.

Dispositif construit de manière congruente, s'intéressant aux besoins des jeunes, aux besoins des professionnels, aux besoins des organisations.

4 notions concepts indiqué ici de manière dialectique : Premier point, la diversité, (et la spécificité). Deuxième point la mixité, (et la singularité). Troisième point la mobilité, (et la stabilité). Quatrième point, la territorialité (la proximité).

DIAPO. 15

UN DISPOSITIF UNIFIE		
Pour les jeunes		Pour les professionnels
La diversité des modalités d'intervention éducatives, permet une meilleure réponse technique à des problématiques familiales complexes.	<b>DIVERSITE</b> Et <b>SPECIFICITE</b>	La diversité des prestations permet d'offrir aux professionnels, aux magistrats, au département, une multitude de réponses éducatives.
La mixité des problématiques, pour répondre individuellement à des besoins et des demandes multiples. le dispositif permet d'élargir son champ d'intervention.	<b>MIXITE</b> Et <b>SINGULARITE</b>	Mixité des qualifications, spécialisation des compétences, des formations. Le dispositif offre un plateau technique pluridisciplinaire
Le dispositif permet de garantir, si nécessaire, une continuité dans la prise en charge.	<b>MOBILITE</b> Et <b>STABILITE</b>	Le dispositif permet d'introduire du mouvement dans la gestion des ressources humaines et des emplois.
Le dispositif, préservant les logiques de territoire, permet de renforcer l'action de prévention <i>dans et par le milieu</i> en associant les ressources de la famille et du réseau social de	<b>TERRITORIALIT</b> ET <b>PROXIMITE</b>	Le dispositif permet de favoriser les actions coordonnées par territoire.  Il participe à une plus grande proximité entre les acteurs organisés en réseau interne externe

DIAPO 16.

Préserver les logiques de territoires et diversifier les prestations éducatives pour plus de proximité, plus de mobilité.

Ce nouveau dispositif sera dès lors piloté par une seule équipe de direction, soucieux de garantir une continuité dans la trajectoire institutionnelle des jeunes en réponse à la problématique de la rupture et du morcellement. Chaque unité institutionnelle est désormais pourvue de plusieurs unités éducatives. Chaque unité éducative dispose dès lors de plusieurs cadres d'intervention éducatifs. Chaque professionnel dispense plusieurs prestations éducatives.

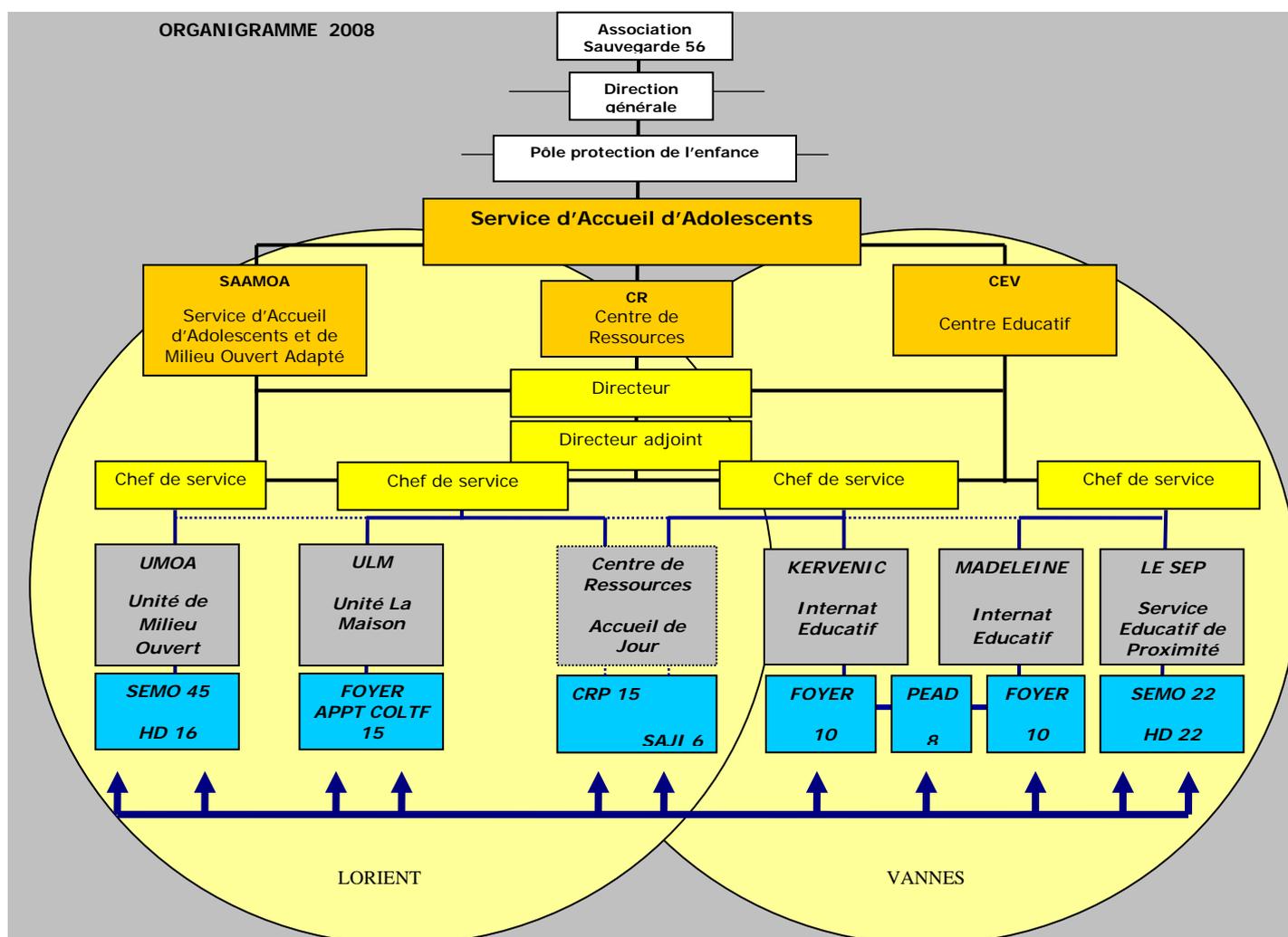
L'UMOA, dispose d'une capacité pour 45 jeunes en AEMO et de 17 places en appartements individuels. L'ULM, foyer éducatif pour 15 jeunes, dispose en périphérie d'appartements collectifs de 2 à 3 places et d'appartements individuels, en AEMO si nécessaire.

Le CRP et le SAJI, service d'accueil de jour, pour 21 places, interviennent en interne et en externe en proposant des plateaux techniques pluridisciplinaires (éducatif, psychologique, psycho-éducatif, pédagogique), de l'intervention individuelle ou collective et en réseau.

La madeleine, foyer éducatif pour 10 jeunes dispose d'appartement individuel. Et en AEMO si nécessaire. Kervénic, foyer éducatif pour 10 jeunes dispose d'appartement individuel et collectif. Et en AEMO si nécessaire. Le SEP, intervient à domicile pour 22 jeunes, nous créons 22 places de milieu ouvert.

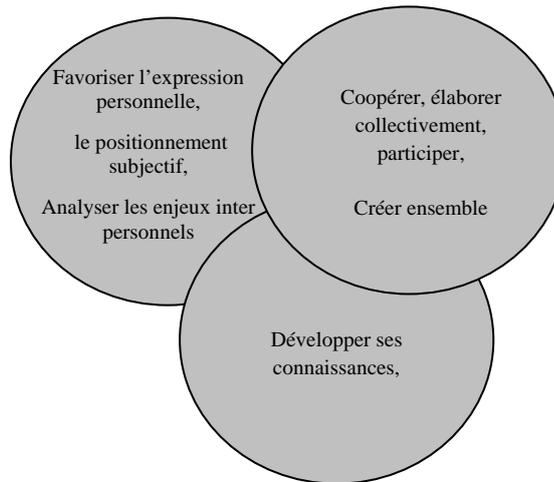
8 places de Placement Educatif à Domicile sont créés et utilisés de manière transversale pour l'ensemble des unités éducatives.

Ce dispositif piloté et coordonné par une seule équipe de direction peut favoriser de manière transversale, la coopération, l'élaboration collective, la permanence et la référence des liens, la mobilité pour les jeunes, la mobilité pour les professionnels

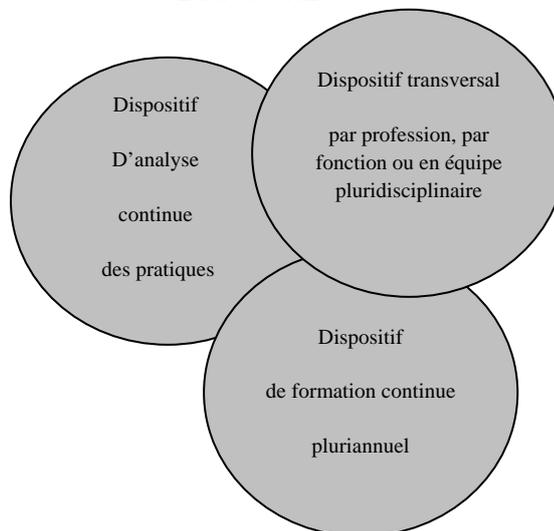


Se relier en interne, par la création de dispositifs transversaux et de coopération favorisant l'expression individuelle, l'élaboration collective, le développement des compétences.

DIAPO 17.1

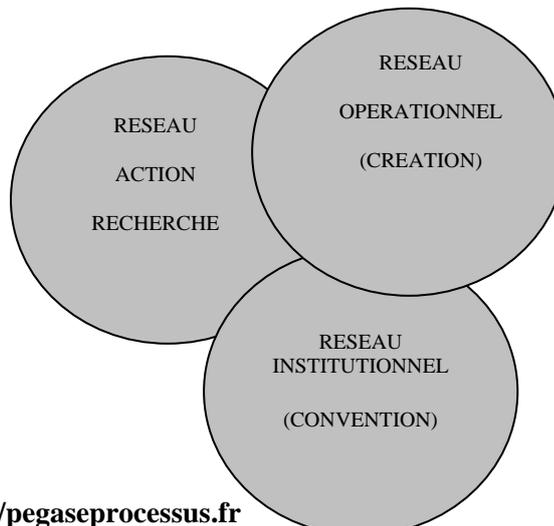


DIAPO 17.2

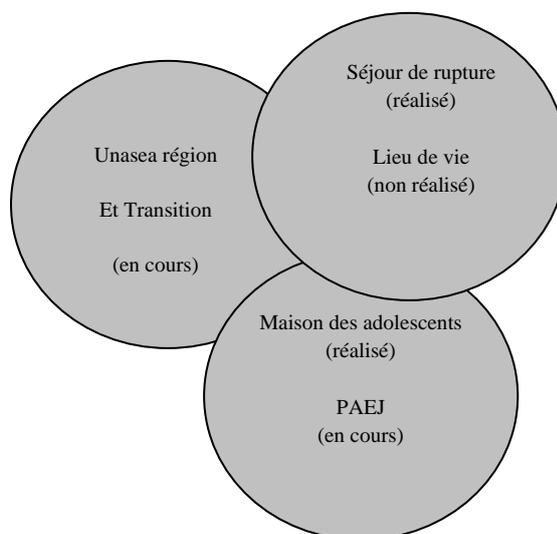


Se relier en externe en développant des réseaux diversifiés privilégiant la dimension d'analyse, la création, la construction institutionnelle.

DIAPO 17.3



DIAPO 17.4



Faire l'expérience de se lier sans craindre le morcellement, de se séparer sans craindre la rupture.

Faire de nos organisations de véritable institution.

*Jean-Guy Hémono, Sauvegarde 56*

« FAMILLES ET ADOLESCENTS :  
DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

---

***Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009***

**ATELIERS**  
**2 avril 2009**

## ATELIER N°1

# CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES ADOLESCENTS ET SEXUALITE

*Didier DUMAS*

Selon Didier Dumas, la sexualité entreprend sa construction dès le stade fœtal, et les énergies qui se développent alors continuent à agir à l'âge adulte. Pour être bien dans son corps, bien dans sa sexualité, il ne propose aucune recette. En revanche, il montre que le manque de compréhension de la sexualité et l'absence de parole, entre les parents et les enfants, mais aussi dans la société en général, a toujours des effets désastreux (suicides des ados en particulier).

➤ *Pour plus de détails, consulter le texte de la conférence du matin.*

## ATELIER N°2

### **AGIR : UN EXEMPLE DE MODELES EDUCATIFS ET DE CONSTRUCTION D'UN DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT EN RESEAU**

*SAFHIR (Lorient), Sauvegarde 56*

Ce service d'accueil familial d'adolescents en grande difficulté a mis en place un accompagnement original en réseau. Ils nous présenteront comment ils ont repensés leurs interventions pour qu'elles soient adaptées aux besoins et en lien avec l'intérêt et le projet de vie du jeune, mais aussi en lien avec les parents.

➤ *Pour plus de détails, consulter le texte de la conférence de la Sauvegarde 56.*

## ATELIER N°3

### PREVENIR LES MESURES JUDICIAIRES : L'APPROCHE- MEDIATION ET LA NEGOCIATION SUR INTERET, DE L'AUTORITE A LA RELATION D'AIDE

*Daniel COTE, Directeur de la Protection Jeunesse de Québec,  
avec des chercheurs évaluant le projet et un intervenant social*

#### **M. Daniel Côté**

*Directeur de la protection de la jeunesse et directeur provincial au Centre jeunesse de Québec. Pour plus de détails, voir la conférence du matin.*

#### **M. Gilles Mireault**

*M.Ps., M.A.P. psychologue, chercheur d'établissement au Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.*

*Diplômé de l'Université de Grenoble II (France) en psychologie clinique et de l'École nationale d'administration publique de l'Université du Québec en évaluation de programme, M Mireault est également membre de l'Ordre des psychologues du Québec.*

*A titre de chercheur d'établissement et membre de l'équipe scientifique du Centre jeunesse de Québec depuis 1995, il s'intéresse plus particulièrement à l'évaluation des programmes, activités et pratiques professionnelles. Il a dirigé plusieurs projets d'évaluation au sein du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire au cours des dernières années.*

*L'implantation et l'évaluation de l'application d'une approche de médiation en contexte de Protection de la jeunesse dans 3 centres jeunesse du Québec est présentement un des projets d'intérêt.*

#### CONTEXTE

- Approche-client préconisée par le ministère de la santé et des Services sociaux et le Conseil québécois d'agrément.
- Renouvellement de la Loi sur la protection de la jeunesse qui demande d'implanter des approches consensuelles.
- Qualité des services, satisfaction de la clientèle.
- Efficacité des interventions en protection : diminution des risques.

#### PRINCIPES DE L'APPROCHE-MEDIATION

- Approche centrée sur l'identification et la réponse aux besoins des familles (jeunes et parents) plutôt que sur l'attribution des blâmes (approche consensuelle vs adversariale).
- Mobilisation de tous les acteurs impliqués dans la situation.
- Communication ouverte, tous ont droit de parole.
- Renforcement de la capacité des acteurs à résoudre leurs difficultés (empowerment).
- Recherche et adoption de solutions consensuelles (tout le monde est d'accord avec les moyens proposés).

**PLUS SPECIFIQUEMENT, L'APPROCHE-MEDIATION PEUT AMENER LES EFFETS SUIVANTS :**

- Améliorer la capacité du jeune et de ses parents à s'écouter et à prendre en compte les besoins de l'autre partie.
- Améliorer la capacité du jeune et de ses parents à reconnaître leurs forces, leurs compétences et leurs ressources personnelles.
- Accroître la capacité du jeune et de ses parents à traduire leurs difficultés en besoins à combler.
- Stimuler l'utilisation de techniques de communication efficaces par le jeune et ses parents.
- Augmenter chez le jeune la prise de conscience de l'impact de ses comportements négatifs sur autrui.
- Favoriser chez le jeune l'adoption de conduites pro-sociales.
- Amener le jeune à respecter l'autorité parentale.
- Renforcer la capacité des parents à exercer une supervision parentale.
- Amener le jeune et ses parents à respecter les mesures prises dans le cadre de l'entente résultant de l'application de l'approche-médiation.

A la différence de ces programmes conventionnels, le traitement des situations en approche-médiation procède à partir de l'identification des besoins des acteurs familiaux (argent, valorisation personnelle, écoute, autonomie, etc...) plutôt que sur la base de leurs manquements (irresponsabilité, dépendance, encadrement insuffisant, méthodes éducatives incohérentes, discipline abusive, etc...) et favorise une participation des acteurs familiaux au choix des mesures qui doivent être mises en place pour mettre fin à la situation de compromission décelée lors de l'évaluation du signalement.

L'approche de médiation instaure d'abord le contrôle exigé par la loi, puis mobilise rapidement le jeune et ses parents autour de l'identification de leurs besoins, de leurs forces, de leurs compétences et de leurs ressources dans un climat de respect mutuel de bonne foi et d'équilibre de pouvoir, ce qui souvent, tranche avec les modes de communication établis dans une famille où persiste le conflit. Cette approche vise à redonner du pouvoir aux parents des jeunes afin qu'ils puissent continuer à assumer leurs responsabilités parentales. Cette attention portée à la clientèle représente un levier formidable de motivation et d'adhésion à un projet de changement porteur de bénéfices pour chacun. Cette façon de faire a aussi pour avantage de préserver ou de protéger l'image et l'estime que les individus ont d'eux-mêmes, sans négliger pour autant le contrôle et le travail visant l'élimination des éléments de compromission qui demeure, il est important de le souligner, l'objectif principal de l'intervention.

L'intérêt démontré par l'intervenant au regard des valeurs, des modes de vie et des habiletés des acteurs est d'une importance capitale. Considérant que ces personnes sont très souvent en détresse ou en crise lorsqu'ils arrivent dans les services de protection, cette « attention spéciale » portée à la clientèle représente un levier formidable de motivation et d'adhésion à un projet de changement.

## ATELIER N°4

### **ADOLESCENTS DANS L'IMPASSE : LA PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE DANS UNE UNITE DE SOINS SPECIFIQUE**

*Mme BLETON, Mme COUM et M. BODENES*

#### ***L'équipe de l'unité d'accueil médico-psychologique Anjela Duval***

*Centre hospitalier universitaire de Brest, Hôpital Morvan, Unité d'orientation et de prévention vis-à-vis du suicide, unité d'hospitalisation pour jeunes en souffrance psychique. Dr Bleton, psychiatre responsable du service, Mme Coum, psychologue clinicienne et M. Bodenès, Assistant social.*

L'unité d'Accueil Médico Psychologique Anjela Duval reçoit depuis 10 ans des jeunes de 15 à 30 ans en situation de crise ou de rupture avec leur environnement habituel.

Au fil des années s'est construit un outil de soins spécifique et original, qui se saisit de ce moment de rupture et du vacillement du fonctionnement psychologique habituel du sujet dont il témoigne, pour redistribuer les cartes entre le jeune et son environnement, le plus souvent familial.

Au cours de cet atelier, nous vous proposerons trois interventions illustrant le travail en équipe pluridisciplinaire que nous réalisons auprès des adolescents en crise et de leur famille, permettant ainsi de vous faire partager notre pratique.

Dans un premier temps, nous rappellerons les circonstances qui ont conduit à l'ouverture de cette structure, décrirons rapidement la population accueillie et les indications, ainsi que notre outil de soins. Nous verrons alors comment, dans ces situations de ruptures l'institution, par ses différentes fonctions, à la fois limitantes, contenantes, transitionnelles et tierces, a des effets thérapeutiques et vient répondre à la problématique adolescente spécifique.

Sera alors abordé le travail effectué auprès des familles, et enfin nous terminerons autour de la question de la prévention des conduites à risque et notamment suicidaires.

L'Unité d'Accueil Médico Psychologique Anjela Duval est donc placée sous la responsabilité du Professeur WALTER, rattachée à l'hôpital psychiatrique, mais située au centre ville, au sein du CHU de Brest.

#### **1. CIRCONSTANCES, POPULATION ACCUEILLIE, INDICATIONS :**

1.1. **Les raisons** qui ont conduit à l'ouverture d'une telle unité s'adressant à une population jeune de 15 à 30 ans se sont appuyées sur divers arguments, dont le premier est épidémiologique. En effet, la prévalence et l'incidence des gestes suicidaires pour cette tranche d'âge restent importantes. Le suicide représente toujours la deuxième cause de décès des 15-25 ans, et le premier facteur de risque de décès par suicide est la réalisation d'une tentative de suicide antérieure. De plus, dans le Finistère et plus particulièrement en Bretagne, la problématique du suicide est particulièrement sensible puisqu'il existe une surreprésentation des décès par suicides, de plus de 50 % à la moyenne nationale. (ORSB).

Les conduites à risque, conduites de rupture, sont donc actuellement, pour des raisons probablement multiples, à la fois sociales et culturelles, une modalité fréquente et souvent utilisées par les jeunes pour manifester leur souffrance psychique.

Ainsi, il apparaît important qu'un lieu spécifique, situé en centre ville à l'hôpital général, et facilement repérable pour les professionnels comme pour les jeunes eux-mêmes, puisse leur être dédié pour les accueillir et les écouter lors de ces moments de crise, permettant d'offrir des soins spécialisés qui jusque là étaient fréquemment refusés car trop marqués psychiatriquement.

La création d'une unité comme la nôtre permet donc d'envisager une dimension préventive immédiate autour du geste suicidaire ou d'un comportement équivalent de mise en danger, afin de prévenir l'éventualité d'une récurrence, voire d'intervenir en amont d'un tel projet, avec pour objectif de favoriser l'élaboration par le jeune et son entourage de ce moment de crise ou/et de favoriser une remise en mouvement du processus psychodynamique spécifique de l'adolescence, processus fréquemment dans l'impasse chez ces jeunes.

1.2. **La population accueillie** est donc constituée d'adolescent à partir de 15 ans, et de jeunes adultes jusqu'à 30 ans. Néanmoins, 70 % des jeunes accueillis dans notre unité ont moins de 20 ans, la moyenne d'âge étant de 18 ans 1/2. Le sexe ratio est nettement en faveur des jeunes filles, pour 3/4 des jeunes hospitalisés, et il apparaît moins déséquilibré lorsque les prises en charge sont ambulatoires.

Nous retrouvons une surreprésentation des événements de vie de ces jeunes patients, notamment une surreprésentation d'un décès d'un des deux parents, une surreprésentation d'antécédents familiaux d'alcoolisme ou de trouble psychiatrique, ainsi qu'une surreprésentation de violences intrafamiliales et d'abus sexuels.

1.3. **Les indications** sont celles de toute situation de crise ou de rupture, qui peut se manifester et s'exprimer le plus souvent selon deux grands types de modalités symptomatiques :

- la dépression,
- toutes les conduites relevant d'une expression comportementale de la dépression ou de la dépressivité. Ce sont les fugues, l'absentéisme scolaire, l'hétéro agressivité, mais aussi les attaques corporelles telles que les scarifications, soit dans l'ensemble tout comportement qui vient exprimer une rupture ou un évitement de la pensée.

Ces troubles sont généralement le reflet des remaniements psychologiques qui s'opèrent à l'adolescence.

Mais, les conduites de rupture peuvent également être révélatrices de dysfonctionnements familiaux importants. On y repère des situations de violence intrafamiliales, les abus quels qu'ils soient, à la fois physiques et psychologiques, avec leur corollaire qui sont la transgression et l'effacement générationnel. Il peut s'agir aussi d'événements vécus sur le mode du traumatisme, générant secrets ou non dits, et induisant d'importantes difficultés dans la communication intrafamiliale.

- Hors des situations de crise ou de rupture, l'unité a aussi pour vocation d'accueillir des jeunes dans un objectif d'évaluation à visée diagnostique, permettant alors de les orienter vers les soins les plus appropriés.

Les indications finalement se définissent plutôt en termes de contre-indications. En effet, nous n'accueillons pas les patients présentant une pathologie psychotique déclarée, ni ceux dépendants de façon avérée et massive aux toxiques, ni ceux pour qui d'emblée une prise en charge au long cours s'impose, tels que les troubles des conduites alimentaires lorsque ces symptômes sont au premier plan.

En effet, la durée moyenne de séjour dans notre unité reste courte, autour de 10 à 12 jours.

Dans l'ensemble, les jeunes admis dans notre unité sont pour 30 % d'entre eux suicidants, 40 % d'entre eux suicidaires, et 30 % sont venus pour un autre motif, notamment un trouble réactionnel et d'adaptation.

## **2. LA PRISE EN CHARGE**

### **2.1. Objectifs et moyens :**

**Le travail dans l'unité** se fait par une approche pluridisciplinaire, médicale, psychologique, et sociale, qui a donc pour objectif global de réinscrire ou parfois d'inscrire le patient dans son contexte affectif, social, mais aussi professionnel ou scolaire, voire éducatif. Aussi, l'institution se situe véritablement comme un maillon intermédiaire au sein du réseau médico-social, et s'articule avec celui-ci de façon étroite. Il s'agit donc d'un lieu de transition, d'une structure intermédiaire, constituant un maillon supplémentaire dans le tissage périlleux qu'effectue le sujet en crise.

**Les objectifs** de la prise en charge sont donc l'expression et l'élaboration de la souffrance psychique inhérente à cette situation de crise, l'évaluation des problèmes spécifiques d'ordre psychosocial du jeune accueilli, mais aussi d'offrir une relation d'aide et de soutien à l'entourage, notamment aux familles.

**Les lignes théoriques directrices** qui conduisent notre action soignante au sein de notre structure sont celles du travail de la crise, mais aussi celle psycho dynamique de l'impasse du processus développemental de l'adolescence.

Cette théorie de la crise a été développée aux États-Unis par Langsley et Kaplan, et en Europe, surtout en Suisse, par Andreoli, et insiste sur la nécessaire mise en relation des éléments du passé et du présent qui se sont renforcés pour donner lieu à l'apparente désorganisation du patient. Ainsi, le geste suicidaire ou la situation de crise actuelle est à considérer comme une réactualisation d'un conflit antérieur qui nous aide à comprendre l'intensité des réactions actuelles.

Le moment de crise, lorsqu'il témoigne d'un conflit qui n'est pas éteint au sein du psychisme et d'une volonté de rupture pour le sujet, est un moment favorable pour tenter ce travail de crise, travail psychothérapeutique intensif et précoce, sous tendu par notre volonté avant tout d'intéresser le jeune dès le premier contact à ce qui, dans son histoire, a pu l'amener vers des conduites de rupture, qu'il soit ou non suicidaire.

L'autre axe théorique sur lequel s'appuie notre pratique est celui du processus psycho dynamique du développement de l'adolescent, avec pour hypothèse, à la suite d'auteurs comme François Ladame, que les gestes suicidaires rendent compte de l'impasse de ce processus.

En effet, chez ces adolescents, on retrouve fréquemment associées une sidération de la pensée, une angoisse massive insupportable à laquelle il faut mettre un terme de façon impulsive. On sait bien que l'émergence de cette angoisse est favorisée à l'adolescence par l'éruption pulsionnelle, les transformations corporelles, les fantasmes parricides ou incestueux, la différence des sexes et des générations, mais naît aussi de la déception du sujet vis-à-vis de lui-même face à une identité inacceptable aux yeux de l'idéal du moi.

En effet, le processus adolescent est marqué par un travail de renoncement aux idéaux infantiles, et par des remaniements identificatoires, renoncements et remaniements qui vont aboutir à l'inscription du sujet dans une filiation, dans une généalogie, en même temps qu'il accepte de se soumettre à la loi commune, quittant ainsi une position de toute puissance

infantile. L'adolescent est donc contraint d'accepter sa propre finitude ainsi que celle de ses ascendants.

Soumis au surgissement de la puberté dans le corps, évènement physiologique incontournable, le recours au corps à l'adolescence est un moyen privilégié d'expression de ses appartenances mais aussi de ses difficultés. Il peut alors devenir le support d'un discours et d'une souffrance psychologique qui ne peut s'exprimer sous forme verbale. En effet, le corps de l'adolescent révèle les particularités de son statut psychique, et participe intimement de sa vie psychique. De plus, il a, selon Philippe JEAMMET, un double statut d'appartenance au monde psychique interne, mais également d'appartenance à la réalité externe, ce qui lui confère une place privilégiée dans l'organisation de l'expression des manifestations psychopathologiques. C'est un lieu fondamental de délimitation et d'échange entre le dedans et le dehors, entre le sujet et l'objet. Le corps, support de la sexualité, rappelle également la différenciation des sexes et la nécessité d'appartenir à l'un ou l'autre sexe. Donc non seulement l'adolescent a à investir et reconnaître un corps, sujet à des transformations qu'il ne maîtrise pas et qui pour ces raisons peut devenir étranger et persécuteur, ayant perdu ainsi sa familiarité, mais il doit également se reconnaître dans un corps sexué, remettant en cause l'image du corps que l'enfant s'était progressivement constituée.

Aussi, l'un des objectifs des soins institutionnels proposés est avant tout de remettre en marche chez ces patients, le processus psychique et dynamique de l'adolescence, souvent paralysé et dans l'impasse.

L'entreprise thérapeutique consiste alors à miser sur les propriétés mobilisatrices du passage à l'acte ou de la conduite de rupture, et sur les capacités potentielles des adolescents à entreprendre, à partir de cet évènement, un travail d'élaboration psychique.

**L'institution** se compose de trois sous unités : une unité d'hospitalisation de 15 lits, une unité de consultation assurant les suivis post hospitaliers mais également les consultations de pré admission à visée évaluative, et enfin d'une unité de prévention.

L'équipe soignante est constituée de 14 infirmiers(ères), de 3 médecins pour 2,5 équivalents temps plein, de 2 psychologues pour 1,5 équivalents temps plein, et de 2 assistants sociaux pour 1,5 équivalents temps plein auquel s'ajoute 2 secrétaires (1,2 ETP) et 3 A.S.H.

## **2.2. Les outils de soins :**

Le séjour hospitalier proposé au jeune et à ses parents est un temps thérapeutique intermédiaire qui se déploie à la fois dans le psychisme mais aussi dans la réalité. Il a donc pour objectif de permettre à l'adolescent submergé par une situation psychique plus ou moins aiguë et plus ou moins traumatique, de l'extraire de cette situation et ainsi de prendre au mot sa volonté de rupture avec la situation de crise traversée, en imposant un laps de temps d'environ 48 heures de rupture avec son environnement immédiat.

La prise en charge va alors se déployer à la fois sur un plan individuel et institutionnel.

### **2.2.1. La prise en charge individuelle**

Elle consiste en des entretiens médicaux en binôme avec le médecin référent et l'infirmier, mais aussi des entretiens infirmiers (génogramme) et sociaux. Elle s'appuie sur un contrat de soins individualisé, avec un ou des objectifs de soins formulés par le patient après les premières 48 heures de présence dans l'unité.

### **2.2.2. La prise en charge institutionnelle**

Elle est à notre sens d'autant plus primordiale que la verbalisation des jeunes est difficile et qu'ils sont dans le passage à l'acte, à la recherche de limites et de repères. Cette prise en

charge institutionnelle a une valeur fondamentale sur un plan thérapeutique, et s'appuie sur le cadre de soins et les activités de groupe.

### **2.2.3. Le cadre thérapeutique ou cadre de soins**

Il se déploie de façon concrète à travers un règlement intérieur, sur lequel on s'appuie et qui permet d'assurer une fiabilité, et donc d'instaurer une sécurité affective au sujet.

Ce règlement intérieur, garant du cadre de soins, est un élément du cadre symbolique de l'institution. En effet, les règles de fonctionnement que nous proposons au patient à son admission, et dont un exemplaire est remis aux parents, sont ce à quoi l'ensemble de l'équipe mais aussi le patient et ses parents vont se référer. Le cadre, ainsi posé et défini, aura une fonction pare excitante et contenant pour des jeunes dont les limites sont peu inscrites à l'intérieur d'eux-mêmes et mal symbolisées, et chez qui se révèle fréquemment le flou entre le dedans et le dehors. Il va donc non seulement assurer une fiabilité mais aussi faire tiers entre le patient et les soignants, et offrir au patient et à sa famille des limites, des repères, tout en offrant un étayage.

Le règlement intérieur qui soutient l'ensemble de notre activité apparaît alors, non comme une fin en soi ou comme une défense soignante rigide, opposable, de façon symétrique aux agirs des patients, mais comme un cadre vivant capable de se déformer un peu, tout en restant intègre aux coups qui lui sont portés.

Pour ces adolescents narcissiquement fragiles, l'environnement soignant offre ainsi une véritable enveloppe vivante, contenant l'émergence pulsionnelle et favorisant l'élaboration.

Cela nécessite sans cesse de réactualiser, de repenser, et de rendre vivant ce cadre thérapeutique.

On peut reconnaître à ce temps d'hospitalisation une dimension transitionnelle, une fonction tierce entre l'adolescent en rupture et ses parents, dont on sait que la relation se joue pour beaucoup d'entre eux, comme le dit Xavier Pommereau, dans le réel et l'imaginaire, en terme d'indistinction des limites et d'oscillations permanentes entre des rapprochements intrusifs, voire fusionnels, et des éloignements rejettants.

C'est d'ailleurs la particularité de cette prise en charge que d'alterner les mouvements psychiques d'indifférenciation et de différenciation entre la prise en charge individuelle et groupale.

### **2.2.4. Les activités de groupe**

Elles font donc partie intégrante du dispositif de soins. Le groupe a pour fonction de permettre, par le biais des identifications, un étayage narcissique du jeune, l'aider à sortir de l'isolement, de la honte de sa propre souffrance, de la hantise de la maladie mentale fréquente chez ces jeunes en échangeant entre eux, en questionnant les soignants. Ils remettent en mouvement la vie psychique souvent paralysée par les conflits inconscients et la crainte d'exprimer l'intensité des affects. Ils viennent donc soutenir, réparer, renarcissiser.

Le groupe permet également de se singulariser, puisqu'au sein même de celui-ci, le sujet fait entendre sa voix, laissant émerger sa subjectivité, il fait place au Je, et s'inscrit à une place parmi les autres. Lorsqu'il s'appuie sur la médiation, le groupe favorise aussi, l'échange, l'expression, voire l'élaboration. En outre, il peut avoir une vocation projective.

Les groupes centrés sur le corps permettent d'aborder la question de l'image de soi, de la représentation de soi. Ils offrent la possibilité de prendre soin du corps qui peut être vécu comme très menaçant, étranger, voire persécutif. C'est un corps qui peut avoir été maltraité, scarifié, marqué de blessures multiples faites d'automutilations, atteint par des troubles des conduites alimentaires, mais aussi abusé, violenté. L'objectif est alors de travailler sur la distance entre soi et l'autre, la limite entre le dedans et le dehors, sur la notion d'intimité.

A travers ses différents temps d'expression, cette prise en charge institutionnelle permet également, grâce à sa fonction narrative et d'élaboration, de retisser du lien.

En effet, au sein des entretiens psychologiques individuels, mais aussi au sein des diverses activités groupales d'expression, quel qu'en soit le mode, le sujet va pouvoir faire un récit de ce qu'il aura vécu, aussi bien les souffrances que les agressions. Il s'agit là, à la fois, au travers d'un effet cathartique, en se saisissant du moment de crise ou du geste suicidaire ou de la conduite de rupture qui en eux-mêmes peuvent agir comme traumatisme psychique, de tenter de maîtriser ce qui est vécu et de donner, ou de remettre du sens, à ces passages à l'acte. L'objectif est donc bien de faire ou de refaire des liens au sein de sa propre histoire. Les jeunes profitent de ce temps d'hospitalisation pour créer des liens au sein de leur histoire personnelle, vis-à-vis de leur filiation, de leur origine, de l'histoire de leurs parents, favorisé par l'établissement dans les premiers jours de leur séjour de leur génogramme.

A travers ce travail, sont mis parfois à jour des secrets, des non dits, des tabou familiaux ou des oublis, qui vont mobiliser le jeune et son entourage, et qui permettent de retisser, de renouer une histoire familiale dans laquelle le patient peine parfois à s'inscrire.

Cette capacité de l'institution à instaurer ou à restaurer du lien nous paraît bien sûr fondamentale. Elle dépend aussi de la nature de la relation que le jeune va nouer avec les soignants, et donc de l'empathie de ces derniers, de leurs capacités d'écoute et à le croire ou l'encourager sans être submergé, sidéré, débordé par ce que nous entendons ou imaginons.

Par ailleurs, non seulement les jeunes tentent de faire des liens au sein de leur propre histoire, mais l'institution leur permet de tisser de nouveaux liens affectifs, créant ainsi une véritable réseau de patients encore hospitalisés ou déjà sortis, très vite solidaires les uns des autres, s'entraïdant mutuellement, et dont le sentiment d'appartenance est fondé par cette expérience commune que représente l'hospitalisation, temps fort, mais aussi par la prise de conscience de l'existence de la souffrance de l'autre, alors que souvent ils sont isolés dans leur propre souffrance, dans une différence qu'ils se supposent.

#### **2.2.5. Travail avec l'entourage :**

Un entretien d'accueil est proposé de façon systématique aux deux parents ou substituts parentaux. L'interlocuteur des parents est différencié de celui du jeune, il ne s'agit pas du médecin référent mais d'un assistant social de l'unité, choisi pour sa dimension éducative plus que soignante, de manière à ne pas centrer les soins sur les parents mais sur le jeune.

La prise en charge familiale reste toujours complexe, à inventer quasiment au cas par cas en fonction de ce qui est repéré comme difficulté chez le jeune, et la manière dont celle-ci vient s'intégrer à l'économie familiale.

#### On peut repérer trois positions schématiques :

- soit le processus de l'adolescence fait conflit avec les parents, (remodelage des images parentales, réorganisation intrapsychique, hostilité...)
- soit le processus de l'adolescence interagit avec les difficultés propres aux parents à surmonter eux-mêmes la crise du milieu de vie et leurs propres projections sur l'adolescent,
- soit on est face à des attitudes parentales qui conduisent à des interactions symptomatiques et des modalités transactionnelles pathologiques (enchaînement, délégation, expulsion).

En fonction de ce repérage, nos interventions seront évidemment différentes.

Les objectifs poursuivis avec les familles sont de travailler l'alliance ou la filiation, d'écouter le point de vue des parents sur la situation, de donner des éléments de compréhension à la situation rencontrée, de recueillir un certain nombre de données concernant le jeune hospitalisé. Nous tentons également de mettre à jour les tensions qui régissent les relations intrafamiliales, de manière à viser un changement des modalités relationnelles, et donc les représentations de chacun.

Les différentes modalités de prises en charge de famille se déclinent ainsi :

- L'entretien d'accueil systématique de toutes les familles, qui peut être prolongé par
- une guidance parentale, se poursuivant parfois au déjà de l'hospitalisation,
- Des entretiens familiaux en cours ou au décours de l'hospitalisation, réunissant l'assistant social référent de la famille, le médecin référent du jeune, le jeune et ses parents,
- Un accompagnement familial à visée thérapeutique peut être proposé par l'assistant social et la psychologue de l'unité, au décours de l'hospitalisation, s'inscrivant alors dans un moyen voire un long terme.

Ces différentes modalités sont proposées en fonction bien sûr des indications, et donc des objectifs poursuivis, et s'inscrivent dans une temporalité bien différente.

### **3. LA PRÉVENTION :**

La cellule de prévention du suicide de l'unité Anjela Duval a été créée en octobre 1999. Elle avait alors pour objectif de « constituer une interface privilégiée entre le service de soins hospitalier et l'environnement quotidien des jeunes concernés et de leur entourage ». Elle était prioritairement centrée sur des actions de prévention primaire et secondaire.

Elle n'a eu de cesse, depuis 10 ans, de développer des actions de prévention du suicide auprès de publics divers, et d'établir des programmes d'information et de formation destinés pour les uns aux professionnels intervenant auprès d'adolescents et/ou de jeunes adultes, et pour les autres au grand public.

Aujourd'hui elle est sous la responsabilité de deux psychologues intervenant chacun à mi-temps. Ses fondements restent les mêmes, tout en s'adaptant sans cesse à l'évolution des problématiques et des demandes des partenaires œuvrant dans les registres du social, du sanitaire et de l'éducatif.

Elle reste un dispositif thérapeutique précieux en matière de prévention primaire et secondaire, avec :

- pour objectifs :
  - de traiter la crise adolescent et ses aléas suffisamment tôt pour que le passage à l'acte n'apparaisse pas comme la seule issue à la crise
  - d'offrir une médiation aux personnes concernées (les adolescents eux-mêmes, les familles, les enseignants et les travailleurs sociaux)
  - de constituer un réseau de professionnels intervenant auprès du public adolescent et de dispenser information, documentation et formation à ces professionnels
- et pour moyens :
  - des consultations ponctuelles à visée d'évaluation et des suivis, voire des psychothérapies (pour les 15-30 ans)

- des conférences/débat destinées aux parents voire au grand public sur la problématique adolescente
- des cycles de formations centrées sur la crise suicidaire destinés aux professionnels intervenant auprès des adolescents (infirmières scolaires, éducateurs spécialisés, animateurs sportifs, etc.)
- l'organisation de journées à thème (le deuil après suicide, les risques suicidaires)
- des interventions et régulations au sein d'institutions s'occupant d'adolescents (équipes de quartiers, équipes éducatives ou groupes d'infirmières scolaires)
- une cellule de postvention intervenant après le suicide d'un jeune, en milieu scolaire ou dans un quartier, à la demande des professionnels, pour accompagner la crise engendrée par l'évènement et amorcer le travail de deuil. Cette cellule a pour mission première de soutenir les professionnels, face à la crise engendrée par l'évènement au sein de l'institution et au niveau des familles, ainsi que ses effets auprès des jeunes ayant constitué de près ou de loin l'entourage du jeune décédé.
- Cette cellule est rattachée au service d'hospitalisation de l'unité Anjela Duval et les différents professionnels de l'équipe (médecins, assistants sociaux, infirmières) soutiennent et accompagnent les deux psychologues dans plusieurs des missions de cette cellule de prévention (consultation, réunions d'information, formation, etc.).

## **BIBLIOGRAPHIE :**

---

- Andreoli A, Lalive J, Garonne G, (1986). Crise et interventions de crise en psychiatrie, S.I.M.E.P. Lyon.
- Jeammet P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence, in revue française de psychanalyse, 1980, 44, 481-523
- Ladame F, Ottino J, Pawlack C. (1995), Adolescence et suicide, Masson, Paris.
- Pommereau X. (2001). La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unité spécifique de court séjour, *nervure*, 14, 2, 27-31.
- Varga K, L'enfant violent et sa famille, Privat.
- Gammer C, Cabie MC, L'adolescence, crise familiale, Thérapie familiale par phases, 1992, Eres.
- Rassial J.-J. (1991). L'adolescent et le psychanalyste, Paris, Rivages

## ATELIER N°5

### **ACCUEILLIR LES ADOLESCENTS TOXICOMANES ET LEUR FAMILLE : LA RELATION D'AIDE (APPROCHE SYSTEMIQUE)**

*Monique HALLEY, thérapeute familial et une collègue, Service  
d'addictologie, Centre Batson (St-Lô)*

Nous faisons l'hypothèse que le symptôme d'addiction est la métaphore de la problématique inter-relationnelle de la famille. Nous explorerons ensemble comment se construit une relation de l'interdépendance à l'appartenance et comment aider les dépendants et les co-dépendants à accepter la relation d'entrave pour s'en dégager et retrouver du lien.

## ATELIER N°6

### PRENDRE SOIN DES ADOLESCENTS QUI ONT DES PARENTS DEPENDANTS A L'ALCOOL : UN EXEMPLE DE GROUPE D'ADOLESCENTS

*Janick LE ROY, Dr Matthias WISS, Frédérique COIGNARD-DESBORDES*

#### **Janick Le Roy :**

*Cadre socio-éducatif, formée à la thérapie familiale systémique et aux pratiques centrées sur les solutions. Chargée de consultation (individuelles, couple et familles) au CCAA de Rennes. Anime des groupes d'adolescents et avec l'entourage familial.*

#### **Dr Wiss :**

*Pédopsychiatre, Service Hospitalo-Universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Bain de Bretagne*

### ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE A DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : *Présentation d'une expérience de groupe de parole menée depuis l'année 2000 en Ille et Vilaine*

Constatant l'absence quasi totale de proposition d'aide spécifique aux jeunes vivant l'alcoolodépendance d'un ou de deux parents (environ une quinzaine de groupes en France) le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) prépare un projet :

- recherche action
- et propose à l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) de s'y associer.

Ce partenariat, qui, en 2000 décide de donner la parole à ces enfants.

***Rompre la loi du silence pour s'attacher à entendre ce qui, jusqu'alors était gardé « secret ».***

#### **1- EN BREF... :**

- En France, seulement 5% des alcoolodépendants sont désocialisés,
- 1 enfant sur 8 serait concerné par cette problématique,
- Précisons que ce n'est pas nécessairement parce que les parents boivent que les enfants ont des symptômes, mais parce que l'ambiance familiale finit par en être affectée. On parle alors de conséquences dommageables.

Parler avec un enfant de parent alcoolodépendant de ce qu'il vit, de ses émotions, de la difficulté de son parent n'est pas facile. Le jeune n'a pas l'habitude de se confier et de parler de sa situation familiale.

Nous savons qu'il en a honte, qu'il se sent souvent responsable et coupable.

## **2- BUT DE NOTRE DEMARCHE**

- Permettre à l'enfant et à l'adolescent d'accéder à une offre de soutien à moyen/long terme.
- Faire un premier pas qui lui donne le droit de parler du problème alcool de son parent.
- Sorte de laboratoire expérimental où il peut constater que sa famille n'est pas détruite s'il parle de sa souffrance et de ce qu'il vit.
- Parler n'est pas trahir mais constitue une aide pour lui et pour ses parents.

### OBJECTIFS A LONG TERME

Mettre en place une recherche-action dans le but de mieux identifier leurs besoins et réduire les risques de recours aux substances psycho-actives et/ou d'entrer dans la répétition des conduites de dépendance.

### OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Permettre aux jeunes concernés :

- de ne plus être prisonnier de leurs rôles,
- de reprendre en compte leurs propres besoins,
- de développer l'ensemble de leurs potentiels

### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- de parler, d'échanger et de s'apercevoir qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation,
- de faire l'expérience de pouvoir dire les choses, avant de pouvoir éventuellement les dire dans leur famille,
- de faire l'expérience que parler, tout en étant écouté, créer du lien, peut apporter un certain soulagement.

## **3- METHODES A PRIVILEGIER**

Les aider :

- à se centrer sur leurs propres besoins,
- à parler, échanger, à rompre avec l'agir,
- à repérer les petits moments de bien-être,
- à dire ce dont ils ne veulent plus, se fixer des limites,
- à comprendre la fonction de l'alcoolisation chez le parent dépendant,
- à réfléchir aux alternatives quand cela ne va pas bien.

En :

- validant leurs ressentis, leurs impressions, leurs émotions,
- ouvrant des chances de désenclaver leur système familial,
- échangeant sur les solutions expérimentées.

Les aider :

- à prendre conscience du rôle qu'ils jouent dans leur famille, à valoriser leur courage à assumer des responsabilités,
- à abandonner l'idée qu'ils sont là pour changer le parent en difficulté,
- A prendre conscience qu'ils doivent répondre à des besoins contradictoires : les leurs et ceux du système.

Il nous semble important de permettre aux jeunes de faire la différence entre :

- ses désirs et ses besoins
- la personne (son parent) et son comportement lorsqu'elle s'alcoolise.

Notre démarche se veut positive, motivationnelle et centrée sur des solutions de façon à mobiliser au mieux les potentiels de l'enfant.

#### **4- THEMES ABORDES**

Le vécu de l'alcoolisation au sein de la famille entraîne toute une gamme de ressentis allant de la peur, de l'agressivité à la violence souvent accompagnée d'un sentiment de culpabilité, de honte, de sentiment de ne pas exister :

- souffrance souvent tue, oubliée,
- adolescent entre haine et amour.

#### **QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES**

- Mon père est alcoolique, est-ce que je vais, moi aussi, devenir comme lui ?
- Si ma mère m'aimait vraiment, elle arrêterait de boire ... ?
- Pourquoi ne tient-elle jamais ses promesses ?
- Si je travaillais mieux à l'école, tout irait mieux ?
- Pourquoi mon père, après avoir arrêté de boire, a recommencé peu de temps après ?
- Il paraît que l'on reste alcoolique à vie... ?

L'impression de ne pas compter, voire de ne pas exister aux yeux de leurs parents, est partagée par une majorité de jeunes : *«c'est comme si je n'existais pas, comme si je n'étais pas là...»*, *« j'ai parfois l'impression d'être un fantôme »*, *« ça me fait bizarre, j'ai l'impression d'être son père ou sa mère... »*.

#### **5- CHANGEMENTS CONSTATES**

- La parole se libère dans un climat de sérénité.
- Certaines relations entre frères et sœurs sont devenues meilleures (moins d'agressivité).
- Certains jeunes sont sortis de leur rôle (sauveteur, bouc-émissaire).
- Ils ont réussi à mieux se centrer sur leur vie, leurs propres besoins et surtout se donner des choix.

#### **6- L'HERITAGE POSITIF**

La nécessité d'inventer des façons de survivre au climat de terreur, de honte, d'imprévisibilité et de confusion ont pu permettre de développer certaines compétences ou habilités telles que : la tolérance, la générosité, la prévoyance, la débrouillardise, l'imagination, la ténacité, le sens de l'organisation, la combativité....

A ce jour, 117 jeunes ont fréquenté ce groupe.

**« Le seul, le vrai, l'unique voyage, c'est changer de regard »** M. Proust

*Janick Le Roy*

## ATELIER N°7

### PREVENIR LES CRISES EN MILIEU SCOLAIRE

*Jean-Paul GODET*

#### **Jean-Paul GODET**

*Analyste Transactionnel en éducation, enseignant et superviseur agréé TSTA (Teaching and Supervising Transactional Analyst) par l'EATA (Association européenne d'analyse transactionnelle). Formateur et consultant en éducation et en travail social : intervenant auprès d'écoles de collèges ou lycées, Maisons Pour Tous, PAIO, Centre sociaux culturels... Coach de cadres et de dirigeants.*

### **TROUVER LA JUSTE DISTANCE ENTRE LE LIEN ET LA LOI...**

#### **DEVELOPPER UNE AUTORITE SAINTE ET NON VIOLENTE**

*« Les enfants deviennent névrotiques non pas à cause des frustrations mais à cause d'une absence ou d'une perte de la signification sociale de ces frustrations »*

E. ERIKSON

#### **PREAMBULE**

En éducation (comme dans les autres champs), lorsque le référent dit « **non** » pour maintenir la loi, il s'expose à des réactions parfois hostiles. Dans certains cas, le lien semble attaqué, voire remis en cause « *tu ne m'aimes pas* ». La juste distance consiste à trouver un équilibre constructif entre « poser la loi » avec les permissions adéquates, et ainsi permettre la structuration de l'individu, et « garantir le lien » pour assurer les besoins fondamentaux de reconnaissance et de stimulation.

Cette « juste distance » passe ainsi par l'exercice d'une autorité saine... c'est un sujet qui mobilise toute notre attention (et notre plume !) pour cerner de plus près le sujet de la prévention des crises en milieu scolaire.

A une époque d'inquiétude et de réveil des violences sociales ou individuelles, la question de l'autorité est fréquemment abordée de multiples façons, souvent pour souligner ses défaillances ou regretter son absence.

Nous nous intéresserons aussi aux rapports entre autorité et violence. En effet, quel que soit le lieu où elle s'exerce, et les personnes, l'autorité est assimilée traditionnellement à une forme d'influence pour « contraindre » une personne ou un groupe à faire quelque chose ou se soumettre à une règle qu'il n'a pas choisies. On parle ainsi « d'autorité de l'état » sur les citoyens et le respect de la loi par exemple est une condition pour obtenir et conserver ce statut de citoyen. Même chose pour « l'autorité parentale » qui fait l'objet de nombreux articles de loi, comme on va le voir.

On peut se demander alors si l'autorité ne peut être assimilée à une forme de « violence » sur autrui pour obtenir ce que l'on veut de lui? Ou s'il peut exister des sortes d'autorité respectueuses des personnes et pacifiées ?

Après avoir mentionné quelques définitions se rapportant à ces deux notions de violence et d'autorité, nous traiterons des aspects légaux de l'autorité qui conditionnent son exercice et le légitime. Nous interrogerons ensuite le rapport entre « lien » et « loi », pour déboucher enfin sur les apports en particulier de l'AT dans une dimension « systémique » et de la psychanalyse à cette réflexion.

## **1- DEFINITIONS OFFICIELLES ET HISTOIRE DE L'AUTORITE.**

La première des contraintes associée à l'exercice de l'autorité semble, d'après les témoignages recueillis lors de nos formations, celle d'avoir à l'exercer ! Et ils ne sont pas rares les parents, enseignants ou responsables qui aspireraient à ce que leurs « subordonnés », enfants ou élèves intègrent et exécutent spontanément les consignes ou règles (ou articles de loi<sup>6</sup>) censés connus (et acceptés !) de tous. Et ils regrettent souvent d'avoir à faire usage de cette fameuse « autorité » En quoi consiste-t-elle en fait ? Et ont-ils vraiment le choix ?

Un petit tour du côté des définitions officielles nous a paru utile pour en saisir la nature et l'historique.

**Selon le petit Larousse** « l'autorité est le droit et le pouvoir de commander et de se faire obéir » Ca a le mérite de la clarté !

**Selon le ministère de la justice** « l'autorité parentale peut être définie comme l'ensemble des droits et devoirs attribués au père et à la mère sur leur enfant légitime ou naturel jusqu'à sa majorité ou son émancipation pour les protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité » ; l'article 371-2 du code civil précise que « les parents ont à cet égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation tant pour les biens de l'enfant que pour sa personne ». Il est intéressant de noter que l'autorité parentale d'après le code civil comporte à la fois « le droit et le devoir de garde et de surveillance de l'enfant dans son entretien, son hébergement et ses déplacements » On retiendra aussi « le droit et le devoir d'éducation qui implique l'obligation de le scolariser et de le soigner ainsi que le droit de « contrôler les relations de l'enfant » et le droit « de correction ».

Ainsi selon la loi, l'autorité apparaît comme une fonction fondatrice pour l'être humain, comportant un subtil mélange de « pouvoirs », « devoirs » et « droits » ;

**Les textes officiels du ministère de l'éducation nationale** eux spécifient que « les enseignants sont dépositaires d'une autorité que l'Etat délègue et s'engage à soutenir. Cette autorité se fonde sur le savoir transmis par ses détenteurs, leur compétence professionnelle, et le caractère exemplaire de leur comportement » A chacun de définir l'adjectif « exemplaire » ! Ici encore la responsabilité des personnes investies de cette fonction par délégation de l'Etat est clairement soulignée et fait de l'exercice de l'autorité un impératif selon la loi et une fonction sociale.

Gérard Mendel, sociopsychanalyste, lui, affirme « qu'il existe un consensus pour la considérer comme le fait d'obtenir une obéissance volontaire sans contrainte physique et sans qu'il soit besoin d'ouvrir la discussion ou de justifier des exigences ; une obéissance en somme irraisonnée et irréfléchie ».

Il est intéressant aussi de se pencher **sur l'historique** de cette notion comme le fait de façon approfondie Gérard Mendel, dans son ouvrage : « Une histoire de l'autorité » ; rappelons simplement que la définition extraite du code civil citée plus haut en date du 4 juin 1970, est éclairée par l'évolution progressive des relations parents-enfants depuis la révolution ; elle est bien éloignée de « l'autoritarisme » inhérent à la « puissance paternelle »

<sup>6</sup> Les 200 mots-clés de la justice ; Ministère de la justice déc.97  
Droit civil : la famille Ed. Cujas

(nous dirions en AT « toute puissance »...) dans l'antiquité et sous l'ancien régime, abolie progressivement au bénéfice de la récente notion d'« autorité parentale ».

Il ne s'agit plus d'une domination et d'un droit discrétionnaire (qui allait jusqu'au pouvoir de vie et de mort sur les enfants - ou les esclaves ! - chez les romains) mais d'une fonction faite de droits et de devoirs et destinée d'abord à satisfaire l'intérêt du destinataire afin de le protéger et d'en faire un « être civilisé » comme l'affirme avec insistance la psychanalyste Claude Halmos. (Cette fonction parentale et sociale est d'ailleurs actuellement au cœur des débats face à l'augmentation de la délinquance, aux phénomènes d'incivilité, à l'absence de repères et de valeurs morales pour un bon nombre de mineurs et face aux hésitations des responsables à exercer leur autorité quel que soit le contexte ! Un accompagnement social s'avère nécessaire).

En ce qui concerne **la violence** pour clarifier notre propos nous en retiendrons trois.

Celle du dictionnaire historique de la langue française d'Alain Rey :

violence : abus de la force pour contraindre quelqu'un à faire quelque chose. Force brutale employée pour soumettre ; acte brutal. En droit la violence est définie par le code civil français en 1804.

En AT, D'après Claude Steiner elle est définie comme un jeu de pouvoir « grossier physique ou psychologique » visant à forcer l'autre à faire quelque chose contre son gré.

Selon les Schiff, il s'agit d'une forme de passivité au niveau le plus grave, celui où l'on contacte l'impuissance (contre laquelle elle constitue un réflexe de défense).

## **2- ET DU COTE DE L'ETYMOLOGIE (AUTORITE ET VIOLENCE)**

L'origine du mot en latin est le verbe augere : augmenter

Auctoritas : Droit de possession ; garantie ; qui impose la confiance ; influence ; force ; poids dans la parole et dans l'action ; exemple, modèle, maître ; volonté, opinion, pouvoir, décision du sénat.

Auctor : celui qui augmente la confiance, garant, répondant ; modèle, maître ; celui qui pousse à agir, conseiller instigateur, fondateur, auteur.

Et d'autre part, en ce qui concerne la violence :

Violentia : force brutale, emportement, fureur, caractère impétueux.

Violare : faire violence, porter atteinte à (l'intégrité physique ou morale), violer, dévaster, outrager, profaner ;

Nous avons choisi d'énoncer ces différentes données pour souligner la richesse de ce concept d'autorité et **les éléments fondateurs paradoxaux** dont il est porteur, éléments qui expliquent sans doute les diverses formes d'autorité, notamment telles que les présente Eric Berne le concepteur de l'AT (dont l'autorité tyrannique assimilable à la violence sur autrui)

Remarquons que **l'exercice de l'autorité en position de responsabilité ne relève pas d'un choix mais d'une obligation légale** dans toutes les situations où elle fait l'objet d'une loi. Notons aussi que si elle comporte l'idée de contrainte (issue en partie de son histoire mais pas seulement !) entérinée par les sanctions prévues (Tout citoyen est contraint en effet de respecter le code de la route, de payer ses impôts ou de scolariser ses enfants ; les petits enfants sont contraints de traverser en donnant la main à l'adulte ou de dormir à l'heure fixée par les parents ; les élèves sont tenus de respecter les horaires des cours ou de faire leur travail et les employeurs de suivre le code du travail etc.. et les exemples sont

nombreux), elle contient aussi celle de guide, de confiance, de modèle ou de conseiller, antidotes possibles à l'idée de coercition.

L'exercice de l'autorité nécessite donc un passage obligé : poser la loi, or cet acte peut poser des difficultés...

### **3- CAUSES DES DIFFICULTES A POSER LA LOI**

Se positionner clairement avec le OUI ou le NON, n'est pas si simple. Parfois la fatigue l'emporte et l'éducateur<sup>7</sup> cède devant la rébellion, cela peut être une solution de facilité momentanée sans conséquence grave. Il existe aussi des cas où certains éducateurs ne disposent pas des informations suffisantes pour comprendre les besoins fondamentaux des enfants ou élèves, une fois cette carence réparée et conscient des enjeux, il peut reprendre son rôle et sa place.

D'autres situations semblent plus complexes à dénouer car le problème se comprend davantage au niveau intra-psychique :

#### **Qu'est ce qui peut se cacher autour des peurs à oser dire la LOI ?**

L'idée la plus forte est sans doute la peur de ne plus être aimé, de décevoir, de faire mal et donc d'être de « mauvaises » personnes.

La honte est un sentiment archaïque lié à une salissure du « soi », la personne a le sentiment de ne pas être quelqu'un de bien, elle a peur du regard des autres. On guérit par une restauration de l'image de soi-même, un re-baptême.

La culpabilité est une douleur liée au sentiment d'avoir accompli des actes ou des paroles « mauvaises ». On a peur d'être rejeté. On en guérit par une réparation pour obtenir le pardon.

Le parent peut avoir honte de lui-même, il peut aussi se sentir coupable de n'avoir pas fait ce qu'il fallait. Alors, il dit un « **oui mou** » un « **non mou** », ou il reste flou dans ses prises de positions, ce qui revient au même. En fait, en évitant de dire une parole franche, il veut rester dans le confort de ne pas avoir à affronter ce qui se passera si l'enfant s'oppose à lui, il répond à son besoin et non à celui de son enfant. Autrement dit, en évitant de s'affirmer, il « se sert de l'enfant pour aller mieux ».

L'enfant peut alors deviner la difficulté de son parent à se positionner, il peut observer et ressentir son mal être.

Il a alors deux options :

- 1) Soit il veut « sauver » son parent de sa détresse et se soumet. Mais il ne le fait pas pour lui-même et peut-être n'a t'il pas compris le sens du « non ». Il ne veut pas supporter la douleur de voir sa mère ou son père malheureux, au pire, il se sentirait coupable.
- 2) Soit il a compris le pouvoir qu'il exerce sur son parent et décide de ne pas s'en priver. Il transgresse les interdits pour tester et parfois développer ce pouvoir qu'il constate, et accepte de lui faire mal. Le manque d'amour (ou de lien) envers celui qui l'accompagne n'est pas en cause, mais ses pulsions le commandent et il peut difficilement les maîtriser. La souffrance de son père ou de sa mère à lui dire « non » l'empêche de se responsabiliser et d'assumer sa frustration.

En analyse transactionnelle, le concept de la symbiose, et plus particulièrement celle du deuxième ordre, aide à comprendre ces phénomènes.

<sup>7</sup> Le terme éducateur est ici à prendre au sens large pour signifier toute personne devant un jeune ou un élève : parent, enseignant etc...

Pour les Schiff<sup>8</sup>. « Il y a symbiose lorsque deux personnes ou davantage se comportent comme si elles ne formaient qu'une seule personnalité complète. »

Devant des règles ou principes transgressés, les réactions symbiotiques inappropriées peuvent être multiples :

- **persécuter**
- **sauver, laisser faire et faire preuve de laxisme**
- **se contrôler (faux self) ; expliquer et re-expliquer sans fin ...ou jouer à celui qui n'a rien vu**
- **jouer au copain**
- **se soumettre ou se rebeller** « bon tant pis » ou « avec toi c'est toujours pareil... »

Un enfant a des besoins et des envies à satisfaire. Dans la dépendance, il développe des stratégies pour tenter d'obtenir ce qu'il veut en lien avec ses pulsions. Trois directions éducatives peuvent être prises :

- 1) Soit on fait de lui un « enfant roi » avec des « parents esclaves » à son service : style laissez faire..... laxiste)
- 2) Soit on considère qu'il n'a pas droit à la parole, qu'il faut lui donner des frustrations car la vie en est remplie...c'est l'éducation stricte et radicale où les parents doivent toujours avoir raison : style autocratique et directif.
- 3) Soit on essaie de trouver le juste milieu en donnant permissions et interdits appropriés à la croissance de l'enfant.

C'est cette dernière direction que nous voulons privilégier. Une conviction cependant : **Eduquer n'est pas si facile, faire des erreurs et les reconnaître permet à ceux que nous accompagnons de grandir plus facilement.**

### **En quoi le NON et le OUI sont utiles dans l'éducation de l'enfant ?**

Bowlby (1969) propose le terme d'attachement pour désigner le lien particulier unissant l'enfant à la figure maternelle. Cette théorie de l'attachement considère qu'établir des liens affectifs étroits est essentiel à la survie de l'être humain. Selon Bowlby, l'attachement à la figure maternelle servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement.

Lien et loi doivent aller de pair pour assurer un équilibre psychologique. La loi implique le recours au **OUI** (Permissions) **et** au **NON** (Protections). Les permissions sont comme la respiration, elles permettent à l'enfant de s'ouvrir, d'explorer le monde, de s'affirmer et de découvrir l'autonomie.

Du dosage judicieux des deux, découle la puissance...

*Mon OUI n'a de sens que parce que je peux dire NON...*

Quelques idées :

#### **Dire un OUI franc...dire un NON franc :**

- permet à l'enfant de faire l'apprentissage de la loi, réalité de toute société humanisée. La loi régit les rapports entre les êtres humains. L'enfant est mis sur les rails et fait l'apprentissage de la vie sociale.
- protège l'enfant contre les dangers. Aux parents et éducateurs d'évaluer si ce danger est réel ou imaginaire et d'en tenir compte pour donner les interdits avec un Adulte décontaminé.

<sup>8</sup> Aaron W Schiff et Jacqui L Schiff « Classiques de l'AT » Vol 2 page 140

- fixe une limite sécurisante pour l'enfant. Cela le rassure et le structure. Il peut construire sa personnalité avec des éléments lui permettant d'être accepté par les autres. Il sait où il va, où on l'emmène, et où il pourra aller 'demain'.
- permet à l'enfant d'être à sa place d'enfant. Ce dernier joue son rôle lorsqu'il revendique et conteste, il construit sa place, il tente de répondre à ses désirs et a besoin de comprendre lesquels peuvent être satisfaits, comment, quand et par qui.
- Soulage l'enfant de ne pas porter une responsabilité qui n'est pas la sienne. Cela lui évite d'être en contact avec la peur d'affronter ce qui arrivera s'il fait telle ou telle chose en lien avec ses pulsions. (mordre, frapper etc....)
- confirme à l'enfant qu'il est aimé, il est digne d'attention. Des mots sont mis sur les dangers réels et potentiels. Il renforce sa permission : « tu peux exister ».

**Oser dire NON :**

- Un « NON » sans menace de vengeance ou de représailles ou de violences
- Un « NON » sans chantage affectif
- Un « NON » sans dévalorisation : *tu n'es pas « mauvais » même si tu veux cela ou si tu transgresse la règle.*
- Un « NON » avec un SENS sans raisonnement excessif au regard de l'âge de l'enfant.
- Un « NON » ferme et pas un non « mou », pas sur un ton plaintif qui indique une détresse.
- Un « NON » qui s'accompagne d'une attitude congruente
- Un « NON » suivi de deux « OUI »
- Un « NON » avec clarté des sanctions prévues et pas de « sanctions surprises »
- Un « NON » aimant qui traduit le lien (je tiens à toi...)
- Un « NON » pour marquer
  - Le respect de l'autre et de lui-même (politesse, conventions sociales, éducation à la citoyenneté)
  - L'hygiène de vie : sommeil, alimentation, loisirs
  - La conscience des dangers : circulation routière, animaux, accidents domestiques

Ainsi, père ou mère, peuvent accompagner leurs enfants à grandir en acceptant de dire « oui » et « non ». La réaction d'opposition de l'enfant est saine et compréhensible dans sa phase de construction. C'est OK que les enfants s'opposent sans violence à leurs parents et vice versa. Les parents peuvent entendre et accueillir la peine, la peur ou la colère de l'enfant sans pour autant se sentir honteux ou coupables.

#### **4- AUTRES PISTES POUR ALLER VERS UNE JUSTE DISTANCE ET VERS UNE SAINTE AUTORITE**

Faire acte « d'autorité saine » implique d'abord d'assumer personnellement les responsabilités qui y sont associées. Cela nécessite de la part du sujet<sup>9</sup> un profond respect de lui-même pour rester fidèle à ses valeurs et ses besoins sans se laisser influencer par des appels symbiotiques quelle qu'en soit la forme (violente ou manipulatoire) émanant de personnes en quête de déstabilisation. Cela nécessite tout autant le respect de l'institution dans laquelle sa mission trouve sens et légitimité.

**Avoir une conscience claire de son « pouvoir » et des contrats qui y sont associés.**

Que ce soit pour exercer une autorité parentale ou institutionnelle les contrats – au sens de l'AT - doivent être clairement affirmés. Ils sont une protection en cas de doute. Un contrat

<sup>9</sup> NOTE : par « sujet » nous entendons ici toute personne chargée d'exercer l'autorité : un parent, un enseignant ou éducateur, un manager etc...

clairement institué doit donner réponses aux questions suivantes : De quelle légitimité l'autorité est-elle issue ? Comment et par qui est-elle et doit-elle être exercée ? Quelles sont les règles ? Comment les sanctions sont-elles pensées organisées et distribuées ? Le contrat triangulaire de Fanita English et le multicontrat décrit par Véronique Sichem sont ici deux aides précieuses.

Lorsque ces sanctions sont données par hasard au gré des humeurs et des personnes présentes, la conscience Adulte (au sens AT du terme) est absente. Le sujet exerçant l'autorité est souvent en état de déstabilisation. Les situations stressantes entraînent alors plus facilement des comportements inadaptés sous l'influence de contaminations (*je dois m'en sortir seul pour ne pas perdre la face*) ou d'exclusions (de l'état du moi Parent : *je suis effrayé, débordé...*) Le manque de protections par des contrats inexistant, flous ou méconnus ouvre la porte à de nombreux jeux psychologiques ou de pouvoir dont les plus fréquents sont : « battez vous » ; « oui, mais... ». Cela entraîne aussi des abus de pouvoir auxquels certains se raccrochent lorsqu'ils se sentent vulnérables. Dans tous les cas cette forme d'exercice d'autorité entraîne désordre et confusion. « L'agitation » et nous sommes loin alors d'une autorité saine et efficace...

### Avoir une démarche cohérente

Lorsque les contrats sont posés et appliqués, sept clés peuvent ouvrir la voie vers une autorité sans violence : **R. A .Di .C.C.A .L (méthode mnémo-technique)**<sup>10</sup>

➤ **1-Regard** (nécessite présence, observation et bienveillance et distance.

Daniel MARCELLI<sup>11</sup>, pédopsychiatre écrit « *Au fondement de l'humanité n'y a-t-il pas ce partage du regard dont le besoin semble faire autorité sur chacun d'entre nous ?* »

« L'accordage affectif » décrit par D STERN, psychanalyste<sup>12</sup> montre comment les mères filmées « accordent » leur regard vers leur nourrisson par des mimiques, froncement de sourcils etc... Les mères bien que non conscientes du phénomène expriment ensuite que « *c'était pour partager avec lui ce qu'il ressentait* ». Le partage émotionnel passe donc avant tout par le regard. Ce regard assure une présence. Rien n'est pire que l'absence car elle évoque le vide, le vide angoissant. Certaines paroles arrivent trop tôt, un regard assurant la présence de l'adulte peut suffire à poser les bases de l'autorité saine. Au besoin le regard s'accompagne d'un déplacement, d'une posture, accompagnés ou pas d'un geste implicite ou explicite. A cette phase le silence fait son œuvre.

➤ **2- Accueil dans l'écoute.**

La nécessaire présence va au delà du regard, elle trouve une force supplémentaire à travers une posture congruente. Celle-ci doit montrer toute la détermination à entendre ce qui se passe : la description des actes, l'expression des émotions. Cette démarche d'écoute rejoint l'empathie<sup>13</sup> où la difficile tâche consiste à rejoindre l'autre dans ce qu'il exprime. Rogers parle de l'empathie comme : « *la capacité à s'immerger dans le monde subjectif d'autrui et de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non verbale le permet*<sup>14</sup> ». Les travaux de Marshall.B.Rosenberg<sup>15</sup> invitent largement à cette démarche « *une des composantes de l'empathie est la capacité d'être pleinement présent à ce que notre vis à vis ressent, et à ce dont il a besoin, sans se perdre dans le brouillard de diagnostics et d'interprétations* »

Cette phase d'écoute et d'accueil peuvent paraître pour certains comme impossible à vivre, cela vient sans doute du fait que les situations où l'autorité s'exerce sont souvent chargées

<sup>10</sup> Réf : Jean-Paul Godet

<sup>11</sup> MARCELLI D / Les yeux dans les yeux, l'énigme du regard ALBIN MICHEL 2005

<sup>12</sup> STERN D / Le monde interpersonnel du nourrisson PUF 1989

<sup>13</sup> ROGERS (Carl).- "L'empathie : une manière d'être qui n'est pas appréciée à sa juste valeur". Emergences n° 2, 1982, Les Cahiers, I-VIII.

<sup>14</sup> Anzieu, Martin, La dynamique des groupes restreints PUF P 280

<sup>15</sup> Marshall.B.Rosenberg / Vers une éducation au service de la vie / Les éditions de l'homme P 76

d'émotion chez les deux parties. Souvent le sujet violent dit ne pas pouvoir se contrôler « *il m'a poussé à bout, je n'ai rien pu faire d'autre...* ». Ces méconnaissances traduisent surtout un grand désarroi, une impuissance à se faire entendre soi-même. Il est « humain » de sentir parfois son impuissance et ses limites. Le reconnaître soi-même est une démarche Adulte et responsable, première étape à une demande d'aide ou d'accompagnement.

### ➤ 3- Dialogue.

Cette clé est fondamentale, elle permet le maintien du lien. Du dialogue naît la rencontre. Trop de situations dégénèrent par manque d'écoute et de dialogue. L'autorité saine exige d'entendre et d'accepter le point de vue de l'autre, c'est la base même d'un système démocratique : une relation Adulte – Adulte où le même événement peut être traduit et exprimé à partir de chaque système d'Etat du Moi. Les valeurs, les besoins et les expériences de chacun sont pris en compte.

Promouvoir le dialogue n'implique pas forcément des échanges interminables où les protagonistes veulent à tout prix se convaincre l'un l'autre afin d'avoir le dernier mot. L'exercice de l'autorité exige parfois de rompre le dialogue (cas où la loi est transgressée de manière évidente et provocante), un temps est nécessaire pour le dialogue, un autre pour l'application des clauses du contrat (sanctions par exemple). C'est alors l'état du moi Parent qui prend la relève pour faire respecter fermement les règles et provoquer un soulagement de l'angoisse.

### ➤ 4- Compréhension du problème.

Le dialogue permet de rassembler les informations liées à la situation et avant d'envisager des réponses, il importe de passer à la phase diagnostic. Nous pensons qu'une démarche systémique est souvent appropriée.

La « vision linéaire » consiste surtout à diagnostiquer un problème à partir d'une relation bipolaire : ainsi du professeur ou de l'élève, qui est responsable ? L'élève a un problème psychologique ?... ou le prof manque de fermeté ?... Cette posture, pourtant souvent adoptée, s'avère limitée pour résoudre à terme les problèmes éducatifs.

L'analyse systémique considère que chaque élément est en interaction ou interdépendance avec les autres éléments du système : **causalité circulaire**. Par une lecture linéaire un professeur s'en tiendra à la conclusion qu'il fait au regard de son ressenti ou de première impression « *cet élève est vraiment intenable* », il « *est caractériel* ». Dans une vision systémique on dépassera cette focalisation sur la personne : « *le prof manque d'autorité* » ou « *l'élève est un hyperactif* », on étudiera davantage la place qu'occupe chacun des protagonistes dans le « **système école** ».

L'analyste transactionnel dans une approche systémique analysera les liens et interactions à plusieurs niveaux :

- personnel : analyse des indices scénariques observables et influents ici et maintenant
- relationnel : phénomènes transférentiels et contre-transférentiels...
- groupal<sup>16</sup> : structure, organisation, leadership, jeux psychologiques et de pouvoir...
- organisationnel : définition des rôles, circulation des informations...
- institutionnel : le projet éducatif de l'institution (son existence, sa lisibilité, son respect, son contrôle, son évaluation)
- sociétal : liens avec le contexte sociologique du milieu, avec les décisions et pouvoir législatif et exécutif.

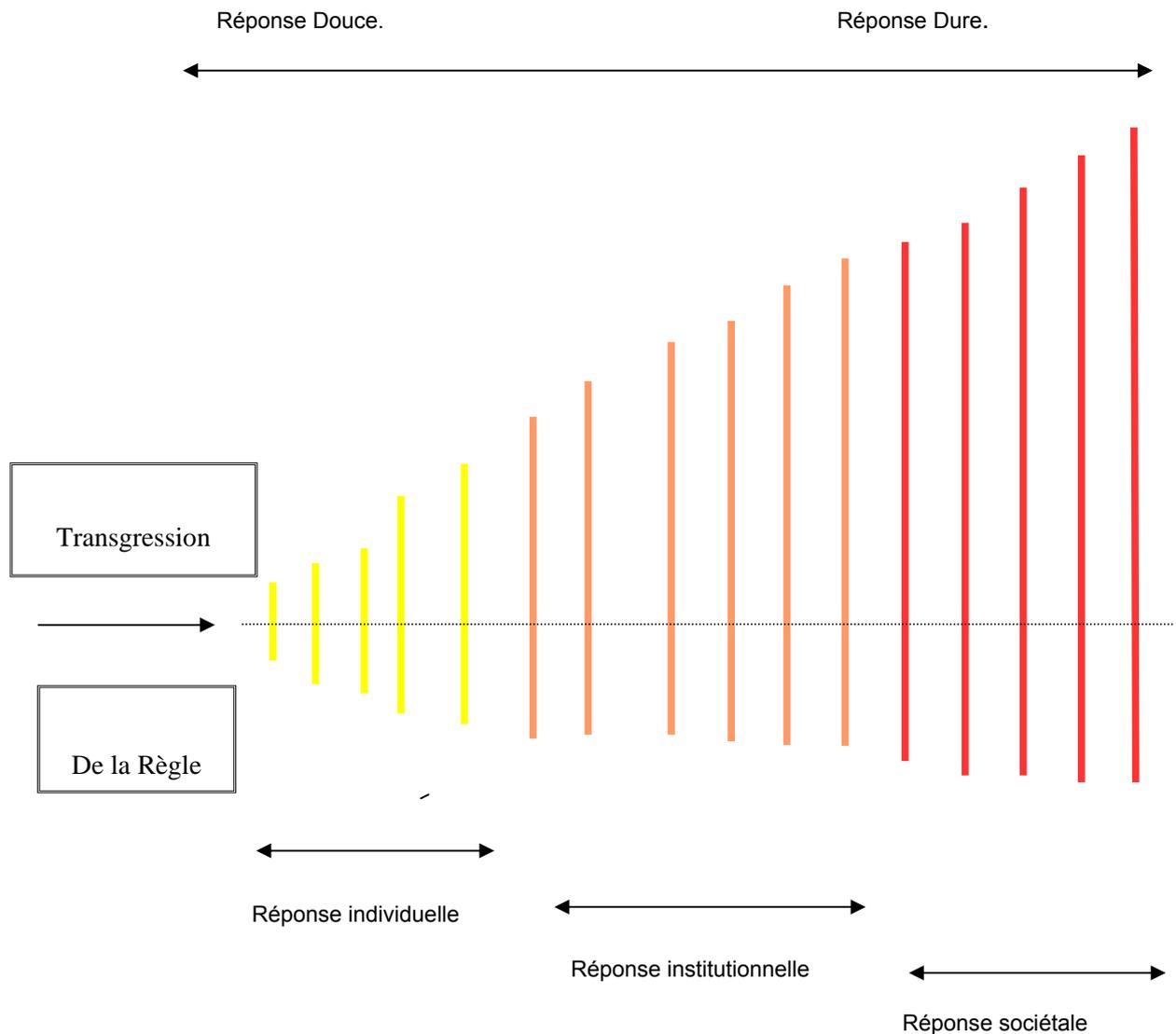
<sup>16</sup>

Cf travaux de Berne sur l'organisation des groupes : Structure et dynamiques des organisations et des groupes / AT éditions

➤ 5- Confrontation, réponses et/ou sanctions.

C'est en se confrontant jour après jour aux sens interdits que les parents opposent à son fonctionnement naturel, affirme Claude Halmos (disciple de Françoise Dolto) que l'enfant découvre peu à peu un monde régi par des règles. La rencontre permanente avec ces mêmes limites l'amène à s'en imprégner à se construire dans ces limites et à devenir peu à peu « civilisé ». Il faut pour cela une autorité parentale suffisante qui évite les répétitions épuisantes ; mais si l'adulte est convaincu de l'importance d'une limite l'enfant finit par obéir.

Dans la perspective d'une analyse circulaire et systémique, le schéma<sup>17</sup> suivant met en évidence les réponses en cas de transgression de règles. Les lignes verticales symbolisent la variation de leur ampleur de la plus douce à la plus dure : Tout d'abord il s'agit d'une réponse individuelle (enseignant, éducateur) puis, si la transgression se répète, la réponse devient institutionnelle, et en dernier lieu, sociétale.



<sup>17</sup> Conception : Jean-Paul Godet

Cette présentation permet de mettre en évidence deux points essentiels liés à l'exercice de l'autorité :

- 1) A chaque niveau (individuel, institutionnel et sociétal) les réponses doivent progresser de la « plus douce » à la « plus dure ». Or dans les faits, cette règle n'est pas toujours respectée : un prof par exemple peut tout de suite répondre à une première incartade par une colère disproportionnée, une sanction injuste. D'autres répètent sans arrêt la même réponse : même nature, même amplitude.
- 2) Les contrats de « passation de pouvoir » doivent être clairement définis. Chacun connaît alors sa zone d'intervention avec les réponses possibles associées. Sans contrat ni concertation chacun réagit comme il le sent et comme il peut : certains vont renvoyer directement vers le collègue qu'ils estiment plus compétents, d'autres vont éviter de « passer la main » et s'octroient un pouvoir qui ne leur a jamais été donné officiellement. L'analyste transactionnel observera alors de nombreuses symbioses en chaîne avec escalade dans les jeux de pouvoir.

#### ➤ **6- Action vers de nouveaux possibles**

Oser l'innovation peut effrayer car c'est un peu sortir de son cadre de référence. Lorsqu'en formation des enseignants sont invités à tenter une option originale, certains répondent avec fermeté : « *mais ça pourrait être dangereux...* »...alors qu'il s'agit souvent de stratégies que d'autres appliquent avec succès. Si l'analyste transactionnel doit accueillir ces résistances avec bienveillance, le concept des 3P (Protections, Permissions et Puissance) est éclairant de ce point de vue là<sup>18</sup>, il peut aussi dans ce cadre protecteur, stimuler la pensée et la créativité, accompagner l'expérimentation et permettre de prendre des risques mesurés...

L'innovation peut concerner de nombreux aspects, en voici trois exemples :

- le règlement intérieur : certains établissements en ont simplifié considérablement le contenu et la forme sans constater pour autant une augmentation des problèmes de discipline.
- Le champ du négociable : l'équipe éducative peut réfléchir à l'étendue des négociations possibles avec les élèves afin de développer les responsabilités individuelles et collectives. Il existe en effet de grandes disparités dans la façon dont les équipes éducatives abordent la négociation avec les élèves.
- Techniques de régulation : mise en place de point d'écoute, de cellules de communication.

#### ➤ **7- Lâcher prise responsable.**

Cette dernière clé est comme une conclusion où la personne exerçant l'autorité se trouve en face de sa responsabilité, consciente que des éléments ne lui appartiennent pas, ne lui appartiennent plus cette étape sera puissante dans la mesure où les enjeux auront été évalués, car lâcher prise n'est pas synonyme d'abandon ou de lâcheté, c'est trouver sa place et y rester, peut être passer la main, reprendre souffle. Et, curieusement, c'est parfois à cette étape de renoncement à sa toute puissance que l'autre éveille sa conscience, développe sa responsabilité et avance...

*Jean-Paul Godet et Marie-Christine SEYS, Analystes transactionnels en éducation consultants et formateurs, enseignants et superviseurs TSTA*

<sup>18</sup> V. Sicheim, / *Protection, Permission, Puissance : au cœur du débat en éducation*, A.A.T., 84, 1997, pp. 125-129 ;  
M.-C. Seys, / *Permission et protection en éducation*, A.A.T., 105, 2003, pp. 72, 73 ;

## BIBLIOGRAPHIE

- **Eric BERNE** / *Des jeux et des hommes*, éd. Stock.
- **Eric BERNE** / *structure et dynamique des organisations et des groupes*, AT éditions
- **Claude STEINER** / *L'autre face du pouvoir*, éd. Desclée de Brower.
- **Claude STEINER**, / *L'A B C des émotions*, interéditions.
- **J L SCHIFF** : *Ils sont devenus mes enfants* ; Interéditions
- **Claudie RAMOND** / *Grandir*, éd. Desclée de Brower.
- **Agnès LE GUERNIC** / *Etats du moi, transactions et communication*, interéditions.
- **IFAT** / *Stratégies pour comprendre et gérer la violence en milieu scolaire*, éd. Forelle.
- **G.MENDEL** / *Une histoire de l'autorité* ; éd. La Découverte
- **BOWLBY J.** « *Attachement et Perte* », Puf, Paris, 2002,
- **BRAZELTON T. B.**, « *L'attachement, des liens pour grandir plus libre* », L'Harmattan, Paris, 2003,
- **CYRULNICK B.**, « *Sous le signe du lien : Une histoire Naturelle de l'Attachement* », Hachette, Paris, 1997
- **DELAROCHE Patrick** « *doit-on céder aux adolescents* » / Albin Michel
- **MILLER Alice**, "C'est pour ton bien" racines de la violence dans l'éducation d'un enfant - / Ed Aubier
- **MUCCHIELLI .R** « *Psychologie de la relation d'autorité* » : ESF
- **Nicole PIERRE** / *Pratique de l'analyse transactionnelle dans la classe*, éd. ESF.
- **Nicole PRIEUR** / *Grandir avec ses enfants*, éd. La découverte.
- **Françoise DOLTO** / *La cause des adolescents*, éd. Laffont.
- **Françoise DOLTO** / *Les étapes majeures de l'enfance*, Folio essais.
- **Marcel RUFO** / *Détache-moi !*, éd. Anne Carrière.
- **WINNICOTT** / *L'enfant et sa famille*, éd. Payot.
- **Jean ISSLEY CLARKE** / *Grandir avec ses enfants*, éd. Hazelden, Montréal 1993.
- **Catherine SALADIN-GrRIZIVATZ** / *L'autorité*, Bayard éditions.
- **F. LE LUYER, J.J. SAURET** / *Conflits et sanctions*, ed. Magnard
- **Le monde de l'éducation**, septembre 2004
- **Marshall.B.ROSEMBERG** / *Vers une éducation au service de la vie* / Les éditions de l'homme P 76
- **ANZIEU, MARTIN**, *La dynamique des groupes restreints* PUF P 280
- **ROGERS (Carl)**.- *Emergences* n° 2, 1982, Les Cahiers, I-VIII.
- **STERN D** / *Le monde interpersonnel du nourrisson* PUF 1989
- **MARCELLI D** / *Les yeux dans les yeux, l'énigme du regard* ALBIN MICHEL 2005

## ARTICLES (A.A.T. = ACTUALITES EN ANALYSE TRANSACTIONNELLE)

- **V. SICHEM** / *Protection, Permission, Puissance : au cœur du débat en éducation*, A.A.T., 84, 1997, pp. 125-129 ;
- **M.-C. SEYS** / *Permission et protection en éducation*, A.A.T., 105, 2003, pp. 72, 73 ;
- **M.-C. SEYS** / *La citoyenneté, ça s'apprend*, A.A.T., 112, 2004, pp. 48 à 52 ;
- **M.-C. SEYS et J.-P. GODET** / *Etre autoritaire ou avoir de l'autorité ?*, Actes du congrès IFAT 2002 ;
- **J.-P. GODET** / *De l'autorité tyranique à l'autorité saine*, A.A.T., 94, 2000 ;
- **H. REUSS** / *L'autorité saine*, A.A.T., 84, 1997 ;
- **J. R. ALLEN et B. A. ALLEN** / *Scénarios, le rôle de la permission*, Les classiques AAT, Vol. 2, 1987.
- **N. K. SYMOR** / *Le cycle de la dépendance*, Les classiques AAT, Vol. 3.
- **L. B. KADIS et R. A. MC CLENDON** / *Guérir des familles*, Les classiques AAT, Vol. 5.
- **SIMONIS Michel** « pour qui l'élève doit-il réussir ? » / CAT Volume 3
- **STANLEY J WOOLAMS HUIGE** « *dépendance normale et symbiose* » « *Classiques de l'AT* » Vol 2 p176, « *la honte* » AAT 76 Vol 19 Oct 95, « *la honte* » AAT 81 Vol 21 Jan 97
- **HENRY H** « *la discipline dans un établissement d'enseignement secondaire* » *Classiques de l'AT* vol 3

## ATELIER N°8 – EXPOSITION

### LA VIOLENCE EN PARLER POUR CHANGER !

Centre hospitalier de Plouguernevel

#### PREFACE

- « L'expérience n'est pas ce qui arrive à l'individu. C'est ce que l'individu fait de ce qui arrive. » - Aldous HUXLEY
- « La personne violente agit ainsi non pas à cause du comportement ou de l'attitude de l'autre, mais parce que quelque chose en elle réagit à ce que l'autre fait. Sa réaction ne dépend pas du comportement ou de l'attitude de l'autre, mais de ce que ce comportement ou cette attitude l'amène à revivre de l'expérience du passé. » - Frédéric LA BELLE
- « Vos comportements et vos habitudes sont déclenchés par des observation à propos desquelles vous avez une ou des pensées qui soulèvent une ou des émotions qui vous poussent à agir de la façon que vous avez apprise comme étant la plus efficace pour vous sentir bien. » - Candide BEAUMONT

*Candide BEAUMONT est psychologue et conseillère clinique à la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes toxicomanes, chargée des cours à l'université de Montréal, auteur du manuel « L'écart et la rechute existe ». Elle parraine cette exposition.*

#### LA VIOLENCE EN PARLER POUR CHANGER !

C'est dans la pratique de la prévention au quotidien auprès des adolescents, qu'une demande non formulée explicitement a fait place à des réflexions de plus en plus fréquentes (que ce soit des adultes encadrant ou des adolescents eux-mêmes) sur la présence de comportements violents au sein des établissements, avec la difficulté d'y faire face et l'inquiétude de ne pas avoir une réponse utile et adaptée.

Sensiblement au même moment, nous découvrons en 2002 avec Candide Beaumont, le modèle comportemental de prévention de la récidive. Les comportements que nous agissons et surtout lorsqu'ils se répètent en réfèrent toujours à un schéma identique. Mais il nous échappe...

Notre travail d'accompagnateur va consister à lui redonner de la visibilité et du sens pour les personnes. Il a pour objectif de redonner du pouvoir à autrui. Un « agir » violent se déclenche souvent avec des éléments contextuels qui sont systématiquement présents.

*Pouvons-nous les supprimer, les éviter ?*

*Nous faut-il les accepter pour mieux les contrôler ?*

*Des pensées surgissent, en sommes-nous conscients ?*

*Comment les identifier ?*

A cette suite, nos émotions nous submergent et sont soulagées par des comportements parfois massifs, parfois violents, mais qui très souvent nous desservent.

Nous avons donc décidé de répondre aux attentes des établissements scolaires et pour ce faire d'utiliser le modèle comportemental de prévention de la récidive, mais de manière originale.

L'idée de création d'une exposition à partir des comportements formulés par des adolescents et mise en œuvre artistiquement a vu le jour. Grâce à ce modèle, les jeunes de quatre établissements scolaires du Centre Bretagne nous ont donné accès à la réalité de leur quotidien et aux situations qu'ils vivent.

Durant un trimestre, quatre artistes différents ont accompagné, avec notre aide, la réalisation de supports artistiques avec lesquels nous avons élaboré trois espaces de réflexion.

Nous vous invitons à les découvrir et à les utiliser pour animer des échanges auprès des jeunes lors de la venue de cette exposition interactive dans votre établissement.

 ***Pour plus de détails, vous pouvez consulter les photos en annexe***

## ATELIER N°9

### **« PRENDRE OU DONNER », LE DILEMME DES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DE CONDUITES**

**Catherine DUCOMMUN-NAGY**

Mme Ducommun-Nagy se propose de démontrer par des exemples cliniques que c'est en acceptant de voir les jeunes qui se sont enfermés dans des comportements antisociaux comme des personnes qui ont sont bloquées dans leur capacité à donner plutôt que comme des accapareurs que nous aurons le plus de chance de les aider à redevenir des membres positifs de leur famille et de la société. Elle encouragera ensuite les participants à examiner comment ils peuvent appliquer ses idées aux situations qu'ils rencontrent dans leur pratique, soit comme thérapeutes, soit comme intervenants sociaux.

➤ ***Pour plus de détails, consulter le texte de la conférence du 3 avril.***

## ATELIER N°10

### L'AUTORITE EN QUESTIONS

*Jean-Marie PETITCLERC*

Jean-Marie Petitclerc nous expliquera son point de vue et sa pratique. «Éduquer c'est prévenir par l'écoute de la personne et sanctionner les comportements lorsqu'ils transgressent la loi. Les jeunes d'aujourd'hui ne sont pas plus violents. Ce qui a changé, c'est la manière de les accompagner, de les éduquer. Il est urgent que les adultes apprennent à poser des limites pour permettre aux jeunes de sortir de l'illusion de toute puissance de l'enfance, d'intérioriser la loi et de se conformer à une éthique citoyenne.»  
Extrait d'une interview réalisée par Jean-Rémi Deléage pour France 5, 2004

➤ *Pour plus de détails, consulter le texte de la conférence du matin.*

« FAMILLES ET ADOLESCENTS :  
DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

---

*Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009*

CONFÉRENCES  
du 3 avril 2009

## 1 – L'APPORT DE LA THÉRAPIE CONTEXTUELLE POUR LA COMPREHENSION DES TROUBLES DES CONDUITES CHEZ LES ADOLESCENTS (9H00)

### **Catherine DUCOMMUN-NAGY**

Catherine Ducommun-Nagy est professeur associé à Drexel University à Philadelphie. Elle y enseigne la thérapie contextuelle. Elle est aussi présidente de l'Institute for Contextual Growth à Glenside, PA. Elle est très souvent invitée à enseigner en Europe. Elle a publié un ouvrage sur les loyautés familiales et de nombreux articles sur les applications de la thérapie contextuelle.

### **INTRODUCTION**

Les adolescents qui manifestent un trouble des conduites présentent un challenge aussi bien pour leur famille que pour la société et les intervenants qui doivent les prendre en charge. Ma longue pratique clinique de consultante dans le cadre de la psychiatrie de l'adolescent m'a appris à reconnaître le piège dans lesquels nous tombons trop souvent quand nous nous occupons de ces jeunes. Nous savons qu'ils bafouent le droit des autres et qu'ils refusent d'obéir aux directives des adultes. Nous sommes donc tentés de penser qu'ils présentent des lacunes dans leur développement moral et qu'ils sont incapables de comprendre ce qu'est la justice. Or mon expérience montre que c'est paradoxalement leur intérêt exacerbé pour les questions de justice qui les amène à se montrer injustes envers les autres. Pour comprendre cela, il faut se référer aux fondements de la thérapie contextuelle, une approche thérapeutique développée par Ivan Boszormenyi-Nagy, un des pionniers de la thérapie familiale (Ducommun-Nagy, 1995).

### **L'ÉTHIQUE RELATIONNELLE, UN DÉTERMINANT DE NOS COMPORTEMENTS ENVERS LES AUTRES**

Pour les thérapeutes contextuels, notre comportement envers les autres résulte pour une bonne part de notre tendance innée à tenir des comptes relationnels et à attendre la justice dans nos relations avec les autres (Ducommun-Nagy, 2006). Quand nous les aidons, nous leur demandons de se montrer à leur tour disponible à notre égard. Inversement, quand nous recevons leur soutien, nous savons que nous leur sommes redevables et que nous devons nous montrer loyaux à leur égard. Refuser de reconnaître notre dette envers eux constituerait une injustice. Autrefois, les thérapeutes contextuels parlaient d'un grand livre de comptes pour mettre en image cette notion. Ce livre aurait servi à inscrire les contributions et les dettes de chacun des membres de la famille. Il aurait été alors possible de déterminer leur degré de redevance de chacune de ces personnes les unes envers les autres.

Malheureusement cette image n'est pas adéquate parce qu'elle laisserait croire que nous pouvons déterminer de manière objective la valeur de ce que nous donnons aux autres et la valeur de ce que nous recevons d'eux. Ce serait possible dans le cadre de relations commerciales. Dans ce type de relation, la valeur de ce qui est échangé est déterminée de manière contractuelle. Ce n'est justement pas le cas dans les relations familiales.

Dans les relations familiales, nous pouvons avoir le sentiment d'avoir beaucoup sacrifié pour quelqu'un alors que cette personne estime que nous ne lui avons pas donné grand-chose. Les thérapeutes qui travaillent avec les couples savent bien qu'un des sujets de conflits les plus fréquents tourne autour de la manière dont chaque partenaire voit la contribution de l'autre. «Tu ne fais jamais rien pour moi » et « Tu refuses de voir ce que je fais pour toi » sont probablement les phrases qu'ils entendent le plus souvent dans leur salle de traitement.

De plus, la valeur de ce que nous donnons aux autres n'est pas objective parce qu'elle dépend de notre rapport avec eux. Elle dépend de notre âge, de notre degré de vulnérabilité, ou de notre degré de responsabilité. On ne peut pas comparer de manière objective la valeur de ce qu'un enfant donne quand il fait un dessin pour tenter de consoler une mère qui pleure avec la valeur de ce qu'une mère donne quand elle sort de son lit pour aller rassurer un enfant qui a fait un cauchemar. Dans le monde des relations familiales, qui donc peut définir ce qui est juste et injuste ?

Pour répondre à cette question, Boszormenyi-Nagy s'est appuyé sur les écrits de M. Buber qui propose une définition relationnelle de la justice. Contrairement à d'autres philosophes, Buber estime que la définition de la justice ne peut pas résulter de principes moraux généraux. En même temps, il s'oppose à un relativisme moral qui amènerait à penser qu'il est impossible de définir ce qui est juste et ce qui est injuste. Pour Buber, la définition de la justice résulte d'un dialogue entre les parties qui se trouvent en relation, d'où le terme d'*éthique relationnelle*. La justice consiste avant tout à accepter de reconnaître que le point de vue des autres est tout autant valable que le nôtre et de respecter leurs besoins comme tout aussi important que les nôtres. Pour Buber, le vrai don consiste à nous montrer disponible pour les autres quand ils ont besoin de notre aide, et la vraie injustice et la vraie culpabilité résulte de notre refus de répondre à l'appel des autres (voir Ducommun-Nagy, 2006).

## **COMPRENDRE LE TROUBLE DES CONDUITES**

Cette nouvelle définition de la justice et la notion d'éthique relationnelle nous permet maintenant de revenir à la question des adolescents qui présentent un trouble des conduites. Selon la classification du DSM-IV, le trouble des conduites se caractérise par « un ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui... (Mini DSM-IV, 1996). Les injustices qu'ils commettent vont au delà d'un simple refus de respecter des codes moraux et ils commettent souvent de vraies injustices relationnelles. Il est donc difficile d'imaginer que les questions de justice puissent les préoccuper et qu'ils puissent changer d'attitude envers les autres.

Nous basons alors très souvent nos stratégies thérapeutiques sur le modèle de la thérapie comportementale : Récompense pour leur coopération, punition pour leurs actes destructeurs ou le refus de suivre des directives des adultes. Nous espérons qu'ils choisiront la récompense, pas la punition. Or dans beaucoup de cas, ces jeunes ne tirent pas la leçon des punitions. Au contraire, ils les perçoivent comme des attaques injustes dont ils voudront se venger. Nous sommes alors piégés parce nous sommes amenés à les punir d'une manière de plus en plus sévère, ce qui les entraîne dans des attitudes de plus en plus destructives.

Pouvons-nous faire mieux? Oui, si nous comprenons que ces jeunes ne vivent pas dans un autre monde que nous. Comme nous, ils attendent la réciprocité et la justice dans leurs relations. Le problème, ce n'est pas qu'ils ignorent que les autres gens ont des droits, mais qu'ils refusent de les respecter. La question est donc de comprendre ce qui les amène à ce refus. C'est là que la thérapie contextuelle m'a servi d'outil de compréhension et surtout de ressource sur le plan thérapeutique.

Je base ma conviction sur ma longue expérience clinique avec ces jeunes dans divers programmes aussi bien hospitaliers qu'ambulatoires. Mais, c'est surtout mon travail dans un centre d'accueil pour jeunes sans domicile fixe à Philadelphie qui m'a aidé à mieux comprendre leur mode de fonctionnement et leur besoins. J'y travaillais comme psychiatre consultante mais les jeunes avaient vite appris que je m'intéressais à l'ensemble de leur vie et de leurs relations. Ils savaient que je n'étais pas là simplement pour traiter leurs possibles troubles mentaux, mais pour examiner avec eux ce qui les mettait en échec. Ils savaient aussi que j'étais ouverte à un réel dialogue. Mon expérience a montré que ce sont les jeunes qui présentaient un trouble des conduites qui ont été les plus sensibles à mon effort pour prendre en compte leur point de vue et ne pas leur imposer mes propres idées. Dans ces circonstances, ils se sont souvent montrés très coopératifs. De manière surprenante, ces jeunes se sont montrés souvent tout à fait capables de reconnaître qu'ils bafouaient le droit des autres gens, ou qu'ils les agressent sans avoir subi de provocation. Le problème, c'est que cette prise de conscience ne les amenait pas à changer d'attitude.

## **LE RÔLE DES INJUSTICES DANS LA GENÈSE DU TROUBLE DES CONDUITES**

Les chercheurs s'accordent pour penser que l'origine des troubles des conduites est multifactorielle (Expertise collective, 2005) et c'est aussi mon opinion (Ducommun-Nagy, 2007). Par contre, je pense que sans une compréhension du rôle des injustices dans leur genèse, il n'est pas possible d'être réellement efficace dans leur traitement.

Les thérapeutes contextuels font une distinction entre *injustices distributives* et *injustices rétributives*. Les enfants qui perdent leurs parents à la suite d'une maladie ou d'une catastrophe naturelle subissent une injustice puisque qu'ils sont privés de la présence de leurs parents alors que ce n'est pas le cas pour les autres enfants. Certains orphelins développent du reste un vrai ressentiment à l'égard du parent décédé. Ils le perçoivent comme quelqu'un qui les a abandonnés. Pourtant, sur le plan de l'éthique relationnelle, ce parent n'a commis aucune faute et le dommage que subit l'enfant ne se situe pas dans la relation mais dans la distribution des chances, ici la chance d'être élevé par ses propres parents. On parle alors d'injustice distributive. Les injustices distributives résultent d'évènements ou de situations dont personne n'est directement responsable.

Les choses sont différentes quand par exemple un parent abandonne son enfant aux soins d'un ex-conjoint pour se libérer de toute entrave dans une nouvelle relation amoureuse. L'enfant se trouve dans une situation qui est similaire à celle de l'orphelin, mais ici le parent est réellement responsable du dommage que subit l'enfant. L'injustice est d'une toute autre nature. Elle résulte de l'attitude du parent, de son refus d'assumer ses responsabilités parentales. L'injustice survient dans la relation-même, d'où le terme d'injustice rétributive. Elle est d'autant plus grave qu'il s'agit d'une vraie injustice relationnelle.

Dans les relations de couple, les injustices rétributives résultent d'un manque de réciprocité. Dans la relation parent-enfant, les injustices rétributives résultent d'un manque d'engagement de la part du parent ou de l'attente injuste de parents qui espèrent que leurs enfants montreront pour eux la disponibilité, l'affection et la compréhension qu'ils n'avaient pas trouvé dans la relation avec leur propres parents (parentification).

Toutes ces injustices auront des conséquences sérieuses qui peuvent se répercuter sur plusieurs générations en raison de ce que les thérapeutes nomment la *légitimité destructive*.

Quand des enfants ne reçoivent pas ce à quoi ils ont droit ou qu'ils sont exploités par leurs parents, ils n'ont ensuite que deux choix: Renoncer à obtenir justice, ce qui est toujours très difficile, ou bien se tourner vers d'autres sources de compensation. Le danger est qu'ils se tournent alors vers des tiers et qu'ils réclament d'eux ce que leurs parents ne leur avaient pas donné, ce qui est injuste puisque ces gens ne sont pas responsables du dommage qu'ils

avaient subi. Il arrive aussi qu'ils refusent de donner aux autres ce qu'ils méritent pour ne pas leur donner plus que ce qu'ils avaient eux-mêmes reçus, ce qui est tout aussi injuste, mais ils ne le voient pas.

De leur point de vue, la seule chose que les jeunes qui ont été lésés demandent, c'est la justice. Dans ce sens, on ne peut pas les contredire. Leur demande ne résulte pas d'une immaturité et encore moins d'une absence de sens moral, elle résulte d'une attente d'équité. Il leur est donc très difficile de voir qu'en réalité, ce sont eux qui sont injustes et ils se montrent bel et bien incapables de prendre en compte le droit des autres. Il est donc logique de faire un lien entre légitimité destructive et émergence d'un trouble des conduites. De plus, l'expérience clinique confirme que les jeunes qui souffrent de troubles des conduites ont souvent une histoire familiale marquée par l'absence physique ou émotionnelle de leurs parents, ou par la parentification.

Pendant leur enfance et leur adolescence, ces jeunes s'en prennent avant tout aux adultes qui les entourent et aux autres jeunes. Une fois devenus adultes, c'est surtout vers leurs propres enfants qu'ils se tournent et leur attitude injuste devient une source de légitimité destructive dans la génération suivante. C'est ce qui explique pourquoi on peut retrouver les troubles des conduites sur plusieurs générations sans avoir à invoquer ni la loyauté familiale ni des déterminants génétiques.

## **RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES**

Du point de vue thérapeutique, la question qui se pose est de savoir comment aider ces jeunes à concilier le droit qu'ils ont d'obtenir justice avec le droit des autres gens de ne pas avoir à payer pour des dommages qu'ils n'ont pas commis. Il s'agit du reste d'une question à laquelle nous sommes tous confrontés une fois ou l'autre. Elle n'a pas de vraie solution parce qu'il n'y a en réalité que deux choix possibles. Renoncer à notre droit, ou renoncer à nous montrer juste envers les autres. Il n'est donc pas étonnant que beaucoup de gens choisissent la deuxième solution, quitte à en payer ensuite le prix quand les autres prennent leur revanche.

Il est facile de voir que les jeunes qui présentent des comportements antisociaux se placent souvent dans une situation d'escalade de la défiance à laquelle les adultes répondent par une escalade de la punition. Ici les conséquences négatives de leur comportement sont faciles à repérer. Par contre il est plus difficile de voir que la conséquence la plus grave de leur attitude résulte du fait qu'ils n'arrivent plus à contribuer de manière positive à la vie des autres. Ils risquent alors de perdre le peu d'estime de Soi qu'ils avaient, et de ce fait, ils seront de moins en moins enclins à se soucier des conséquences négatives de leurs actes. Pour sortir de ce cercle vicieux, il est nécessaire d'aider ces jeunes à redécouvrir qu'ils ne sont pas perdants quand ils se montrent généreux envers les autres.

Pour les thérapeutes contextuels, nous ne sommes pas vraiment perdants quand nous nous donnons plus aux autres que ce que nous avons nous même reçus parce que le fait de nous montrer généreux envers les autres nous apporte un bénéfice indirect. Si nous acceptons de venir à la rencontre des autres et de répondre à leurs besoins sans mesurer ce que notre geste pourrait nous coûter, nous gagnons quelque chose en termes de valeur humaine. Les thérapeutes parlent de *légitimité constructive*. Cette forme de légitimité nous amène une plus grande liberté intérieure et une plus grande possibilité de réussir dans les démarches que nous avons entreprises. Nous sommes aussi moins susceptibles de sombrer dans la dépression ou de nous engager dans des comportements autodestructeurs.

Puisque notre volonté de nous montrer disponible envers les autres nous apporte une liberté intérieure que nous ne pourrions pas acquérir si nous refusions de les aider, nous ne

sommes pas perdants quand nous nous montrons généreux. C'est sur cette notion même que se base l'optimiste thérapeutique des thérapeutes contextuels.

## **UNE ILLUSTRATION CLINIQUE**

Toutes ces considérations s'appliquent à l'histoire de Sandra, une jeune femme de dix-neuf ans. Elle était arrivée au centre d'accueil avec une partenaire du même âge, Chris, avec qui elle vivait depuis près d'un an et avec qui elle avait une relation homosexuelle. Les deux jeunes femmes avaient une histoire similaire. Elles avaient grandi dans des familles chaotiques dont le père était absent et dont la mère était dépassée par les besoins de ses enfants. Elles avaient toute deux une histoire de troubles des conduites. Elles n'avaient pas terminé leur scolarité. Elles s'étaient rencontrées dans le cadre du travail. Elles passaient d'un emploi temporaire à l'autre. Chris avait de plus une histoire de consommation de haschich et d'abus d'alcool ; elle était connue pour des épisodes de violence et elle se montrait très dominatrice par rapport à Sandra. C'est en raison de ses comportements que les deux jeunes femmes s'étaient retrouvées plusieurs fois sans logement.

Sandra était la mère de Lili, une fillette de deux ans. Au moment de sa grossesse, sa mère l'avait rejetée. Elle avait alors vécu avec le père de l'enfant au domicile d'une tante paternelle qui l'avait élevé. Ce jeune homme avait été incarcéré pour trafic de drogue et Sandra s'entendait mal avec cette tante. Sandra ne voulait plus vivre avec elle. C'est dans cette période qu'elle avait rencontré Chris. Elle espérait qu'une fois établie avec elle, elle pourrait reprendre la garde de Lili mais les choses avaient été beaucoup plus compliquées. Non seulement elle s'était trouvée souvent sans argent ou sans domicile fixe, mais Chris était jalouse de Lili. Sandra qui était devenue très dépendante de Chris avait alors complètement désinvesti la relation à sa fille.

Puisque Lili n'avait plus de contacts avec ses parents, la tante qui s'occupait d'elle avait déposé une demande d'adoption. Le père de Lili avait déjà donné son accord. Sandra voulait le statu quo. Elle ne voulait pas perdre ses droits mais elle ne voulait pas non plus prendre la responsabilité d'élever Lili. Le juge qui s'occupait du dossier d'adoption lui avait donné un ultimatum. Il lui donnait trois mois pour prouver qu'elle pouvait se montrer un parent responsable, sinon il entreprendrait une démarche pour la déchoir de ses droits parentaux. Il attendait de Sandra qu'elle rende visite à sa fille selon un horaire précis, qu'elle assiste à un cours d'éducation parentale et qu'elle trouve un logement adéquat.

Apparemment, Sandra était intéressée à répondre aux attentes du juge. Elle s'était inscrite au cours en question. Elle avait revu sa fille. Pourtant, elle avait très vite donné de nouveaux signes de son ambivalence. Elle avait manqué plusieurs visites et plusieurs cours; et elle ne faisait pas d'effort pour trouver une solution de logement. Chris venait d'être mise à la porte du centre parce qu'elle refusait d'en respecter les règles. Les éducateurs du centre étaient prêts à aider Sandra et avaient suggéré qu'elle demande son admission dans la section mère-enfant du centre. Ceci lui aurait permis de reprendre la garde de Lili. Elle avait refusé cette solution. Elle voulait rejoindre Chris. Ils ne comprenaient pas son attitude et m'avaient demandé une consultation.

## **UNE INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE**

Sandra admettait facilement qu'elle acceptait mal l'autorité des adultes et la discipline, ce qui avait joué un grand rôle dans la perte de plusieurs emplois. C'est dans les questions autour de sa relation avec sa fille que son incapacité à respecter le droit des autres était la plus évidente. En fait, ce qu'elle voulait vraiment c'était voir sa fille au gré de ses propres besoins et ne voyait pas que sa fille souffrait de l'irrégularité de ses visites. Pour le moment, elle

voulait passer autant de temps que possible avec Chris et plus tard elle voulait pouvoir retrouver Lili et l'élever. Elle disait aussi qu'elle avait arrêté le cours d'éducation parentale parce qu'elle n'avait plus rien à apprendre puisque c'était elle qui avait en partie élevée sa petite sœur pendant que sa mère travaillait. Elle ne comprenait pas du tout pourquoi le juge avait tant d'exigences à son égard. Elle trouvait cela injuste.

Ses commentaires au sujet de son rôle dans sa famille me permirent de lui poser plus de questions sur son enfance. Elle avait dû assumer beaucoup de responsabilités parce que son père avait abandonné la famille et que sa mère travaillait comme aide-soignante. Elle faisait souvent des heures supplémentaires et quand elle était enfin libre, elle sortait avec des amis. Sandra avait donc souvent dû s'occuper seule de sa sœur cadette. Vers les quinze ans, elle s'était rebellée contre ce rôle. Elle avait alors refusé toute discipline. Elle était ensuite tombée enceinte de Lili, ce qui avait été le prétexte pour quitter l'école. Sa mère avait très mal accepté cette grossesse et Sandra s'était sentie rejetée. C'est pour cela qu'elle était partie de la maison pour aller vivre dans la famille de son ami. Elle avait été déçue par son ami et n'avait pas eu d'autres relations jusqu'à sa rencontre avec Chris. Elle se sentait protégée par Chris et ne voulait pas risquer de perdre sa relation avec elle, même si dans la réalité c'est l'attitude de Chris qui les avaient amenées plusieurs fois à perdre leur logement.

Dans la perspective de la thérapie contextuelle, il était clair que c'est la légitimité destructive qui bloquait Sandra dans sa capacité à se montrer une bonne mère, pas l'incompétence. Elle estimait qu'elle avait déjà assez donné et qu'elle ne devait plus rien aux autres. C'était maintenant eux qui devaient se montrer patients envers elle et s'accommoder des besoins qu'elle avait, ce qui était bien sûr injuste pour Lili. En parlant avec Sandra, j'avais aussi réalisé que dans sa tête, elle attendait la même patience du juge. Elle n'avait pas réellement pris conscience du fait que le juge allait appliquer la loi sans se soucier des injustices qu'elle avait pu subir dans le passé. Elle n'avait donc pas beaucoup de choix. Il faudrait qu'elle arrive à fonctionner comme parent responsable auprès de Lili. Si elle refusait cette responsabilité, elle en perdrait la garde. Pour aider Sandra à prendre le risque de se montrer généreuse envers Lili, il fallait m'engager dans un double mouvement basé sur ce que les thérapeutes contextuels nomment la *partialité multidirectionnelle*. D'une part, il fallait que je reconnaisse les injustices que Sandra avait subies pour ne pas me montrer moi-même injuste envers elle, mais il fallait ensuite que je puisse aussi offrir la même partialité à Lili en ne laissant pas Sandra ignorer ses besoins.

Pour concrétiser le dilemme dans lequel Sandra se trouvait, j'avais mis un bout de papier dans ses mains en lui demandant de s'imaginer qu'il s'agissait d'un bon d'achat qu'elle avait obtenu en récompense de tout ce qu'elle avait fait pour quelqu'un. Elle devait ensuite s'imaginer choisir un produit qui lui faisait envie et passer à la caisse. Là, elle allait découvrir que le magasin avait changé de propriétaire et que son coupon ne valait plus rien. La caissière lui demandait de remettre le produit sur son rayon ou bien le payer. Je demandai alors à Sandra quelle était aurait été sa réaction si tout cela s'était passé dans la réalité. Elle admit facilement qu'elle aurait été furieuse. Je lui demandai alors si elle pensait que la caissière aurait du lui offrir de payer le produit à sa place. Elle voyait bien sûr que cela n'était pas réaliste. La caissière n'était pas responsable de la situation et elle ne lui devait rien. C'est à ce moment qu'elle comprit le parallèle avec sa situation. Elle voulait que les gens qui l'entourent s'adaptent à ses besoins, mais ils ne lui devaient rien. Si elle voulait quelque chose, c'était à elle d'en payer le prix même si elle avait déjà fait beaucoup pour les autres dans le passé. Elle me demanda alors si elle pouvait garder le morceau de papier. Elle voulait réfléchir à notre discussion et me revoir.

Au rendez-vous suivant, elle sortit le papier froissé de sa poche me disant qu'elle avait réalisé qu'elle ne voulait pas faire de mal à sa fille, et elle se rendait compte qu'elle devait mieux réfléchir aux conséquences de son attitude. Elle avait été voir sa fille. Elle prévoyait

maintenant de rester au centre malgré l'absence de Chris. Par contre, elle n'était pas sûre de vouloir amener Lili au centre parce qu'elle avait trop peur d'échouer et de devoir à nouveau la placer. Ce qu'elle voulait essayer c'était de finir sa scolarité avec l'aide du centre et se montrer plus active dans la vie de Lili. Elle voulait demander au juge d'examiner une autre solution que l'adoption, la garde partagée. Puisque jusque-là, la tante avait fonctionné comme parent en-dehors de tout accord officiel, la garde partagée donnerait de nouveaux droits à la tante sans qu'elle perde les siens. Elle espérait que le juge serait d'accord avec cette nouvelle proposition, ce qui n'était pas complètement irréaliste.

## **CONCLUSIONS**

Cet exemple illustre bien la difficulté que les jeunes qui présentent des troubles des conduites ont de prendre en compte les besoins des autres, mais aussi le fait qu'ils sont capables de changer. Dans le cas de Sandra, il avait fallu un entretien d'un peu plus d'une heure et une réflexion de quelques jours pour qu'elle arrive à se montrer plus disponible pour sa fille. Dans mon expérience, il ne s'agit pas d'une situation exceptionnelle. Ni les thérapeutes contextuels ni personne d'autre ne peuvent effacer les injustices du passé. Elles continuent à exercer leurs conséquences négatives sous forme de légitimité destructive.

Ce que les thérapeutes peuvent faire c'est d'utiliser la partialité multidirectionnelle pour aider le jeune qui est bloqué dans sa capacité de donner à prendre le risque de se montrer un peu plus juste envers les autres. Ce que l'idée du risque implique ici, c'est que le jeune devra essayer de se montrer généreux tout en acceptant que son geste ne soit pas reconnu par les autres ou même qu'il le regrette ensuite. S'il n'est pas prêt à prendre ce risque, il faut lui laisser plus de temps. Par contre s'il accepte de le prendre, il est probable qu'il fera l'expérience d'un double gain. Le premier gain, ce sera celui de la légitimité constructive et d'une plus grande liberté intérieure. L'autre gain résulte d'un changement du paysage relationnel. Au lieu de rencontrer la punition ou la vengeance, le jeune qui arrive à se montrer un peu plus généreux rencontrera une réponse positive chez les gens qui l'entourent. Ils seront mieux disposés envers lui. Ils lui feront plus confiance et ils seront plus prêts à lui venir en aide. Sa légitimité destructive ne sera plus attisée par la réaction négative des autres. Il lui sera alors plus facile de tenir compte des besoins des autres dans les situations suivantes. Le changement qui survient suite à une intervention pourtant très limitée dans le temps peut donc être significatif justement parce qu'il peut entraîner une cascade d'attitudes nouvelles chez toute une série de personnes, pas simplement chez le jeune qui présente un trouble des conduites. En conclusion, je pense que la meilleure position que les thérapeutes puissent adopter pour aider ces jeunes est celle d'un réalisme bienveillant : il ne faut pas qu'ils minimisent leur capacité de destruction mais il faut qu'ils sachent reconnaître leur capacité de générosité.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

- Ducommun-Nagy, C. (1995). La thérapie contextuelle. Dans M. Elkaim (Ed.), *Panorama des Thérapies Familiales* (pp. 97-113) Paris: le Seuil.
- Ducommun-Nagy, C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. Paris : J.C. Lattès.
- Ducommun-Nagy, C. (2007). Transmission intergénérationnelle et trouble des conduites : le point de vue du thérapeute contextuel. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux* no 38-2007/1 pp. 118-134 Bruxelles : De Boeck
- Ducommun-Nagy, C. (2008). Implications de la théorie dialectique de la personnalité et de la dimension ontique de la réalité relationnelle dans le traitement des adolescents. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux* no 40-2008/1 pp. 59-77 Bruxelles : De Boeck
- Expertise Collective (2005). *Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : INSERM
- American Psychiatric Association Mini-DSM-IV (1994). *Critères diagnostics*. Trad. française J.-D. Guelfi et al. (1996) Paris : Masson

## 2 – L'ETHIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS (10H30)

**Lazare BENAROYO**

*Professeur d'éthique et de philosophie de la médecine à la Faculté de Biologie et de Médecine et Président de la Plateforme interdisciplinaire d'éthique (Ethos), Université de Lausanne.*

Le champ de la pratique médicale est traversé depuis le début des années 1970 par un intérêt renouvelé pour les questions d'ordre éthique, qui est caractérisé par une nouvelle manière d'appréhender et de formuler les conflits éthiques en médecine. Ce mouvement s'est structuré tout d'abord aux Etats-Unis puis en Europe autour de normes bioéthiques qui mettent en lumière les nouveaux liens qui se sont créés entre éthique et médecine depuis quelques décennies.

Cette contribution propose de décrire ce renouveau dans ses grandes lignes, d'en examiner les limites lors de son application au champ de la pratique clinique, et de proposer – en s'affranchissant de la perspective déontologique restreinte de la bioéthique traditionnelle – une méthodologie d'éthique clinique qui permet d'intégrer les diverses dimensions éthiques du soin. Dans le cadre de cette approche, l'attention portée par les soignants aux récits des patients permet de mieux comprendre sous quelle forme l'expérience singulière de la souffrance s'inscrit dans la trame historique de leurs vies, ouvrant ainsi la voie à l'élaboration d'un jugement éthique circonstancié qui fait sens pour eux. L'exercice de la responsabilité éthique de l'équipe qui prend en charge un adolescent sera ainsi présenté comme un dévoilement des contenus narratifs des expériences et des discours de ce dernier, de même que ceux de son entourage et des divers intervenants, orienté par un projet de soin qui permette à l'adolescent de (re)devenir l'acteur du rétablissement de son identité narrative altérée par la souffrance.

### POUR POURSUIVRE VOTRE REFLEXION :

- « Ethique et responsabilité en médecine ». Benaroyo L. – Editions Médecine et hygiène, collection Médecine et société
- **Consultez les articles sur l'éthique en annexe**

### 3 – LES ADOLESCENTS D'AUJOURD'HUI : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES (11H15)

**Marie CHOQUET**

*Directeur de recherche à l'Inserm, sociologue, co-auteur de «Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité» avec Marcel Rufo.*

Ils sont nés au cours de la dernière décennie du 20<sup>ème</sup> siècle. Leurs parents n'ont pas fait 1968 (même s'ils étaient déjà nés) et leurs grands parents n'ont pas connu la deuxième guerre mondiale...

La majorité d'entre eux étaient désirés, car la contraception était déjà largement démocratisée, et en bonne santé dès la naissance, le diagnostic prénatal existait déjà ainsi que l'autorisation de l'IVG thérapeutique. Ils ont grandi dans un pays riche et démocratique, et n'ont jamais connu autre chose qu'un haut niveau technologique. La protection sociale leur paraît une évidence et ils ont, au cours de leur vie, vu le médecin environ une cinquantaine de fois...

Leurs parents et grands-parents, parfois même leurs arrière grands-parents sont encore en vie, la médecine a fait reculer l'âge de la mortalité et a contribué à une longévité « en bonne santé », certaine ont encore leurs arrière grands-parents, du jamais vu dans l'histoire humaine. Pourtant, à cause de vouloir « trop » prévoir, protéger, prévenir, guérir, ils sont devenus les enfants de la prudence, du principe de la précaution, de l'angoisse du lendemain...

Ils ont tous été à l'école, plus ou moins longtemps, plutôt plus que moins d'ailleurs. Leurs parents et enseignants ont été attentifs à leurs résultats scolaires, à leur obtention de diplôme « rempart absolu contre le chômage »...On leur a demandé de faire mieux que leurs parents, inlassablement. Et tout compte fait, bon nombre ont obéi à cette demande, le niveau d'études s'est nettement élevé... Dans le même temps, le niveau de chômage, en particulier celui des jeunes n'a pas cessé d'augmenter, même si le risque de ne pas s'intégrer durablement dans le monde du travail diminue avec l'élévation du niveau d'études...

Ce sont les enfants des nouvelles technologies, qui manient le téléphone portable et internet mieux que quiconque... Ils vivent dans le monde de l'information, trop parfois, au point qu'ils ne s'y retrouvent pas toujours. Ils ont expérimenté des nouvelles sociabilités, plus variées, mais aussi plus virtuelles. Ils font « exploser » les codes commerciaux habituels et ils vous organisent une rave sans avoir besoin de publicité et d'affiches, tout comme ils se procurent du cannabis sans qu'il y ait des points de ventes officiels. Mais à cause de cette nouvelle indépendance, souvent en marge des adultes, ils sont aussi plus vulnérables à toute agression extérieure, comme la pornographie et la pédophilie par internet.

Ils font partie des nouvelles familles, où règne « la démocratie participative », ont pour bon nombre d'entre eux expérimenté la recomposition ou tout autre modèle familial peu classique et jusque là socialement rejeté (monoparentalité, homoparentalité...)... Certains ont « hérité » de frères et sœurs inattendus...parfois aussi ils les ont perdus au gré des changements imposés par leurs parents... Les uns s'y sont perdus, d'autres ont trouvé leur compte dans ces changements...Il faut dire que leurs pères et leurs mères sont « aux petits

soins » envers eux, comme jamais... L'argent dont ils disposent souvent le prouve... Et pourtant... cela n'a pas nécessairement amené bonheur et sérénité...

Puis il y a la société paradoxale. Les adultes (et les jeunes) y sont à la fois plus qualifié et plus souvent sans emploi. L'amélioration de la santé des aînés a considérablement augmenté la charge des familles (en particulier des mères qui dans 70% des cas ont une activité professionnelle) qui cumulent à la charge des enfants celle de leurs propres parents ou grands-parents. La connaissance des risques liés à l'environnement, au tabac, à l'alcool, aux drogues, à la nourriture abondante, aux mauvais traitements, et Dieu sait quoi encore, ont augmenté la perception du risque... Alors que la vie est bien plus « sécurisée » en Europe que dans les pays émergents...

Force est de constater que les changements sont importants mais qu'ils ont été si peu réfléchis. On n'a pas imaginé que ce nouveau monde allait avoir des incidences sur la vie des adolescents. On n'a pas du tout préparé les parents et tous ceux qui sont au contact (de près ou de loin, les politiques en font partie) des adolescents à prendre en compte la nouvelle donne de ces jeunes générations, dont on sait maintenant qu'ils vont vivre au bas mot jusqu'à 80 ans .... Alors que la réflexion (et la formation qui va de pair) s'est tournée vers la technologie, la gestion des affaires, le management, l'économie, la politique et la recherche fondamentale, les sciences humaines et sociales, dont la sociologie, les sciences de l'éducation, la prévention sont restés à la traîne... Les dispositions à l'égard des jeunes, plus répressives qu'éducatives, le montrent...

## **1. QUELQUES CHIFFRES...**

### **1.a - LES ANNEES COLLEGE**

A 12-13 ans<sup>19</sup>, cela se passe plutôt bien, même si tout n'est pas idéal. La grande majorité s'entendent bien avec père (85%) et mère (90%), aiment plutôt l'école (86%) et ne font pas de « grosses bêtises ». En effet, moins de 1% fument quotidiennement du tabac ou régulièrement du cannabis, moins de 5% consomment régulièrement de l'alcool, ont déjà volé des objets de valeur, ont frappé un professeur, ont utilisé une arme pour obtenir quelque chose. Mais tout n'est pas rose, loin de là. 17% ont déjà volé dans une boutique, 14% ont abîmé exprès des biens publics ou privés, 5% sont régulièrement absents de l'école, alors qu'ils sont encore soumis aux obligations scolaires... Plus grave encore, 6% ont déjà fait une tentative de suicide (même 1.5% plusieurs), 5% ont déjà fugué, 7% peuvent être considérés comme ayant des troubles dépressifs importants et 8% ont fréquemment des idées suicidaires. Preuve que la souffrance psychologique, qu'on imagine souvent apparaître plus tard, existe déjà chez de jeunes adolescents...

Mais une question se pose : ces troubles ou ces signes de souffrances ont-ils augmenté dans le temps ? En un mot, peut-on dire que les choses se sont aggravées pour les 12-13 ans ? Sans qu'on dispose de données sur du long terme (l'approche épidémiologique des troubles et conduites des adolescents est relativement récente en France), on peut quand même dire que, durant les 10 dernières années (1993-2003), les choses n'ont pas nécessairement évolué dans le sens attendu. Ainsi on constate une diminution de leur consommation régulière d'alcool (de 3% en 1993 à 1.3% en 2003) et de tabac (de 3% à 1%) ainsi qu'une diminution de l'absentéisme scolaire régulier (de 8% à 5%), mais une augmentation de la dépressivité (de 3% à 7%) tout comme des tentatives de suicide (de 5% à 6%)... Tout n'est donc pas aussi simple que ce que l'on croit... Quand on regarde de plus près les différences entre les garçons et les filles de cet âge, force est de constater que c'est pour elles que la situation s'est le plus dégradée...

<sup>19</sup> Les données concernant les 12-13 ans proviennent de l'enquête ESPAD 2003

Reste que la précocité des troubles ou conduites (qu'on appelle en anglais « underaged ») est toujours un signe de gravité. Surtout quand en plus il y a cumul et chronicité des troubles.

Les 4 ans des années collégiennes sont bien sûr bien décisifs, puisque les jeunes y rentrent à 10-11 ans, à peine pubères, et en sortent vers 14-16 ans, déjà bien adolescents. Surtout qu'environ 20% des élèves ont redoublé entre la 6<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> !!! Qu'est ce qui change le plus au collège ? D'abord leur satisfaction scolaire, qui chute d'environ 20 points entre 12-13 ans et 14-16 ans, ce qui revient à dire que la proportion de jeunes qui n'aiment pas l'école double entre ces deux âges. Ensuite la qualité de leur vie familiale, qui elle aussi se dégrade, surtout à propos de la qualité relationnelle avec leur père... Enfin le mode de vie, ce n'est pas tant l'ordinateur qui prend de la place (déjà parmi les plus jeunes près de la moitié des garçons et près de 20% des filles y jouent quotidiennement !) mais les sorties en soirée (en boîte ou au café) tout comme les sorties en moto ou mobylette. Ainsi, si parmi les 12-13 ans 5% sortent en soirée (ou font un tour en mobylette) au moins une fois par semaine, ils sont respectivement 15% à 14-16 ans à faire l'une ou l'autre de ces activités !!! Durant la même période la lecture perd de l'attrait, puisque la proportion de lecteurs quotidiens passe de 24% (12-13 ans) à 14% (14-16 ans). Mais ce qui est le plus spectaculaire durant cette période, c'est l'augmentation des troubles et conduites. Ainsi, entre 12-13 ans et 14-16 ans, le tabagisme quotidien passe de 1% à 11%, la consommation répétée de cannabis de 0.2% à 7%, la consommation régulière d'alcool de 1.5% à 3.5%, l'absentéisme régulier de 7% à 13%, le vol répété de 7% à 17%, la dégradation répétée des biens publics et privés de 5% à 11%, la dépressivité de 7% à 15%.. Tout se passe comme si le collège est l'âge de tous les dangers : dangers de chronicisation des troubles, dangers d'un début de décrochage scolaire, danger d'un début de consommation de substances psychoactives... Mais, comme toujours il convient de regarder les résultats de plus près par sexe. Car c'est aussi l'âge où la différence entre garçons et filles s'accroît et s'installe, avec une augmentation plus importante chez les garçons que chez les filles du vol, de la dégradation, de la consommation d'alcool et de cannabis et une augmentation plus importante chez les filles que chez les garçons du tabagisme, de la dépressivité et de la tentative de suicide... Ainsi, par exemple, la dégradation répétée n'est pas de 6% (12-13 ans) à 15% (14-16 ans) chez les garçons mais « seulement » de 4% à 7% chez les filles alors que la dépressivité passe de 5% (12-13 ans) à 8% (14-16 ans) chez les garçons, mais de 9% à 22% chez les filles...

### **1.b - LES ANNEES LYCEE<sup>20</sup>**

A l'âge du lycée, les habitudes de vie sont plus ou moins installées et ne se modifient pas autant qu'attendues. En effet, entre la classe de seconde et la classe de terminale, l'évolution est bien moindre qu'entre la classe de 6<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup>. Ce qui se joue à l'âge du lycée, c'est la différence entre les types d'enseignement. Certes, les élèves des lycées professionnels connaissent une vie familiale plus chaotique (même si pour la majorité les deux parents sont ensemble, 75% pour les lycéens de l'enseignement général, 64% pour les lycéens de l'enseignement professionnel) et ont des parents ayant un niveau scolaire plus modeste (les lycéens de l'enseignement général sont 28% à avoir un père qui n'a pas été au lycée, les lycéens de l'enseignement professionnel 44 %), mais c'est autour des redoublements, des conduites violentes, du tabagisme et de la violence subie que les différences entre les uns et les autres sont les plus saisissantes. En effet, parmi les garçons, 3% des lycéens de l'enseignement général ont redoublé au moins deux fois contre 12% au lycée professionnel, 11% des lycéens de l'enseignement général ont commis plusieurs délits ordinaires contre 24% des lycéens de l'enseignement professionnel et les proportions vont

<sup>20</sup> Les données concernant les lycéens proviennent de l'enquête ESPAD 2003

dans le même sens pour les délits graves (7% contre 15% en ont fait au moins un), les bagarres répétées (14% contre 23%), le tabagisme quotidien (23% contre 39%)... alors que les différences sont bien moindres quand on considère la dépressivité (14% contre 13%), la TS (4% contre 6%), la consommation régulière d'alcool (17% contre 19%) ou la consommation répétée de cannabis (26% contre 30%). Parmi les filles, les tendances sont les mêmes et la proportion de celles qui se bagarrent de façon répétée est de 4% au lycée d'enseignement général contre 10% au lycée professionnel contre 4% au lycée d'enseignement général, celles qui font des TS de 11% contre 19% ; celles qui fument tous les jours de 25% contre 38%... Quant à la violence subie, 11% des lycéens de l'enseignement général contre 17% des ceux de l'enseignement professionnel ont été victime de coups, 7.6% contre 10.3% d'actes racistes, 5.6% contre 8.3 % d'une agression sexuelle... Ainsi au lycée professionnel les jeunes sont à la fois plus victimes et à la fois plus violents qu'au lycée d'enseignement général. Cette « co-variabilité » entre violences subies et violences agies va persister quand on fait des analyses statistiques plus fines, c'est-à-dire quand on « élimine » l'effet des facteurs de confusion... D'où l'hypothèse d'une relation de type « cause-effet » entre violence subie, violence agie, redoublement et orientation scolaire...

### **1.c - LA POST-ADOLESCENCE**

La post-adolescence est un concept assez récent. Le film « Tanguy » l'a démocratisé et tout le monde est maintenant convaincu (souvent par expérience personnelle) que l'adolescence dure au delà de l'âge légal de la majorité. Mais la fin de l'adolescence n'est pas très claire et probablement très diversifiée selon la durée des études, l'âge de l'intégration dans la vie active et l'installation en couple. Mais force est de constater que la post-adolescence se banalise.

En voici quelques raisons. Avec la montée en puissance du bac<sup>21</sup> qui date des années 1980, près de la moitié des 20-24 ans sont actuellement encore en cours de formation, proportion qui a triplé en l'espace de 20 ans (est passée entre 1975 et 1997 de 15% à 44% chez les garçons et de 15% à 48% chez les filles). Durant la même période, la proportion de ceux qui avaient une activité professionnelle a diminué de 67% à 33% (hommes) et de 62% à 30% (femmes). Parallèlement, l'âge moyen au premier mariage ne cesse de l'élever durant cette même période. En 1970, l'âge moyen au premier mariage était de 24.4 ans pour les hommes et 22.4 pour les femmes, en 1998 de 30 ans pour les hommes et de 28 ans pour les femmes.

Comment cette post-adolescence se traduit dans les comportements de santé dont on sait qu'ils commencent et s'installent au cours de l'adolescence ? Cela dépend<sup>22</sup>. Ainsi, le tabagisme, la consommation de cannabis et la « consommation d'au moins six verres d'alcool au cours d'une même occasion » sont à leur comble entre 20 et 24 ans, alors que ces modes d'usage diminuent plutôt après cet âge. La dépressivité continue à accroître (même si ce sont les femmes de 45-54 ans qui sont le plus touchées par ce trouble) tout comme la consommation régulière d'alcool (même si ce sont les hommes de plus de 50 ans qui sont les consommateurs les plus réguliers d'alcool). Mais la violence commence sa décroissance, même si la diminution n'est spectaculaire qu'à partir de l'âge de 26 ans. La violence agie comme la violence subie. En voici un exemple. Parmi les 20-25 ans, 7% des hommes et 3% des femmes disent avoir été frappé au cours des douze derniers mois (avant cet âge ils sont respectivement 9% et 4%, après cet âge, 3% et 1.8%) alors que 11% des hommes et 2% des femmes disent avoir frappé (avant cet âge ils sont respectivement 12% et 4%, après cet âge, 3% et 0.8%).

<sup>21</sup> Les données concernant l'emploi et la nuptialité viennent de l'INSEE

<sup>22</sup> Les données concernant les troubles et conduites viennent du Baromètre Santé 2005

L'âge de la post-adolescence est donc sur bien des points un prolongement de l'adolescence, la « rupture » des conduites soit dans la diminution (tabac, cannabis, usage ponctuelle mais importante d'alcool, violence subie, conduites violentes), soit dans l'augmentation (dépressivité et consommation régulière d'alcool) intervenant plus tard...

### 1.d - LES GARÇONS ET LES FILLES

A l'heure de la mixité, les garçons ne sont pas identiques aux filles. Surtout en France où, comme dans la majorité des pays méditerranéens, la différence des sexes est bien établie, s'accroît durant l'adolescence et ne disparaît pas au cours du temps. Cette différence entre garçons et filles existe bien sûr au niveau de la santé et des troubles et conduites.

Dans tous les pays, la mortalité est plus élevée chez les garçons que chez les filles et 80% des morts par accident de la route ou par suicide sont le fait des garçons, 20% des filles, proportions qui varient faiblement dans le temps et dans l'espace. Il y a aussi une surmortalité accidentelle parmi les garçons, alors la tentative de suicide est surtout le fait des filles - trois suicidants sur quatre sont de sexe féminin. Les garçons sont aussi plus consommateurs de cannabis et d'alcool que les filles, qui, elles sont plus consommatrices de médicaments contre la nervosité et l'insomnie. La violence est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et ce d'autant plus que la violence est grave. Ainsi la différence des sexes est plus faible pour le vol (assez banal..) que pour les l'utilisation d'une arme, des bagarres et des violences sur enseignants... A propos des troubles de l'humeur, la différence est plutôt en défaveur des filles, les filles étant nettement plus nombreuses que les garçons à avoir des troubles de l'humeur et des passages à l'acte suicidaires. Parmi ceux qui souffrent d'anorexie ou boulimie, plus de 90% sont des filles. Tous les troubles s'installent progressivement entre 14 et 19 ans, mais cette évolution s'opère de façon différentielle selon le sexe. Les *garçons* adoptent plutôt des « troubles de l'agir » et ce, d'autant plus que ces comportements sont considérés comme socialement acceptables (et donc fréquents) parmi les hommes adultes. Les *filles*, elles s'expriment plutôt à travers des troubles du corps (ou troubles corporalisés) et ce, d'autant plus que ces troubles font partie d'un mode d'expression typique des femmes adultes. Si les troubles (ou comportements) socialement acceptables pour un groupe sexué s'installent avec l'âge pour ce groupe, ils peuvent aussi augmenter pour l'autre sexe, avec toutefois une **asymétrie**. En effet, les troubles typiquement masculins augmentent pour tous, garçons comme filles, mais avec une augmentation nettement plus importante pour les garçons. Lorsque le trouble (ou comportement) est typiquement féminin, il s'accroît pour les filles seulement, pas pour les garçons. Ainsi le modèle masculin s'avère plus "désirable" que le modèle féminin.

Un jeune en difficulté va d'abord s'exprimer selon un mode typique de son sexe, puis, lorsque les difficultés se chronicisent, avec des troubles typiques du sexe opposé. Comme ces troubles (ou comportements) "inversés" sont plus rares, leur présence signe la gravité du malaise ressenti, surtout pour les garçons peu enclins à adopter un mode d'expression féminin (alors que l'inverse est plus fréquent). Ainsi, les garçons qui ont des troubles alimentaires ou font des tentatives de suicides devraient être considérés "à haut risque" et donc faire obligatoirement l'objet d'une consultation psychiatrique. Pour les filles, la seule présence d'une "inversion" dans le mode d'expression ne suffit pas pour signer la gravité. Pour elles, l'inversion plus le cumul des troubles (ou comportements) seraient un indicateur de gravité.

Entre 1993 et 2003, l'écart entre garçons et filles s'est creusé, en défaveur des filles. En effet, la moyenne a augmenté chez les garçons comme chez les filles, et ce quelque soit l'âge, mais cette augmentation a été plus importante chez les filles que chez les garçons, avec comme conséquence qu'avant l'âge de 17 ans, les filles ont nettement plus de troubles

que les garçons ( $p < 0.001$ ) et qu'après 17 ans la différence qui existait en 1993 (en défaveur des garçons) a disparu en 2003.

Mais la santé n'est pas le seul domaine dans lequel les différences entre garçons et filles existent. Si, entre 11 et 19 ans, l'ensemble des jeunes s'éloigne progressivement du mode de vie de l'enfance, où les activités organisées par la famille ou l'école prédominent, pour adopter progressivement le mode de vie des adultes, plus autonome, des différences apparaissent entre garçons et filles. Les garçons vont, plus que les filles, diversifier leurs lieux de vie et favoriser sorties et rencontres. Les filles vont, plus que les garçons, accorder de l'importance au corps, à la famille, à l'école et à l'amitié. L'appartenance sexuelle nuance, de ce fait, tous les aspects de la vie juvénile, non seulement les activités de loisirs (les garçons abandonnent moins souvent le sport que les filles, les filles abandonnent moins la lecture que les garçons), mais aussi la vie relationnelle (les garçons sortent plus en groupe que les filles, les filles diversifient moins leur cercle d'amis que les garçons) et des préoccupations concernant le corps (les filles font plus de régimes, sautent plus volontiers les repas, ont plus de troubles du sommeil et consultent plus les professionnels de santé que les garçons).

Cette différence garçons/filles est parfois très subtile. Il en est ainsi du tabac. Si les garçons et les filles ont à peu près le même niveau de tabagisme, celui des garçons est surtout lié à leur sociabilité, celle des filles à la dépressivité.

### **1.e - L'ADOLESCENCE, AUSSI UNE QUESTION D'HORMONES (LES REGLES, EJACULATION) : PLANNING POUR LES FILLES, RIEN POUR LES GARÇONS LA FAUSSE PUDEUR PATERNELLE**

Il n'est de secret pour personne que la maturation physique<sup>23</sup> à l'adolescence est sexuée. Les repères de la puberté masculine (qui débute vers 11.5-12 ans) comprennent essentiellement la pilosité pubienne et le développement des organes génitaux, pour la puberté des filles (qui débute vers 10.5-11 ans) s'y ajoutent le développement des seins et l'apparition des règles. Une caractéristique de la puberté masculine dont on parle peu mais que tous, parents comme jeunes, ont remarqué concerne le changement de la sudation corporelle. D'où une odeur caractéristique qui peut incommoder le jeune, ses copains, voire la classe toute entière...

Entre 11 et 16 ans, donc en l'espace de 5 ans, les filles gagnent en moyenne 20 centimètres et les garçons 30 centimètres, ce qui peut paraître peu au regard du gain de taille durant les 5 premières années de la vie (55 centimètres en moyenne). Mais il s'agit d'une transformation symboliquement plus importante car le jeune, garçon comme fille, acquiert durant l'adolescence sa taille et sa morphologie d'adulte, avec laquelle il va devoir vivre pendant plus de 60 ans encore !!!

### **1.f- TOUT SAVOIR SUR SA PROPRE ADOLESCENCE**

57% des garçons et 76% des filles ont été informés des modifications corporelles qui accompagnent la puberté<sup>24</sup>. 39% des garçons et 66% des filles en ont parlé avec des personnes de l'entourage, dont 23% des garçons et 62% des filles avec leur mère, 13% des garçons et 2% des filles avec leur père, les autres surtout avec leurs copains, seulement 6% des garçons et 7% des filles en ont parlé avec un médecin....

<sup>23</sup> Michaud P-A & Alvin P (ed). La santé des adolescents, approches, soins, prévention. Payot, 1997

<sup>24</sup> Enquête Inserm auprès de 4500 élèves du second degré (1992), académie de Lille.

### **1.g - L'AGE DES IDOLES...OU LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI.**

Durant toute la vie, les individus ont besoin de modèles, et ce d'autant plus qu'ils sont en pleine construction, donc en recherche de soi. Pas étonnant alors que les idoles et leur apparence prennent toute leur importance.

Dans un excellent livre de D. Pasquier<sup>25</sup> montre combien les idoles font partie de la culture adolescente, même si des changements s'opèrent dans le temps et selon les niveaux culturels. Elle montre surtout que la diffusion des modèles se fait actuellement plus du bas vers le haut de l'échelle sociale que l'inverse. D'où l'importance des rappeurs, de la street wear, des cultures musicales populaires, souvent d'origine ethnique. Ainsi ce ne sont pas les intellectuels ou les décideurs qui servent de modèle pour les jeunes, mais les jeunes de banlieue....Mais ce que pointe l'auteur avec justesse, est l'opposition entre le pôle masculin et le pôle féminin, plus important qu'attendu. Chercher des informations ou des images à propos de la vie privée d'un chanteur ou d'un acteur est une démarche typiquement féminine. Valoriser le rave, le sport, relève plus d'une démarche masculine. Mais surtout, les deux mondes s'opposent et les garçons se moquent volontiers des intérêts des filles. Cette dévalorisation des choix et modes de vie féminins se retrouve dès 10-15 ans...

L'apparence prend toute son importance, pas seulement à travers des marques, des vêtements, mais aussi sa façon de parler, de marcher, de danser. Comme pour les idoles, l'apparence qui est majoritairement attractif est celle d'une jeunesse de banlieue, globalement jugée moins individualiste, moins coincée, plus libre, plus chaleureuse... « Coupe de cheveux, vêtements, accessoires, le moindre détail est travaillé, il est destiné à communiquer des goûts musicaux, des pratiques sportives et des préférences télévisuelles ou cinématographiques. La manière de porter son sac à dos ou la forme et la marque d'une paire de baskets peuvent signaler l'amateur de rap ou, au contraire, le fan du « Loft » (D. Pasquier).

Mais au delà du « look » qu'on veut avoir ou donner à voir, il y a le fait de se trouver « bien », d'abord du point de vue du poids et de la taille. Si 75% des garçons et 65% des filles se trouvent « bien » au niveau de la taille et du poids, 20% des garçons et 27% des filles se trouvent « trop petit », 6% des garçons et 7% des filles « trop grand », 11% des garçons et 31% des filles « trop gros » et 12% des garçons contre 6% des filles « trop maigre », proportions qui évoluent peu avec le temps, plusieurs enquêtes faites auprès de populations comparables quant à l'âge et le niveau d'études montrent les mêmes résultats<sup>26</sup>. Dans une seule enquête, maintenant déjà ancienne (1985), nous avons abordé la perception de sa propre séduction : 62% des garçons se trouvaient physiquement séduisants contre 24% des filles et 63% des garçons contre 45% des filles trouvaient avoir du charme...

Du point de vue de l'identité sexuelle, en 1991, 6% des garçons disaient qu'ils voudraient plutôt être une fille et 21% des filles disaient vouloir être plutôt un garçon. Si on ne dispose pas de données plus récentes, l'attractivité actuelle du modèle masculin tout comme la non-attractivité du modèle féminin nous fait raisonnablement penser que rien n'a fondamentalement changé....

<sup>25</sup> Dominique Pasquier. Cultures lycéens, la tyrannie de la majorité. Edition autrement.2005

<sup>26</sup> Choquet M., Ledoux S., Menke H. Enquête Inserm sur la santé de 4500 élèves du second degré, Académie de Lille (1991).

Choquet M., Ledoux S. Adolescents, Enquête nationale. Enquête nationale Inserm auprès de 12 000 élèves du second degré (1993).

### **1.h- L'APPARTENANCE GEOGRAPHIQUE, LE MONDE RURAL**

On imagine toujours une grande variation des modes de vie, des troubles et conduites en fonction de la région. Ainsi on dispose d'une cartographie de la mortalité, des délits, de la consommation de substance.... Mais ces différences géographiques ne sont pas toujours si importantes que cela et en tout cas ne sont pas d'un poids prépondérant dans l'explication des troubles et conduites. Les dernières données ESPAD 2003 montrent que la région intervient pour moins de 1% dans l'explication des troubles et conduites étudiées auprès de 16 000 élèves du second degré !

Reste une différence souvent évoqué : l'opposition urbain (et périurbain) et rural : une réalité ou un mythe ? En 1993<sup>27</sup>, on avait montré (1) que la consommation d'alcool et de tabac est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, alors qu'il n'y a pas de différence urbain/rural à propos du cannabis ou des autres drogues illicites ; (2) que la violence est 30% plus élevée en banlieue qu'en ville, et ce à niveau social, scolaire et familiale égale ; (3) que la dépressivité est 20% plus élevée à la campagne qu'en ville, et ce à niveau social, scolaire et familiale égal. Mais l'enquête ESPAD 2003 montre qu'en matière de conduites violentes les zones rurales ont rejoint les zones urbaines en l'espace de 4 ans, même si certains types de violences restent plus typiquement urbaines, comme le fait de vendre des objets volés (9% des collégiens urbains l'ont fait contre 6% des collégiens ruraux) ou de frapper un professeur (3% des collégiens urbains l'ont fait contre 1.8% des collégiens ruraux). La tendance actuelle serait donc plutôt vers un accroissement des troubles et conduites des ruraux...

### **1.i - LE CHOMAGE, LA PRECARITE**

Le chômage des parents est souvent évoqué comme origine des troubles et conduites, alors que la réalité est bien sûr plus complexe. D'abord parce que taux de chômage des parents potentiels (les 35-50 ans) est en deçà de la moyenne (en 2004, le taux de chômage des hommes était de 7.9 % versus 9.1 en moyenne, celui des femmes de 10.4 versus 11.0 en moyenne), essentiellement à cause du taux de chômage des moins de 25 ans (21.4% pour les hommes, 2.8% pour les femmes). Ensuite, parce que la situation de chômeur est bien plus différenciée que ce que l'on croit, en fonction de l'indemnisation du chômage, sa durée et la situation familiale dans son ensemble (statut professionnel du conjoint, par exemple). Enfin, parce que les contraintes liées à la vie professionnelle peuvent prendre des formes bien différentes (durée du travail, exigences de rendement, travail de nuit, déplacements professionnels, harcèlement hiérarchique, harcèlement sexuel, etc...) et avoir des effets aussi néfastes, voir plus (selon les conditions générales de la vie du couple parental) que le simple fait du chômage...

Ces diversités expliquent en partie pourquoi la variable « chômage » seul ne s'avère pas liée aux troubles et conduites des adolescents dans aucune des analyses que nous avons effectuées. En effet, en prenant en compte le chômage des parents comme facteur « explicatif » des troubles et conduites, au même titre que d'autres variables sociales et familiales, ce facteur n'est associé ni à la consommation de drogues, ni à l'absentéisme scolaire, ni au passage à l'acte suicidaire. Et pourtant, on parle tant des familles « où plus aucun parent ne travaille » comme une modèle de désinsertion et donc comme « mauvais exemple » pour le jeune absentéiste scolaire, alors que ces familles représentent moins de 1% des parents des adolescents...Par ailleurs, une enquête récente de l'OFDT sur la consommation de substances psycho-actives montre que la consommation est plutôt plus élevée dans les beaux quartiers<sup>28</sup> qu'ailleurs. Quant au suicide des adolescents, sa mortalité est plus élevée que la moyenne dans les pays à haut développement industriel, comme la Suisse, l'Autriche ou la Finlande...

<sup>27</sup> Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Enquête Inserm auprès de 12 000 élèves du second degré (1993).

<sup>28</sup> Beck F., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des adolescents parisiens. OFDT, 2005

Quant à la précarité, elle ne se superpose pas au chômage, même si elle s'accroît souvent en présence du chômage d'un des parents. Elle peut être liée à l'immigration, en particulier l'immigration récente d'Afrique ou des pays de l'Est, à la monoparentalité, en particulier celle des femmes de faible niveau scolaire, à l'invalidité ou la longue maladie.... Or il est très difficile de connaître la proportion des familles de l'un ou l'autre de ces difficultés, car les statistiques nationales fournies par l'INSEE (et qui nous servent de référence) concernent successivement l'un ou l'autre des aspects, sans avoir une vision d'ensemble... Reste que<sup>29</sup> des variables telles que « famille monoparentale », « famille recomposée », « faible niveau d'études du père » sont moins liées à la consommation régulière de drogues et aux délits qu'au fait de se trouver dans le circuit judiciaire.... Comme si la précarité « expliquait » non pas tant la conduit, que le fait de se trouver sous mandat judiciaire ... La précarité est donc un bien mauvais rempart contre la judiciarisation des jeunes.

### **1.j - IMMIGRATION, IDENTITE**

La question sur l'origine ethnique et religieuse est une question qu'on ne peut actuellement pas poser lors des enquêtes épidémiologiques, et ce pour des raisons éthiques (CNIL).... Raison pour laquelle on a peu de données sur ce sujet... Ce qui laisse libre cours à tous les idées reçues, et on sait qu'elles vont de bon train... Il ne nous reste que des données un peu anciennes (elles datent maintenant de 1993) sur ce sujet, mais on peut raisonnablement penser que les choses ne se sont pas arrangées avec le temps, bien au contraire...

En 1993<sup>30</sup>, 10% des adolescents étaient Français d'origine étrangère, 12% étaient des étrangers (78% Français de souche). Parmi les conduites alors étudiées (consommation régulière de drogues, conduites régulières de violence, l'absentéisme scolaire, la dépressivité, la tentative de suicide), seules la violence, l'absentéisme et la TS étaient liés au fait d'être d'origine étrangère, et ce à situation matrimoniale, sociale et scolaire égales par ailleurs. Ainsi le risque de conduites violentes et d'absentéisme scolaire était multiplié par deux, le risque de TS par 1.5 ... Il convient bien entendu de donner une interprétation socioculturelle de ces résultats, car le déracinement tout comme le changement du référentiel de valeurs sont autant de facteurs qui contribuent à la marginalisation, dont la violence sur soi ou sur autre ainsi que l'absence d'assiduité scolaire sont autant d'indicateurs visibles pour l'entourage.

## **2- LA VIE AU QUOTIDIEN OU LA VIE TOUT COURT...**

La vie quotidienne des adolescents se joue du matin au soir, entre famille, école, loisirs et amis. Une vie de contacts qui commence le matin avec le petit déjeuner en famille et se termine le soir, avec la musique et les copains ou avec l'angoisse et la solitude... Une vie où tout court en toute vitesse... La recherche de soi, la recherche d'ouverture sur le monde, la recherche d'évasion, la recherche de sens, la recherche de l'amour sont autant d'aspects qui ponctuent la vie quotidienne des adolescents...

### **2.a - L'IMAGE DE SOI ET SES HORREURS**

On a maintes façons d'aborder « l'image de soi ». Certes, avoir une « bonne image de soi » augmente sa capacité à se faire confiance et donc faire face aux adversités de la vie. Mais d'autres qualités aussi sont importantes, dont l'optimisme, la capacité à mettre de la distance entre soi et les événements, la sociabilité, le sens du travail... Surtout qu'on entend

<sup>29</sup> Choquet M., Hassler C., Morin D.. Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après. Rapport Inserm., 2005

<sup>30</sup> Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Enquête Inserm auprès de 12 000 élèves du second degré (1993).

volontiers par « image de soi » = « estime de soi »...Ce qui n'est bien sûr pas tout à fait pareil, même si on voit bien le lien qui existe entre ces deux concepts.

Pourquoi s'est-on surtout intéressé à « l'estime de soi » ? En effet, cette terminologie revient toujours quand on parle des jeunes et leurs troubles. C'est une vraie question, car rien ne permet de dire que cette qualité est plus importante que d'autres, dont en particulier celles qui concernent la capacité à vivre et faire avec les autres. Car l'estime de soi est une qualité centrée sur la personne, pas sur la relation. Et c'est peut être pour cela qu'elle n'est pas si « explicative ». En effet, plusieurs études montrent que l'estime de soi n'est pas liée à la consommation de drogues, alors que les programmes de prévention des addictions visent une augmentation de l'estime de soi !! De plus, la trop bonne estime de soi, dont on ne parle jamais, pourrait être bien plus néfaste et entraver bien plus la relation avec l'autre que la mauvaise estime de soi...

En fait, quand on regarde de près les échelles qui mesurent « l'estime de soi », force est de constater qu'elles mesurent surtout la dépréciation de soi, liée souvent à une tendance dépressive, qui elle, est surtout relationnelle et familiale... De ce fait on peut imaginer aisément que l'augmentation de l'estime de soi ne peut passer que par une meilleure relation avec ses parents, ses frères et sœurs, ses amis, ses enseignants... Et pas par un programme en X leçons, qui, de façon paradoxale, serait « enseigné à l'école » puis immédiatement contredit par une pratique peu valorisante pour l'élève (à travers les notes et les commentaires dans les devoirs, par exemple).

## **2.b - LE DOUTE DE SOI**

Avoir une opinion négative de soi est une façon d'exprimer son doute...Surtout quand il s'agit de valeurs largement valorisées dans l'opinion publique. Ainsi <sup>31</sup>5% des garçons et 3% des filles n'ont jamais le moral, 13% des garçons et 17% des filles ne voient pas les choses du bon côté, mais 30% des garçons et 47% des filles se disent pas sûr d'eux (elles)-mêmes. Entre l'avis négatif et le doute, les filles se mettent dans tous les cas plus en question que les garçons...

## **2.c - L'HUMOUR, L'ADOLESCENT QUI FAIT RIRE LES AUTRES, LE REGARD CRITIQUE SUR LES ADULTES, LES VIEUX QUI SONT TROP JEUNES**

Si l'humour est une façon de mettre la distance entre soi et le monde qui vous entoure, on peut bien imaginer qu'il est essentiel pour aider l'adolescent et son entourage (parents, enseignants, soignants) à traverser des périodes difficiles. Pourtant dans les enquêtes épidémiologiques je n'ai trouvé aucune référence à cette qualité de distanciation... Tout au plus on a des données sur le fait de « voir les choses du bon côté », les garçons y répondent plus positivement que les filles mais au cours du temps les jeunes sont de plus en plus pessimistes à cet égard (en 1988 plus de 80% le disaient, en 1993 à peine plus de la moitié)....

Probablement faudrait il mieux étudier cet aspect de la personnalité, car il peut être aussi révélateur que d'autres aspects, mieux étudiés...

## **2.d - LA CAPACITE A RACONTER**

Certes, la « capacité à raconter » concerne autant le fait de savoir prendre la parole que de formaliser sa pensée...

<sup>31</sup> Choquet M., Ledoux S., Menke H. Enquête Inserm sur la santé de 4500 élèves du second degré, Académie de Lille (1991).

46% des garçons et 50% des filles ne parlent pas volontiers en groupe et 49% des garçons contre 56% des filles se disent timides, signe que les jeunes sont moins bavards qu'on veut bien le dire !!

Mais qu'en est-il de la confiance qu'ils peuvent faire (ou non) vis-à-vis de leurs parents, amis ou tout autre personne de l'entourage ? Les parents occupent une place privilégiée dans la confiance. C'est à eux que les jeunes se confient prioritairement quand ils ont des tracas dans leur vie quotidienne (60% se confient à leur mère et 20% à leur père quand ils ont ce type des problèmes de vie quotidienne<sup>32</sup>). D'ailleurs, 80% des jeunes pensent qu'ils peuvent facilement parler avec leurs parents<sup>33</sup>. Mais dès qu'on aborde les aspects plus intimes de sa vie, en particulier la vie affective, la sexualité ou la drogue, les jeunes s'adressent moins aux parents (30% se confient alors à leur mère et 7% à leur père<sup>34</sup>). Les amis peuvent alors prendre une place privilégiée (35% s'y confient en cas de problèmes de vie quotidienne, 52% en cas de problèmes personnels), mais pas nécessairement. Une proportion non négligeable de jeunes ne se confient à personne quand ils ont un problème de drogue (42% ne se confient pas) ou un problème de sexualité (33%)<sup>35</sup>. Quelle que soit le sujet, les garçons sont plus réticents à se raconter que les filles, et ce d'autant plus qu'ils sont dans un parcours d'excellence (les élèves qui n'ont jamais redoublé et fréquentent les classes scientifiques).

## **2.e - DENEGATION ET RESERVE D'ESPERANCE**

Qu'espèrent les jeunes ? Dans quoi se projettent-ils ? Ce sont surtout les sociologues qui ont traité de ces sujets, peu les épidémiologistes. C'est dire que le lien entre les projets d'avenir et santé ont rarement fait l'objet de recherches. Pourtant on peut s'imaginer que le fait de faire (ou non) des projets d'avenir et d'espérer peut définir, déterminer, accompagner la « bonne santé »...

Si la majorité des jeunes, et les filles plus que les garçons, ont un projet d'avenir (60%), proportion qui varie peu au cours du temps. Près d'un tiers en ont déjà changé, 8% plusieurs fois...<sup>36</sup> Mais 12% des jeunes sont très inquiets à propos de leur avenir et 10% même désespérés, et là, les filles dépassent les garçons... Tout se passe donc comme si le fait d'avoir un projet d'avenir n'évite pas l'inquiétude ou le désespoir.... Cette apparente contradiction est importante à noter car certains programmes de prévention sont basés sur le principe que le fait d'avoir un projet précis aide à se construire, ce qui n'est peut être pas si vrai que l'on croit. D'ailleurs, les « jeunes de l'excellence » (ceux qui sont dans les classes scientifiques et n'ont jamais redoublé) ont un projet d'avenir bien moins précis que les jeunes qui sont au lycée professionnel...

## **2.f - LES BANDES**

Le fait d'appartenir à une « bande » n'est qu'un aspect de la sociabilité juvénile. En effet, la grande majorité (>90%) disent avoir des amis, plus de la moitié ont beaucoup d'amis dans leur classe et « seulement » près de 40% appartiennent à une « bande »<sup>37</sup>.

Si les garçons disent avoir plus d'amis que les filles, les filles disent, de façon étonnante, appartenir plus souvent à une bande que les garçons... Probablement parce que la notion de « bande » n'a pas le même sens chez les jeunes que chez les adultes. Chez les jeunes, il s'agit d'un groupe assez stable dans le temps dans lequel on s'entend bien, se soutient, fait

<sup>32</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

<sup>33</sup> Enquête IPSOS santé, Fondation WYETH, MAXIMA 2005.

<sup>34</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

<sup>35</sup> Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Enquête Inserm auprès de 12 000 élèves du second degré (1993).

<sup>36</sup> Choquet M., Ledoux S., Menke H. Enquête Inserm sur la santé de 4500 élèves du second degré, Académie de Lille (1991).

<sup>37</sup> Choquet M., Menke H. Enquête Inserm sur la santé de 1500 jeunes de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup>, Département des Hauts-de Seine (1990).

des choses ensemble. Chez les adultes cette sociabilité des « bandes » est quasiment toujours associée à la banlieue, aux garçons, aux actes délictueux...détournant ainsi la sociabilité des jeunes dans un sens plus négatif que réel...

### **2.g - LA PLACE ET LES BARS, FAIRE MASSE, LES ESPACES CONQUIS PAR LES ADOS**

La majorité des jeunes aiment sortir. Parce que c'est en sortant qu'ils se rencontrent entre copains ou avec des nouvelles personnes, font la fête, en un mot : qu'ils se construisent leur sociabilité... A 12-13 ans, 24% fréquentent le café au moins 1 fois par an, à 18 ans, ils sont 78 %. C'est dire qu'il faut se préparer, en tant que parent, à cette éventualité<sup>38</sup> !

Mais les jeunes ne conquièrent pas seulement les cafés, ils vont aussi dans les salles de sport (60% en font à 13-14 ans, 45% à 18-20 ans), aller en boîte de nuit (25% y vont au moins une fois par mois), au cinéma (20% environ plus de deux fois par mois), plus rarement au théâtre (15% y sont déjà allés durant leur vie)<sup>39</sup>, faire un tour de mobylette pour leur plaisir (20% le font au moins une fois par mois) ou tout simplement se promener avec des amis (91% le font au moins une fois par mois, 32% tous les jours ou presque).<sup>40</sup>... C'est probablement l'âge où les sorties en dehors de l'adresse familiale sont les plus importantes... Avec les transports en commun et les deux roues comme moyen de transport préférentiel. Mais toutes ces sorties, même si elles augmentent pour tous avec l'âge, sont « sexuées » et plus volontiers le fait des garçons que des filles... En effet, les filles sont toujours plus nombreuses que les garçons, à rester à la maison, à lire des livres ou revues, à aider les parents...

Mais tout ceci ne veut pas dire que tous les jeunes traînent tout le temps dehors !! Certainement pas, quand on regarde la proportion de jeunes qui regardent la TV au moins une heure par jour (85%), jouent presque tous les jours à des jeux vidéo ou des jeux sur ordinateur (28%) ou surfent quotidiennement sur internet (19%) ou de lire un livre pour le plaisir (16%)...<sup>41</sup>

### **2.h - LE (LA) MEILLEUR (E) AMI(E)**

Si les garçons se caractérisent par un réseau étendu d'amis, les filles préfèrent avoir un « bon ami ».

### **2.i - LE TELEPHONE, LE PORTABLE, LE MESSENGER**

Comme communiquer avec les autres est un besoin vital chez les adolescents, on n'est pas étonné de voir les nouvelles technologies qui le permettent quasiment exploser durant l'adolescence.

Deux jeunes sur trois possèdent un téléphone portable, atteignant près de 90% pour les 19-20 ans contre 40% pour les 13-14 ans...<sup>42</sup> Mais garçons et filles sont bien différents au regard du téléphone, aboutissant à ce que D. Pasquier nomme le « sexe du téléphone ». <sup>43</sup> Ainsi 70% des garçons et 60% des filles utilisent leur portable tous les jours, 49% des filles contre 35% des garçons téléphonent tous les jours à leurs amis, 80% des filles contre 58% des garçons gardent des liens par téléphone avec des ami(e)s qu'ils (elles) ne voient plus...

<sup>38</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

<sup>39</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

<sup>40</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

<sup>41</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

<sup>42</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

La communication à distance joue donc un rôle central dans l'organisation de la sociabilité féminine pour le maintien des liens affectifs.<sup>44</sup>

Reste que la communication avec les amis par téléphone, email ou texto est bien moins importante en France qu'ailleurs. Ainsi, 3% des 11 ans le font tous les jours (contre 17% en moyenne en Europe), 10% à 13 ans (contre 30% et 18% à 15 ans (contre 37%)<sup>45</sup>

## **2.j - LA RADIO**

On pourrait penser que la radio est passée de mode, au bénéfice de la télévision et internet... Il n'en est rien !! Même si la télévision est une détente quotidienne pour la grande majorité, 53% des garçons et 68% des filles écoutent tous les jours la radio, et même 17% des garçons et 13% des filles y écoutent quotidiennement des émissions « spéciales pour adolescents qui parlent de « sexe »...<sup>46</sup> Si moins de 10% écoutent les radios généralistes, la majorité préfère les radios musicales ainsi que les radios locales, surtout privées. Selon D. Pasquier, les jeunes ont leurs propres stations de radio, qui représentent un secteur économique puissant<sup>47</sup>.

## **2.k - LES MULTIMEDIAS, LES JEUX VIDEO, LE MONDE VIRTUEL**

Les jeunes d'aujourd'hui sont nés avec les médias. Ainsi tous les médias, télévision, les jeux vidéos, la radio et l'ordinateur ne sont pas seulement des univers de consommation, ils sont avant tout des supports de l'affirmation des identités<sup>48</sup>. Avec les discussions, les échanges, les différences de points de vue et les passions qui vont de pair. Les ordinateurs que les jeunes possèdent sont certes ceux achetés par les adultes (parents, grands-parents), mais ceci sous la pression des jeunes. Ainsi le chiffre d'équipement en micro-ordinateurs varie du simple au double selon que le ménage compte ou non des enfants mineurs. Pour 24% des jeunes cet ordinateur a été acheté pour lui, et ce quel que soit son niveau social de la famille... D'ailleurs, ce sont les jeunes eux-mêmes qui s'y connaissent le mieux en ordinateur dans la famille, surtout dans les milieux modestes. Ainsi, par rapport à d'autres objets culturels, l'ordinateur est celui sur lequel le jeune règne en famille ! Du coup on peut comprendre pourquoi les parents renoncent à se battre pour contrôler leurs contenus... La pornographie et la violence extrême atteignent donc les jeunes sans que les parents puissent exercer leur droit de surveillance... plus par impuissance technique que par négligence éducative. Seul le coût ou la fatigue matinale des jeunes peuvent alors donner lieu à un conflit familial. Reste qu'avec l'âge où l'ordinateur, tout comme les jeux vidéos, joue un rôle moins important, ce qui accroît les différences par sexe et âge. Au point qu'à 17-18 ans, seulement 7% des filles jouent tous les jours aux jeux vidéos, alors qu'entre 14 et 16 ans la moitié des garçons le font.

Entre 1999 et 2003, les jeux vidéo ont pris une place plus importante chez les garçons et de 44 % (1999) à 51% (2003) en font tous les jours parmi les 14-16 ans, de 28% à 36% parmi les 17-18 ans.

Mais le virtuel n'est pas aussi « totalitaire » que ce que l'on croit. Avec le retour (et le succès) des jeux de société, assiste-t-on à un retour des jeux en famille ?

<sup>44</sup> Pasquier D. Cultures lycéennes ; la tyrannie de la majorité. Autrement, 2005

<sup>45</sup> Currie C et al. Young people health in context. Enquête HBSC, OMS, 2004.

<sup>46</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003 ; Choquet et al. Enquête ESPAD 2003

<sup>47</sup> Pasquier D. Cultures lycéennes ; la tyrannie de la majorité. Autrement, 2005

<sup>48</sup> Pasquier D. Cultures lycéennes ; la tyrannie de la majorité. Autrement, 2005

## 2.1 - LA LECTURE

On croyait la lecture tout comme la radio disparue, mais lire reste une activité vitale chez les jeunes.

Lire des livres « pour le plaisir » reste une activité extrascolaire importante surtout pour les filles et les jeunes d'origine favorisée. Parmi les 13-19 ans, 47% des garçons et 58% des filles lisent au moins une ou deux fois par mois pour leur plaisir, respectivement 13% et 19% le font pratiquement quotidiennement, proportions qui n'ont quasiment pas varié dans le temps (en 1993, 12% des garçons et 20% des filles lisaient tous les jours).<sup>49</sup> Mais cette activité diminue avec l'âge, pour garçons et filles et est au moins 2 fois moins fréquente dans les familles populaires que dans les familles favorisées... Mais, faits positifs : 30% des jeunes d'origine populaire sont des lecteurs réguliers de livres<sup>50</sup>.

Il y a bien sûr d'autres supports de lecture que les livres, comme les journaux (26% en lisent plusieurs fois par semaine) et les magazines (60% en lisent plusieurs fois par semaine), dont la lecture augmente avec l'âge<sup>51</sup> et qui concernent autant les filles que les garçons.

Au total, il existe une diversité de loisirs et peu de jeunes en manquent. Ainsi seulement 5% n'ont pas joué à des jeux sur ordinateur ou à des jeux vidéo, 7% n'ont pas pratiqué un sport activement ou fait de l'exercice, 18% n'ont pas lu des livres pour le plaisir, 21% ne sont pas sorties pour la soirée (en boîte, au café, à une fête, 22% n'ont pas un autre passe temps (comme jouer à un autre instrument de musique, dessiner, chanter, écrire...)).

## 2.m - LE SPORT, LE POUR ET LE CONTRE

Avec les jeux vidéo ou les jeux sur ordinateur, le sport est une des activités les plus « populaires » à l'adolescence. On constate même un léger croisement de la pratique sportive chez les jeunes ces dernières années. Avec 83% de garçons et 69% de filles qui font du sport en dehors de l'école au moins une fois par semaine, les garçons sont non seulement plus sportifs, mais aussi plus assidus (41% des garçons sont des pratiquants quotidiens contre 21% des filles). En 1988 déjà, les garçons aimaient pratiquer le sport jusqu'à l'épuisement (57% des garçons contre 39% des filles) et acceptaient le danger qu'il comportait (15% des garçons contre 10% des filles trouvaient que le sport qu'ils pratiquaient comportait des dangers).

Mais la pratique sportive diminue dramatiquement chez les filles dès l'âge de 15 ans, en particulier chez les filles d'origine maghrébine, alors cette pratique « résiste » mieux avec l'âge chez les garçons.

Reste les « sportifs intenses », c'est-à-dire ceux qui en font « au moins 8 heures de sport par semaine (en dehors de l'école) ». Cette proportion est en légère baisse depuis quatre ans, puisqu'elle est passée de 18% (1999) à 14% (2003) chez les garçons de 14 à 18 ans et de 5% (1999) à 3.5% (2003) chez les filles du même âge, alors que, dans le même temps, la proportion de ceux qui en font « maximum trois heures par semaine » a connu une légère augmentation...

L'étude de la liaison entre pratique sportive et les troubles et conduites à l'adolescence a mis en évidence une relation bien étonnante. En effet, les jeunes qui se situent aux deux extrêmes de cette pratique (ceux qui n'en font pas/ceux qui en font au moins 8 heures par semaine) sont plus nombreux à consommer des substances (surtout alcool et cannabis), à avoir un comportement violent ou avoir subi des violences, quel que soit le type de violence agie (bagarres, délits, vol) ou subie (violence physique, violence sexuelle)... Dès 1993, on a montré que la pratique sportive intense, encore largement valorisée, n'est pas si anodine

<sup>49</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

<sup>50</sup> Pasquier D. Cultures lycéennes ; la tyrannie de la majorité. Autrement, 2005

<sup>51</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

que cela. Non pas tant que cette conduite est à l'origine de la consommation ou de la violence (même si cela existe), mais surtout qu'elle peut être, au même titre que cette consommation ou cette violence, être un indicateur de dépendance, de malaise ou d'un tempérament excessif...

## **2.n - S'EVADER, LES VOYAGES**

L'évasion peut prendre les formes les plus diverses. Rêver, voyager, acheter, lire, regarder la télévision, rester sans rien faire, s'éclater sont autant de moyens dont chacun dispose pour « oublier » les tracasseries quotidiennes, mais aussi pour se ressourcer. Ainsi l'évasion devient une nécessité, ce qu'on oublie toujours... Le tout est alors de savoir par quel moyen le jeune s'évade et quelle place cette évasion occupe dans sa vie quotidienne. En effet, certains modes de fuite sont potentiellement plus dangereux que d'autres (comme la consommation de certaines substances) ou occupent toute la vie quotidienne ou non (le rêve devient alors une dépendance).

Si 55% des jeunes se disent plutôt rêveurs, 87% aiment faire la fête, 53% dépensent facilement de l'argent, 58% aiment suivre la mode, 40% aiment se détendre en lisant un bon livre, 25% préfèrent les soirées calmes plutôt que de sortir...<sup>52</sup> Ainsi il paraît clair que la préférence des jeunes va vers l'animation... Pas étonnant alors qu'ils aiment aussi rencontrer de nouvelles personnes (87%), profiter de la vie (90%), aller dans des endroits branchés (55%), boire de l'alcool (55%). Autant de moyens d'évasion plutôt « speed »...

Ce qui ne veut pas dire qu'ils cherchent l'effervescence à tout prix. En effet, dans une des enquêtes auprès des 15-16 ans<sup>53</sup> on avait étudié de près l'ivresse. Dans cette enquête, 12% des jeunes trouvent l'ivresse agréable, 8% ont du mal à s'arrêter de boire de l'alcool une fois qu'ils ont commencé, 3% recherchent même l'état d'ivresse...

Comment alors comprendre les raisons de l'« évasion » ? Simple expérience, participation à la vie sociale ou recherche d'oubli à tout prix ? C'est autour de cette différence que réside la réelle question...

## **2.o - LA PSYCHOSOMATIQUE, L'ACNE, LES TROUBLES DU SOMMEIL**

Durant l'adolescence, tous les troubles « psychosomatiques » augmentent, surtout chez les filles. De la fatigue au mal de tête, au mal de dos ou du ventre, des allergies aux problèmes respiratoires, ces problèmes ne sont pas négligeables, parfois fréquentes. Ainsi 70% des garçons et 80% des filles ont l'impression d'être fatigués, 35% et 47% souvent ; 63% des garçons et 80% des filles ont déjà eu mal à la tête durant l'année, respectivement 17% et 34% souvent ; près de 1 garçon sur 5 et une fille sur 3 a eu des allergies dans l'année, respectivement 10% et 13% souvent... Quand on compare les jeunes de la population générale à ceux en grande difficulté, les proportions sont souvent relativement proches. Ainsi on peut dire que la fatigue tout comme les maux de tête sont plutôt le fait de l'adolescence que le fait d'une sous-population spécifique !!

<sup>52</sup> Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. IREB, 2003

<sup>53</sup>

### 3 - LA FAMILLE AVANT TOUT

La famille est, contrairement aux idées reçues, la valeur sûre de l'adolescence. Seulement 0.7 des 11-19 ans vivent seuls et la grande majorité vivent avec leurs parents (95%), ensemble ou séparés. De plus, 81% ont une fratrie.

Pouvoir compter sur ses parents, ses frères et sœurs, ses grands-parents, voire la famille élargie, et ce malgré la tourmente juvénile, voilà le rêve de chaque adolescent... Mais parfois la vie est bien plus difficile, de façon transitoire ou définitive... Il s'agit alors toujours d'un souvenir douloureux que chaque adolescent porte en soi....

#### 3.a - ENTRE CONTROLE ET SOUTIEN

Etudier les relations parents/enfants peut se faire de diverses façons. Des questions peuvent concerner le climat familial plus général, les relations avec chacun des parents, voire le mode éducatif perçu... Ainsi deux questions se révèlent particulièrement instructifs sur ce modèle, même si jamais toute la relation est mesurée à partir de ces simples questions : « Vos parents savent-ils où vous êtes le samedi soir », question qui concerne le contrôle parental, mais aussi bien sûr, leur intérêt pour la vie de leur enfants ; « Pouvez vous avoir facilement du soutien moral (ou du réconfort) de vos parents », question qui concerne surtout la qualité affective des relations parents/jeunes<sup>54</sup>.

80% des garçons et 89% des filles disent que leurs parents savent « toujours » ou « souvent » où ils sont le samedi soir, et pour la majorité d'entre eux il s'agit d'un contrôle systématique. Ainsi, contrairement aux idées reçues, les parents ne laissent pas faire n'importe quoi...et leurs soucis vis-à-vis des jeunes est important. Toutefois, ce contrôle parental diminue avec l'âge, surtout chez les garçons, mais moins qu'attendu. En effet, entre 12 et 18 ans, la proportion de jeunes dont les parents savent « toujours » ou « souvent » où ils sont le samedi soir passe de 89% (12 ans) à 72% (18 ans) chez les garçons et de 94% (12 ans) à 85 % (18 ans) chez les filles, augmentant ainsi progressivement (mais sûrement !!) l'écart entre les sexes. Entre 1999 et 2003, ce « contrôle systématique » a augmenté chez les filles, en particulier parmi les plus jeunes, mais a diminué chez les garçons, creusant ainsi la différence filles/garçons, alors qu'on s'attendait à une plus grande convergence dans le temps. Reste que cette augmentation du contrôle parmi les filles 14-16 ans va de pair avec une diminution des troubles pour ce groupe d'âge alors que la diminution du contrôle en particulier parmi les garçons 17-18 ans va de pair avec une augmentation des troubles pour ce groupe d'âge...

Si la majorité des jeunes disent que leurs parents les réconfortent en cas de besoin, cette proportion de passe 86% (12 ans) à 57 % (18 ans) chez les garçons et de 84% (12 ans) à 59 % (18 ans) chez les filles, baisse globalement comparable entre garçons et filles, mais nettement plus importante que pour le contrôle. Ainsi à 18 ans, le contrôle paraît plus prégnant que le réconfort...alors que les médias et les professionnels de santé n'arrêtent pas de mettre l'accent sur l'absence de règles et de repères à cet âge...

Mais choses intéressantes, le contrôle parental joue un rôle plus important chez ceux qui ont une consommation occasionnelle que pour ceux qui ont une consommation régulière. Comme si, à ce niveau de consommation, l'influence des parents disparaît au bénéfice de la « dépendance »

<sup>54</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

### **3.b - PERE ET MERE, CHACUN SON ROLE, CHACUN SA PLACE MAIS LE PERE EST TOUJOURS EN RESTE**

Pour les filles, les relations avec les parents sont plus difficiles que pour les garçons. De plus, les relations avec le père s'avèrent plus difficiles que celles avec la mère, et ce pour garçons comme pour les filles : 5% des garçons et 8% des filles estiment avoir des mauvaises relations avec leur mère, respectivement 10% et 15% avec leur père. Avec l'âge, ces difficultés augmentent et en fin d'adolescence elles sont jugées bien plus négativement qu'au début<sup>55</sup>.

Une des grandes surprises est la stabilité dans le temps. En effet, en l'espace de 10 ans, rien n'a fondamentalement changé et le jugement que les jeunes portent actuellement sur les parents est proche de celui de leurs aînés !

### **3.c - LE TOUT DIRE/ LE RIEN DIRE**

La majorité des jeunes ont une attitude sélective à propos des confidences face aux parents. Ils se confient surtout pour leurs tracas quotidiens, alors qu'ils sont plus discrets sur leur problèmes personnels...La mère est plus volontiers la confidente des jeunes, filles comme garçons, que le père, qui l'est nettement moins...Avec l'âge les parents perdent un peu leur aura, mais pas tant que cela...Car même en fin d'adolescence les parents restent les interlocuteurs privilégiés pour les problèmes quotidiens (santé, scolarité). La majorité des jeunes ne sont donc pas ni « dans le tout dire » ni « dans le rien dire » .Reste que 5% des jeunes ne se confient à personne quand ils ont des problèmes et 11% disent ne jamais dialoguer avec leur père, 4% avec leur mère...<sup>56</sup>

Le « faire ensemble » paraît oublié au bénéfice du « tout dire ».

### **3.d - LE REPAS DE FAMILLE, LA BISEXUALITE DANS LA CUISINE**

Le principal repas pris en famille est le dîner. Si 80% des jeunes prennent le dîner en famille, le petit déjeuner est, avec l'âge, de plus en plus pris seul, même si environ 1 jeune sur 3, mais plus parmi les plus jeunes, le prennent en famille<sup>57</sup>. Le déjeuner est pris à la cantine par un tiers des jeunes, mais c'est le déjeuner pris au café ou dans la rue qui augmente sensiblement avec l'âge (passe de 5% à 15% entre 12-14 ans et 15-17 ans).

L'alliance avec les parents en cas de difficulté, les parents doivent rester le supporter des enfants, quand cela va mal, il faut être supporter de son enfant.

### **3.e - L'HOSTILITE, VOIRE LA VIOLENCE INTRAFAMILIALE**

Tout n'est pourtant pas rose dans les familles. Il ne s'agit pas ici des difficultés « habituelles » à l'adolescence, mais d'un profond malaise, qui va de l'hostilité à l'indifférence des parents. 7% des garçons et 6% des filles disent que leur père est hostile, 5% et 8% qu'il est indifférent, 6% des garçons et 5% des filles disent que leur mère est hostile, 4% et 5% qu'elle est indifférente... Si on ajoute à cela que 3% des jeunes sont, à la maison, victimes de coups et 5% victimes d'insultes (les filles plus que les garçons), il faut en conclure que la vie familiale n'est pas aussi agréable pour tous...

Mais les jeunes ne sont pas de simples victimes, ils peuvent aussi être violents vis-à-vis des membres de leur famille. D'ailleurs, en famille aussi les violences subies et agies vont de

<sup>55</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

<sup>56</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

Académie de Créteil. Les relations « adultes-jeunes » aujourd'hui.

<sup>57</sup> IBaromètre

pair. Ainsi 3% des jeunes ont été auteurs de coups en famille (les garçons plus que les filles) et 5% auteurs d'insultes (les filles plus que les garçons)<sup>58</sup>. Rien ne prouve que la violence intrafamiliale s'est accrue. Bien au contraire. Dans une enquête régionale<sup>59</sup>, faite dans les années 1980, 8% des lycéens et 16% des lycéennes disaient que leur père était violent, respectivement 1% et 8% le disaient de leur mère ; 9% des lycéens et 11% des lycéennes disaient que leur père les frappait, respectivement 3% des garçons et 6% des filles le disaient de leur mère...

### **3.f - LES GRANDS-PARENTS ET CONFIDENCES**

Moins de 3% des jeunes ont leurs grands-parents qui vivent avec eux, mais une majorité (83%) a encore au moins un grand-parent, le plus souvent une grand-mère. Selon une enquête faite auprès de 1 186 élèves de l'académie de Créteil<sup>60</sup>, 58% des garçons mais seulement 44% des filles dialoguent souvent avec leurs grands-parents, proportion qui reste stable au cours de l'adolescence, après une chute de dialogue entre l'école primaire (62%) et collège (46%).

### **3.g - LA RECOMPOSITION, LA MONOPARENTALITE**

En l'espace de 10 ans, la proportion de jeunes qui vivent dans une famille recomposée a doublé et est passé de 7% (1993) à 12% (1999) et 14% (2003). Cette recombinaison est actuellement à part égale le fait des mères et des pères, même si les jeunes habitent plus volontiers avec la nouvelle famille de la mère qu'avec celle du père. Durant la même période, on constate une diminution des familles monoparentales et en 1993, 14% des jeunes vivaient dans une famille monoparentale, contre 11% depuis 1999.

On associe aisément « monoparentalité » avec « pauvreté » et avec « désinvestissement éducatif ». Or il s'avère qu'en population générale les jeunes qui vivent dans une famille monoparentale (dans plus de 90% des cas ils vivent alors avec leur mère) ont des parents de niveau scolaire comparable à ceux qui vivent dans une famille « intacte » et ont de meilleures relations avec père et mère, surtout chez les filles.

La majorité des troubles et conduites étudiés ne sont pas tant expliqués par le fait de vivre dans une famille monoparentale que par le fait de vivre dans une famille recomposée, ne pas avoir de contrôle parental ou ne pas avoir de bonnes relations avec père et mère. A titre d'exemples : (1) le fait de consommer du tabac est 1.8 fois plus élevé dans une famille monoparentale et 2.2 fois plus élevée dans une famille recomposée que dans une famille intacte, 2.7 fois plus élevé dans une famille où les relations avec la famille sont de mauvaise qualité comparée à une famille avec de bonnes relations mais 5.6 fois plus élevé dans une famille où les parents exercent un faible contrôle parental ; (2) le fait de faire un passage à l'acte suicidaire est 1.7 plus élevé dans une famille monoparentale et 2.7 fois plus élevée dans une famille recomposée comparée à une famille intacte, 6.1 fois plus élevé dans une famille où les relations avec la famille sont de mauvaise qualité comparée à une famille avec de bonnes relations et 2.7 fois plus élevé dans une famille où les parents exercent un faible contrôle parental ...<sup>61</sup>

<sup>58</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

<sup>59</sup> Choquet et al. Enquête longitudinale.

<sup>60</sup> Académie de Créteil. Les relations « adultes-jeunes » aujourd'hui.

<sup>61</sup> Choquet et al. Enquête ESPAD 2003.

### **3.h - SUPPORTER ENFIN SA FRATRIE**

On dispose de peu de données sur la relation avec la fratrie et ce malgré le fait que 80% vivent avec leur fratrie !! Toutefois, à travers plusieurs questions on voit apparaître leur rôle, pourtant relativement moins important que celui des parents. Ainsi 7% des jeunes parlent de préférence avec leur frère ou sœurs quand ils ont un problème scolaire (alors que 68% disent le confier à leurs parents), 2% quand ils ont un problème de santé (contre 65% à leurs parents), 14% quand ils ont un problème sentimental (contre 16% à leurs parents et 32% à quelqu'un de leur âge)...

### **3.i - L'ALCOOLISME OU LE SUICIDE D'UN PARENT**

En 1978, 11% des lycéens déclaraient avoir un parent alcoolique, 12% un suicide ou une tentative de suicide dans la famille, 7% avoir une maladie mentale... Ces proportions sont proches de ce que l'on observe ailleurs dans la littérature internationale<sup>62</sup>. Ces proportions peuvent paraître importantes, mais retracent probablement la vie « ordinaire » des familles en France... Quand on interroge les médecins sur les familles des jeunes en grande difficulté psychologique ou somatique<sup>63</sup>, ces proportions sont nettement plus élevées : ils déclarent que 25% ont un père alcoolique, 21% une mère alcoolique, 16% un père mort de suicide, 15% une mère morte de suicide, 20% une psychose paternelle, 18% une psychose maternelle, 22% un grave dépression paternelle, 20% une grave dépression maternelle... En un mot, les antécédents psychopathologiques des parents s'avèrent élevées quand les jeunes souffrent eux-mêmes de graves troubles...

## **4 - L'ECOLE EN QUESTIONS**

Avec la scolarité obligatoire, le chômage et l'importance de l'obtention d'un diplôme, l'école joue un rôle important dans notre société et fait partie de la vie quotidienne des adolescents d'aujourd'hui. Depuis 1995, la durée moyenne des études est de 19 ans (incluant l'école maternelle), ce qui donne à l'école toute son importance. Lieu de rencontre avec des adultes ou avec les pairs, lieu de conflits mais aussi lieu d'identification, l'école est bien plus qu'un lieu de diffusion de savoir....

En effet, l'école est aux jeunes ce que le travail est aux adultes. L'école, tout comme l'entreprise, est un lieu d'investissement (parfois de désinvestissement), de rencontre (parfois d'isolement), de valorisation (parfois de dévalorisation) et de réalisation de soi (parfois d'échec). Avec toutefois des spécificités : l'école est un lieu de rencontre intergénérationnelle (les acteurs, étant entendu que les élèves sont aussi des acteurs, y ont entre 11 et 65 ans), l'école est un lieu dédié exclusivement à la formation (avec des adultes responsables et des jeunes, majoritairement mineurs), l'école est un lieu de passage et donc instable (les élèves y restent au maximum entre 3 et 5 ans, le turn-over des enseignants est en moyenne de 20% par an).

### **4.a - DEMOCRATIE ADOLESCENTE**

La « démocratie » fait partie du monde qui entoure les adolescents. Dans les familles ce principe est rentré dans les mœurs, surtout depuis que l'enfant est devenu plus rare, désiré, préparé. Ainsi les parents discutent avec leurs enfants des sujets qui les préoccupent (85%), donnent de l'argent de poche dont les adolescents peuvent

<sup>62</sup> Davidson F., Choquet M. Les jeunes et les drogues permises et interdites, Inserm 1980

<sup>63</sup> Choquet et al. Jeunes de la Fondation de Santé des Etudiants de France. 1993.

disposer librement (68%), autorisent les sorties avec des amis, même le soir (51%), tout comme les sorties au café (56%), les sorties en boîte (50%) et regarder la télévision (98%)... Cela ne signifie pas que le parent a démissionné de son rôle parental (ce que l'on croit souvent), mais que tout simplement le jeune partage la vie quotidienne des adultes, sans qu'on prenne en compte le risque que comporte certaines de ces activités, comme les sorties tardives au café, les soirées en boîte, et l'argent de poche dont il dispose librement...

A l'école, la démocratie n'est pas simple à appliquer. En effet, comment donner la parole à chacun quand le fonctionnement est groupal et l'autorité du maître sacrée ? Comment améliorer la discussion avec les adultes, alors que la « priorité première » est la transmission du savoir ? Comment prendre en compte la vie quotidienne des adolescents lorsque l'école est considérée avant tout comme un sanctuaire ? Ces contradictions sont à gérer au jour le jour, car la démocratie tout comme la vie (avec ses violences, ses difficultés) est rentrée dans l'école, qu'on le veuille ou non ! Mais la communauté scolaire a été si peu préparée à gérer cette génération de jeunes, qui prend la parole, s'exprime, mais aussi souffre de tout un dysfonctionnement sociétal ...

#### **4.b - LA VIE D'UNE CLASSE**

La classe est souvent le groupe le plus important pour les plus jeunes. Si les garçons ont tendance à être peu sélectif (57% des garçons et 51% des filles ont beaucoup de copains en classe), ils sont par contre plus fréquemment isolés (9% des garçons et 1% des filles n'ont aucun copain en classe)<sup>64</sup>.

Et il s'y passe des choses !!! On y lie amitié, plus rarement on y a des difficultés avec les copains (24% des jeunes sont dans ce cas)... Et comme la journée est longue, tout comme l'année scolaire, les amitiés et les animosités évoluent... la tolérance et l'intolérance aussi. Chaque classe va avoir sa vie propre tout au long de l'année scolaire. En France, 63% des 11 ans mais seulement 45% des 15 ans trouvent leurs camarades de classe gentils et serviables<sup>65</sup>, proportions qui sont nettement en deçà de la moyenne Européenne (en moyenne, 70% des 11 ans et 59% des 15 ans ont de cet avis), surtout comparé à ce qui se passe dans les pays Scandinaves, l'Allemagne ou les Pays-Bas...

Les difficultés avec les enseignants ne sont pas absentes, même si elles ne sont pas très fréquentes. En effet, 32% des jeunes ont des difficultés avec les enseignants, dans 6% des cas de façon répétée.

Mais la classe, ce sont aussi des sous-groupes qui parfois s'ignorent. Les garçons, les filles, les élèves assidus, les élèves en difficulté...

La pression scolaire existe ! D'ailleurs en France 20% des 11 ans la ressentent déjà, proportion qui atteint 25% à 15 ans, avec une pression plus importante ressentie par les filles...<sup>66</sup> Mais au regard des autres pays, la pression scolaire est nettement moins élevée chez nous qu'ailleurs (la France est 33<sup>ème</sup> position sur les 35 pays étudiés, en moyenne la pression scolaire est de 25% à 11 ans, 45% à 15 ans). En Angleterre, par exemple, elle atteint 35% à 11 ans et 65% à 15 ans !

#### **4.c - LA CANTINE**

Environ entre un tiers et la moitié des jeunes fréquentent la cantine scolaire (représentant ainsi plus de 990 millions de repas servis dans l'année<sup>67</sup>), proportion qui augmente légèrement au cours du collège, mais qui diminue sensiblement dès que le jeune a atteint

<sup>64</sup> Choquet et al. Académie de Lille

<sup>65</sup> Currie C. et al. Young people's health in context. HBSC, OMS Europe, 2004

<sup>66</sup> Currie C. et al. Young people's health in context. HBSC, OMS Europe, 2004

<sup>67</sup> Czernichow S., Martin A. Nutrition et restauration scolaire, de la maternelle au lycée : état des lieux. Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Aliments, 2003

l'âge de la majorité. Avec l'âge, la cantine scolaire va être remplacée par un repas « sur le pouce » dans la rue, un café, un MacDo... Mais même à 18-19 ans ce mode de repas reste minoritaire et concerne < 20% des élèves<sup>68</sup>. Reste qu'il s'agit d'une tendance vers la désaffection des cantines, liée à leur image négative. Selon Maho et<sup>69</sup> Pinson « l'image de la cantine cristallise les mécontentements et sert de bouc émissaire. Le principal reproche qui lui est fait implicitement n'est autre que de faire partie intégrante de l'univers du travail ». Reste que la mauvaise image de la cantine n'arrive pas seulement par les jeunes, mais aussi par le biais des parents d'élèves, puisque 70% des parents d'enfants mangeant à la cantine s'estimaient inquiets au sujet de l'alimentation de leur enfant à la cantine... Les motifs évoqués concernent alors plus l'équilibre alimentaire, la qualité et l'hygiène de certaines préparations, plutôt que l'ambiance.

#### **4.d - LE REGLEMENT INTERIEUR**

Le règlement intérieur des établissements scolaires date des années 1985, avec comme orientation que « l'exercice des droits et obligations des élèves est inséparable de la finalité éducative des établissements et ne prend son sens qu'en fonction de celle-ci »<sup>70</sup>. Les grands principes de ce règlement intérieur sont : la liberté d'information et d'expression ; le respect des principes de laïcité ; la protection contre toute agression physique ou morale ; l'égalité des chances ; la prise en charge progressive par les élèves eux-mêmes de la responsabilité de certaines activités.

Si ces principes sont certainement généraux et louables, reste que leur application reste un mystère. Preuve en est la fréquence des violences des jeunes (en tant qu'auteur ou victime) dans le cadre scolaire, sans que les adultes en soient forcément informés... Ainsi l'école est le premier lieu des violences verbales, des coups et des actes racistes et près de la moitié des jeunes qui en sont auteur ou victime l'ont été dans les murs de l'école, les alentours étant nettement moins concernés qu'attendus<sup>71</sup>.

#### **4.e - LES VIOLENCES A L'ECOLE<sup>72</sup>**

La violence scolaire mérite une attention toute particulière. Elle fait souvent l'objet de « faits divers », mettant en cause autant l'institution que l'entourage familial. Elle est aussi un enjeu sociétal, la violence à l'école étant considérée comme la plus « gratuite » et la plus « intolérable ». La violence scolaire est donc un vrai sujet de préoccupation, longtemps ignoré partant du principe que cela ne pouvait pas arriver dans nos établissements en France !!! Mais depuis maintenant 10 ans (le texte officiel de coopération interministérielle pour la prévention de la violence scolaire), on le reconnaît, avec comme axe de politique de prévention « le savoir, la proximité et l'autorité »<sup>73</sup>.

Mais qu'en est-il dans la réalité ? Les auteurs de violences verbales et de coups citent en priorité l'école (47% des garçons, 50% des filles pour la violence verbale, respectivement 46% et 40% pour les coups), loin devant les abords de l'école (4% des garçons, 3% des filles pour la violence verbale, respectivement 5% et 6% pour les coups ) ou la famille (6% des filles et 2% des garçons pour les violences verbales, 16% des filles et 3% des garçons pour les coups. Les auteurs d'actes racistes citent aussi en priorité l'école comme premier lieu (45% parmi les garçons, 48% parmi les filles) loin devant les abords de l'école (8 %). Contrairement aux idées reçues, l'école est donc le premier lieu des violences juvéniles « ordinaires ».

<sup>68</sup> Baromètre santé jeunes

<sup>69</sup> Maho J., Pynson P. Les cantines, comment s'en débarrasser ? Nouritures, plaisirs et angoisses de la fourchette. Paris, Autrement, 1999

<sup>70</sup> Durand D. Délégué Flash, CRDP de l'académie de Grenoble (2006).

<sup>71</sup> Choquet M., Hassler C., Morin D. Violence des collégiens et lycéens : constats et évolution. Rapport au Ministère de l'Education Nationale, 2004.

<sup>72</sup> Choquet M., Hassler C., Morin D. Violence des collégiens et lycéens : constats et évolution. Rapport au Ministère de l'Education Nationale, 2004.

<sup>73</sup> Durand D. Délégué Flash, CRDP de l'académie de Grenoble (2006).

La violence scolaire augmente entre 12 et 15 ans, c'est-à-dire à l'âge du collège, pour diminuer nettement entre 15 et 18 ans. Chez les garçons, la violence exercée à l'école semble progressivement se « déplacer » vers des lieux extérieurs à l'école, puisque « l'ailleurs » est plus souvent cité comme lieu de violence parmi les plus âgés que parmi les plus jeunes...

Lorsqu'on étudie les facteurs associés à la violence scolaire, force est de constater que :

- Les garçons sont plus enclins que les filles à être auteurs de toutes formes de violences scolaires, et ce quel que soit l'âge et le type d'établissement.
- S'il il y a peu de différences entre les élèves de l'enseignement public et ceux du privé, alors que les collégiens tout comme les élèves de lycée professionnel sont nettement plus nombreux que les élèves LEGT à être (à âge, sexe et toutes les autres variables scolaires constants par ailleurs) auteur de violence.
- La note scolaire joue (à âge, sexe et toutes les autres variables scolaires constants par ailleurs) un faible rôle dans les violences scolaires. Certes, les bons élèves sont moins nombreux à être auteurs de racket et de vols, mais on n'observe pas de différence à propos des violences verbales et les actes racistes.
- Le fait d'aimer (ou non) l'école et surtout le fait d'être souvent absents sont des variables importantes, surtout pour expliquer les violences les plus graves, comme le racket, les vols et les actes racistes.
- Le facteur le plus important est la victimisation. Ainsi, les victimes de vol ont 5.1 fois plus de risque d'en être auteurs, les victimes de coups ont 8.6 fois plus de risque d'en être auteurs, les victimes d'actes racistes ont 9.3 fois plus de risque d'en être auteurs, les victimes de violences verbales ont 15.6 fois plus de risque d'en être auteurs et les victimes de racket ont 18.9 fois plus de risque d'en être auteurs...

#### **4.f - LA VICTIMISATION SCOLAIRE<sup>74</sup>**

Si la proportion de jeunes qui se déclarent « victimes » est supérieure à celle qui en sont « auteurs », force est de constater que ce rapport victime/auteur est plus important parmi les plus jeunes (nettement plus victimes qu'auteurs) et parmi les filles (nettement plus victimes qu'auteurs). Quant aux facteurs associés à la victimisation des violences scolaires, on note que

- Avec l'âge, le risque de victimisation diminue sensiblement, et ce à sexe et toutes les autres variables scolaires constants par ailleurs.
- Il y a peu de différences entre les élèves de l'enseignement public et ceux du privé
- Les collégiens tout comme élèves de LP sont nettement plus nombreux que les élèves LEGT à être victimes de racket, de coups et d'actes racistes ;
- Les « bons élèves », et surtout les « très bons élèves », sont plus à risque de violences verbales, mais aussi de vols ;
- Le fait d'aimer (ou non) l'école et surtout le fait d'être souvent absent ne sont pas liés à la victimisation....
- Le facteur le plus important concerne le fait d'être auteurs de violences. Ainsi, les auteurs de vol ont 5.0 fois plus de risque d'en être victimes, les auteurs d'actes racistes ont 9.3 fois plus de risque d'en être victimes, les auteurs de violences verbales ont 15.4 fois plus de risque d'en être victimes et les auteurs de racket ont 18.5 fois plus de risque d'en être victimes...

<sup>74</sup> Choquet M., Hassler C., Morin D. Violence des collégiens et lycéens : constats et évolution. Rapport au Ministère de l'Education Nationale, 2004.

#### **4.g - L'ABSENTEISME SCOLAIRE**

L'obligation scolaire accompagne deux autres principes essentiels de la scolarité en France : la gratuité et la laïcité. La définition de l'absentéisme n'est pas aussi aisée, car tout dépend ce que l'on met dedans. Soit on s'en tient à « l'absence injustifiée » au cours, soit on y inclut aussi le retard au cours, surtout quand celui-ci se répète, tout comme les absences « administrativement ou médicalement justifiées », car les parents peuvent être complices d'une absence et certains troubles d'ordre psychosomatique (maux de ventre, maux de tête etc.) peuvent signifier un refus scolaire plutôt qu'une maladie. De plus, tout dépend aussi du seuil. En utilisant le seuil de « quatre demi-journées d'absence par mois », environ 5% des collégiens et lycéens sont « absentéistes » (année scolaire 2003-2004), en utilisant un seuil plus sévère, de « 12 à 40 demi-journées », 0.8% des élèves le seraient concernés.

Entre 1993 et 2003, les retards occasionnels aux cours ont augmenté de 20% environ à tout âge alors que le fait « sécher les cours » a diminué d'environ 10% et l'« absence d'un jour ou plus » a baissé de 15 %, en particulier parmi les moins de 16 ans... Au total, l'absentéisme scolaire a diminué parmi les plus jeunes (donc au collège), mais a augmenté chez les 18 ans (en particulier parmi les élèves de lycée professionnel), filles comme garçons...

Les élèves de l'enseignement privé sont nettement moins absentéistes que les élèves de l'enseignement public, surtout parmi les garçons (dans l'enseignement public 13% sont régulièrement absents versus 9%) que pour les filles (11% versus 9%) alors que les internes, contrairement aux attentes, ne sont pas moins absentéistes que les autres. Ainsi le fait de vivre dans l'établissement scolaire n'est pas une garanti d'assiduité...

L'absentéisme (régulier) est inversement proportionnel au niveau d'études des parents et plus fréquent quand les parents ne vivent plus ensemble. Tout se passe donc comme si l'investissement scolaire des parents influe celui des jeunes, garçons comme filles. Reste qu'il s'agit de tendances (et de tendances (et de liaison) et pas de déterminisme. En effet, parmi les jeunes dont les pères n'ont pas dépassé le niveau de l'enseignement primaire 35% ne sont jamais absents (versus 45% parmi ceux dont le père a fait des études supérieures).

#### **4.h - L'INTERNAT**

L'internat est un sujet d'actualité. Selon le Ministère de l'Education nationale (déc. 2005), l'internat constitue un « cadre structurant pour beaucoup d'élèves ne trouvant pas les conditions favorables à leurs études dans leur environnement familial » et peut « représenter un atout déterminant pour la réussite scolaire et l'intégration sociale de nombreux enfants et adolescents ». Préconisée donc par les uns comme un moyen d'autonomisation et de lutte contre l'échec scolaire, mise en cause par les autres comme lieu de solitude et de conduites à risque (Ballion, 1999), la mise en internat est souvent une nécessité pour réduire la distance entre le domicile et le lieu de formation désirée...

En 1993, 5% de garçons et 3% de filles étaient internes ; en 2003, ils sont respectivement 7% (garçons) et 5% (filles). La fréquentation de l'internat est donc en augmentation pour les garçons comme pour les filles ; Toutefois l'augmentation concerne seulement les plus jeunes (en âge de scolarité obligatoire) et plus particulièrement les filles. A tel point que, parmi les 12-15 ans, les filles internes sont aussi nombreuses garçons internes.

L'augmentation concerne aussi en priorité les familles recomposées. Parmi eux, la proportion d'internes est passée de 3.2% (1993) à 8.1% (2003), soit une augmentation de + 134%, alors que cette augmentation n'est « que » de 60% dans les familles traditionnelles et de 34%, dans les familles monoparentales

Actuellement, en 2003, les internes actuels sont plus souvent des multi-redoublants et issues de famille recomposées (pas de lien par contre avec le fait d'être issue d'une famille monoparentale). Si en 1993, les internes étaient plus volontiers consommateurs d'alcool et plus suicidaires que les non- internes, la différence « comportementale » entre élèves internes et élèves externes s'est accentuées en 10 ans, et ce en défaveur des internes, et concerne autant le consommation de tabac et de cannabis que d'alcool.

#### **4.i - LE TROP BON ELEVE, LE BOUFFON ET CE QUE LES PARENTS LES FONT VIVRE**

Si l'école favorise les élèves qui ont de bonnes notes, il n'en est pas de même Le bon élève se fait taper dessus par les autres... (voir violence), mais pas seulement : exigence forte (déjà en 1984, 10% des jeunes estimaient que leurs parents exigeaient souvent trop du jeune).

#### **4.j - LA PHOBIE SCOLAIRE**

Sans que la « phobie scolaire » soit reconnue comme une entité clinique précise, il est évident que le milieu scolaire peut être un lieu privilégié d'expression d'anxiété, avec ses attaques de panique récurrentes et inattendues. Elle débute souvent de façon insidieuse par un retrait progressif des activités de groupe, une augmentation de la dépendance envers les parents, voire par l'autoritarisme et la violence... Sans connaître exactement la fréquence de la phobie scolaire en France (partiellement parce qu'il s'agit d'un trouble peu défini), on connaît au moins la fréquence du malaise scolaire et de l'absentéisme régulier, souvent plus masculin et en augmentation avec l'âge.

Mais la présence d'un trouble scolaire ne veut pas dire que l'école est la (seule) cause du trouble. Avec la démocratisation de l'école bien au delà de l'âge de la scolarité obligatoire et l'augmentation de la pression scolaire par la valorisation permanente et parfois exclusive de la réussite, l'école et tout ce qui s'y passe (conflits avec les pairs ou les enseignants, examens et interrogations impromptus, contrôle comportemental...) sont très investis par les adolescents et leurs parents et, de ce fait, peuvent devenir un lieu d'expression pour tout type de problème. Comme toute problématique est souvent multi-factorielle, toute expression de malaise peut devenir potentiellement « multi-situationnelle ». Un événement apparemment insignifiant (déménagement, changement d'enseignant, dispute avec un autre élève ou un personnel éducatif) va alors « fixer » l'école comme lieu d'expression et déclencher le rejet scolaire.

Reste le pronostic est souvent défavorable, en particulier pour les troubles les plus graves. On estime en effet à 30% les jeunes qui, ayant des troubles scolaires graves, évoluent vers des troubles psychiatriques graves...Il s'avère inefficace de traiter les problèmes scolaires (et la phobie) par l'éviction scolaire (cours par correspondances ou cours à domicile) ou des changements répétés de classe ou d'école, solutions qui ne feraient qu'augmenter l'angoisse scolaire et l'isolement social. Ainsi, l'école est en même temps le lieu de la rencontre (avec les autres, les adultes, le savoir), mais aussi le lieu du rejet. Plus la scolarité est importante et investie, plus elle sera aussi un lieu de rejet. Cet apparent paradoxe est à considérer à chaque fois qu'un élève ou un parent se plaint de l'école.

#### **4.k - L'ENSEIGNEMENT A DOMICILE**

L'enseignement à domicile, initialement prévu pour les élèves qui ne pouvaient se déplacer (provisoirement ou définitivement) à cause d'une maladie grave ou d'un handicap, est actuellement préoccupé par un nouveau phénomène : la phobie sociale ou scolaire. En effet,

il semble qu'il y a de plus en plus de jeunes (même si on n'a pas de chiffres exacts...) qui, actuellement, demandent un enseignement à domicile pour des problèmes d'ordre psychosocial, soit parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec les autres, ont été victimes de racket ou ont une phobie scolaire plus ou moins prononcée. Ce qui change la donne autant pour les associations qui s'occupent de la mise en place de l'enseignement (comment faire la différence), que des enseignants qui, souvent bénévolement, donnent leur temps pour cela et surtout qui risque d'être contreproductif, car l'enseignement à domicile risque d'accroître leurs craintes sociales ou leurs phobies, la cause de leurs troubles n'ayant pas fait l'objet d'une approche psychodynamique. Ainsi, la FEMDH (Fédération de l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital), qui a pour objectifs de prendre en charge la scolarité des enfants dont les études sont interrompues par la maladie ou un accident a récemment organisé un colloque sur les troubles psychologiques à l'adolescence.

#### **4.1 - LES INTERDICTIONS**

Si le règlement intérieur fixe les droits et les devoirs des élèves, force est de constater que les « interdictions » sont plus nombreuses et faciles à fixer que les « autorisations ». Actuellement, avec les divers programmes en matière de santé, les interdictions qui s'y affèrent sont nombreuses : interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement scolaire (loi Even), interdiction de vendre des collations sucrées (lutte contre l'obésité). A propos de la loi Even évalué par l'OFDT <sup>75</sup>, on note quelques résultats intéressants pour toute « interdiction » établie par les adultes. D'abord, il ne suffit pas qu'une loi existe pour qu'elle soit appliquée. En effet, en 2002, seulement dans 14% des établissements une majorité des élèves disaient ne jamais fumer. Ensuite, plus une interdiction est simple, plus elle est appliquée. Ainsi lorsque l'interdiction de fumer est totale, 67% des élèves fumeurs la respectent en s'abstenant de fumer, alors que cette proportion baisse quand l'interdiction concerne les élèves seulement (dans ce cas seulement 59% respectent l'interdiction) et surtout quand il y a une autorisation de fumer dans les lieux réservés (54%). On trouve les mêmes tendances quand il s'agit de l'interdiction de fumer émise par les parents. Plus l'interdiction est totale, plus elle est respectée, plus il existe des « exceptions » (quand l'interdiction concerne seulement le logement familial), plus les jeunes sont nombreux à fumer.

Etonnamment il n'y a pas de loi spécifique concernant le cannabis puisqu'il est « illicite », et donc de ce fait pas autorisée du tout. Non seulement, on note qu'une part importante et croissante consomme du cannabis, mais que 28% des 11-19 ans disent qu'il est facile de trouver du cannabis dans l'établissement scolaire<sup>76</sup>, 26% autour de l'établissement scolaire et « seulement » 24% dans la rue et 24% dans un bar ou une discothèque !!!

#### **4.m - LES PROGRAMMES DE PREVENTION :**

##### **INFORMER N'EST PAS PREVENIR, LE DROIT A DEBATTRE**

La prévention est un sujet d'avenir, sur toutes les bouches et pourtant si peu considérée. Si par exemple, à propos de la consommation de tabac et alcool, l'interdiction ou l'augmentation des prix sont les principales mesures de la prévention, force est de constater que ces mesures sont de loin insuffisantes, en particulier pour les plus à risque. En effet, les jeunes fumeurs quotidiens ou ceux qui s'enivrent régulièrement cumulent les difficultés de tout ordre, familial, scolaire, personnel. Et à cela, le prix ou l'interdiction ne peut rien à terme, même si ils peuvent être efficaces à court terme. Quant à l'information sur les dangers des

<sup>75</sup> OFDT, Evaluation de l'expérimentation « lycée non fumeurs », 2003

<sup>76</sup> ESPAD 2003

conduites, on est surpris de voir que les jeunes qui ont eu des séances d'information sont plutôt plus nombreux à adopter la conduite !!!

Reste que la prévention, plus contextuelle, adaptée à l'âge, le sexe et l'histoire du sujet, n'est pas si facile à mettre en place. Reste des questions importantes pour la prévention que tout et chacun, professionnel ou non, doit se poser.

- \* Faut-il intervenir surtout de façon directe, en promouvant des actions par thème, ce qui reviendrait à une forme de « vaccination ciblée » ? Les résultats des enquêtes, qui montrent que les troubles sont associés les uns aux autres et de fait expliqués par de multiples facteurs, auraient tendance à suggérer la réponse « non ».
- \* Faut-il intervenir surtout de façon indirecte, en améliorant le contexte de vie (vie scolaire, vie familiale, conditions de la pratique des loisirs) des jeunes pour prévenir les conduites à risque ? La réponse serait « oui », en privilégiant la qualité relationnelle adultes/jeunes (par des débats, des échanges, des rencontres ludiques) plus que les conditions matérielles,
- \* Faut-il intervenir surtout auprès des adultes qui entourent les jeunes (professionnels ou non) et non pas auprès des jeunes eux-mêmes ? La réponse serait ici encore « oui », doublement « oui », au regard de l'inquiétude des adultes (une récente enquête a montré que près de la moitié des français redoutent de devenir SDF, alors que dans la réalité cela concerne moins de 1% des adultes), la pression (surtout scolaire) qu'ils exercent sur les adolescents et le décalage entre la perception des adultes et celle des jeunes sur l'adolescence et ses risques.

## **5- LES ACCIDENTS DE LA VIE**

La vie n'est pas un long fleuve tranquille, ni pour les adultes, ni pour les jeunes. Et les « accidents de la vie » de nature, de gravité et de portée bien différents. Certains « accidents de la vie » sont typiques de l'adolescence, comme les accidents de la route par exemple. D'autres ont une résonance particulière à cet âge, comme la maladie chronique ou la perte d'un ami. Dans tous les cas, ils sont à resituer dans le contexte développemental de l'adolescence...

### **5.a - LES DECES ET PERTES**

Avec l'accroissement de la durée de vie, la mort est moins présente dans la vie quotidienne des jeunes. En effet, actuellement moins 1% sont orphelins de mère, 3% orphelins de père, alors qu'en 1971, 1.5% avaient vécu le décès de leur mère, 6% avaient vécu le décès d'un père.

Mais si de moins en moins de jeunes connaissent au cours de leur adolescence le décès d'un de leurs parents, ils assistent de plus en plus souvent à la séparation parentale, actuellement suivi dans près d'un cas sur deux d'une recomposition familiale. Si en 1971, 5% des jeunes avaient des parents séparés ou divorcés, cette proportion est passée à 20% (1993), 23% (1999) et 25% (2003). Ainsi, au cours du temps la nature des pertes parentales a changé et on est passé d'une perte définitive (décès) à une perte plus relative (la séparation).

Mais d'autres pertes peuvent affecter les adolescents, en particulier le décès des grands-parents, d'un frère ou sœur gravement handicapé, d'un ami ou d'un animal domestique.

### **5.b - LA MALADIE CHRONIQUE ET LE HANDICAP**

4% des jeunes scolarisés (ce qui exclut les plus atteints, souvent scolarisés à domicile ou institution) déclarent spontanément un handicap physique, 7% une maladie chronique. Ainsi près de 10% des jeunes souffrent de l'une ou de l'autre. Si les maladies respiratoires (dont l'asthme) et diabète sont les maladies chroniques les plus cités, on est surpris de voir explicité au niveau du handicap physique, à côté des handicaps locomoteurs, la notion de « laideur ». Certes rare, cette notion mérite pourtant d'être notée, car souvent ignorée et minoré par le corps médical. Et pourtant, être laid peut être vécu par le jeune comme un handicap bien plus invalidant qu'une infirmité physique et dont, de plus, il ne peut pas parler, ni avec le médecin, ni avec l'entourage.

Ce qui rend le handicap ou la maladie chronique le plus insupportable pour un jeune, est sa visibilité. Ainsi, la notion de gravité n'est pas identique pour le médecin que pour le jeune.

Force est de constater que le jeune qui souffre d'un handicap ou d'une maladie chronique veut en premier lieu vivre comme tout le monde (voire plus, ils sont ainsi plus que les autres consommateurs d'alcool, de tabac et de cannabis !), alors que son entourage, en particulier son médecin traitant, mais aussi les parents, va le considérer le plus souvent comme un « malade ». Ce décalage rend l'échange difficile mais aussi la prévention, souvent négligée. Ainsi on constate que les parents, tout comme les médecins, leur donnent moins d'informations utiles qu'aux autres jeunes, en particulier à propos de la sexualité et de la contraception, alors que leur vie sexuelle et relationnelle ressemble étonnamment à celle des autres jeunes....

### **5.c - LES ACCIDENTS DE LA ROUTE**

L'accident de la route est la première cause de décès des 15-24 ans, loin devant le suicide, le cancer ou l'homicide. Malgré la diminution récente des accidents mortels, force est de constater que son taux reste élevé chez les jeunes, et plus important en France qu'ailleurs.

Parmi les accidents « de la vie quotidienne », les accidents de sport devancent de très loin (environ 12-13% en ont eu durant les 12 dernier mois)<sup>77</sup> les autres accidents comme les accidents de moto ou de mobylette, les accidents de voiture, les accidents d'atelier ou tout autre type d'accident. Au total il y aurait autant d'accidents de sport que tous les autres accidents réunis !!! Même si les données suggèrent que les accidents non mortels ont diminué depuis une vingtaine d'années.

Reste des constantes, quelle que soit les époques, les accidents concernent plus les garçons que les filles, plus les ruraux que les urbains, plus les jeunes que les plus âgés.

Est-ce que l'accident équivaut à une prise de risque, voire à une tentative de suicide ? La question est souvent posée. Or si l'accident de sport et de circulation est lié à la prise de risque, son rôle de « équivalence suicidaire » n'est pas du tout établi, bien au contraire. D'abord, parce la tentative de suicide comparée à l'accident est plus liée à la souffrance qu'au goût du risque, et qu'elle concerne plus les filles que les garçons. Reste que les jeunes qui ont de multiples accidents dans l'année se rapprochent des jeunes en souffrance psychologique.

### **5.d - LES ABUS SEXUELS**

Les abus sexuels sont en même temps une grande question à l'âge de l'adolescence et en même temps un grand tabou. Et pourtant, 1.9% des garçons et 9.4% des filles ont été

<sup>77</sup> Baromètre santé 2000

victimes de violences sexuelles<sup>78</sup>. Ainsi, l'agression sexuelle, contrairement aux autres agressions subies, est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Mais si la proportion de garçons victimes reste stable avec l'âge (ce qui signifie que cette violence intervient précocement chez les garçons), la proportion de filles victimes passe du simple au double entre 14 ans (6%) et 18 ans (12%). Entre 1993 et 2003, elle a d'ailleurs augmenté chez les filles, en particulier parmi les élèves de 17 ans (de 7% en 1993 à 11% en 2003).

Les victimes de violences sexuelles souffrent de troubles comparables à ceux des victimes de traumatismes graves. Ainsi, elles sont plus nombreuses à souffrir de plaintes somatiques, en particulier des troubles du sommeil, à avoir fait une fugue, voire une tentative de suicide (d'ailleurs, les suicidantes sont 28% à avoir subies une violence sexuelle<sup>79</sup>), à fumer régulièrement du tabac, à s'enivrer régulièrement et, pour les garçons, à prendre des drogues illicites, cannabis comme autres drogues. Mais surtout, de façon paradoxale, les jeunes qui ont subi des violences sexuelles sont nettement plus violents eux mêmes. Ainsi la violence subie fait partie d'un triptyque redoutable : violence subie-violence agie-violence sur soi.

Mais la violence sexuelle n'est pas seulement la tentative de viol ou le viol. Elle concerne probablement aussi la pornographie à répétition, chez les filles comme chez les garçons. En effet, les études montrent que les facteurs associés à pornographie sont les mêmes que ceux associés à la violence sexuelle (fugue, tentative de suicide, troubles fonctionnels, tabagisme, ivresses répétées), mais surtout, parmi les facteurs qui expliquent les troubles et conduites à l'adolescence, la pornographie occupe une place importante, juste derrière la violence subie et bien avant la dissociation familiale et la scolarité.

### **5.e - LA CICATRICE (LES ACCIDENTS DE PIETON, LA VIE)**

Chaque accident a un contexte et une histoire, avant comme après. Dans une population départementale, 10% des jeunes avaient des séquelles d'accidents<sup>80</sup> et <1% des séquelles graves. Ce qui représenterait l'équivalent de 40 000 à 60 000 jeunes. Et les accidents de la route, qui ne sont qu'une partie des accidents à l'adolescence, produisent chaque année environ 2 500 blessés graves chez les 15-17 ans, qui ne sont qu'une partie des adolescents en France. On parle peu de ceux qui, à vie, vont garder des séquelles de leur accident et on ne connaît pas leur devenir. Mais on peut imaginer que leur devenir (on rappelle ici que la durée de vie d'un adolescent est environ de 60 ans après l'âge de sa majorité) ne va pas aller de soi, qu'il s'agit de leur devenir professionnel, familial et personnel. Notons que, parmi les jeunes qui sont sous mandat judiciaire, 60% des garçons et 45% des filles déclarent avoir des cicatrices liés à accidents, et ce dès l'âge de 14-15 ans<sup>81</sup>.

Mais « la cicatrice » ne concerne pas que les accidentés. Elle peut aussi concerner ceux qui se sont fait mal volontairement ou qui ont subi des violences d'autrui. Ainsi, dans une population de jeunes consultants en infirmerie<sup>82</sup>, 15% des garçons et 19% des filles se sont coupées ou brûlées volontairement au cours de l'année, respectivement 8% et 9% plusieurs fois. Parmi les jeunes de la PJJ, 34% des garçons et 33% des filles ont des cicatrices de brûlures, mais respectivement 6% et 41% victimes de violences sexuelles, 24% et 34% victimes de coups...

<sup>78</sup> Choquet et al. Rapport violences

<sup>79</sup> Choquet & Granboulan les jeunes suicidants à l'hôpital, 2004

<sup>80</sup> Choquet & Ledoux, enquête Sud Haute Marne 1988

<sup>81</sup> Choquet M., Hassler C., Morin D. Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après. 2003.

<sup>82</sup> Choquet M., Pommereau X., Lagadic C., Cottin K. Les élèves à l'infirmerie scolaire, Inserm, 2001

## 6 - CE QUI FAIT PEUR

Certains comportements ou troubles font peur. Peur aux jeunes, peur aux parents, qui redoutent souvent le pire, peur aux enseignants. Non seulement les « conduites à risque » font partie de ce que redoutent les adolescents comme les adultes, mais aussi événements incontrôlés ou incontrôlables qui peuvent être traumatiques à court ou long terme.

### 6. a - LE DEBUT DES ADDICTIONS ET DES TRANSGRESSIONS, CONSOMMATION DES PARENTS

A propos de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, l'enquête ESPAD est la première enquête européenne (35 pays d'Europe participants en 2003) à intervalle régulier (l'enquête se déroule tous les 4 ans depuis 1995) auprès d'un échantillon représentatif d'au moins 2000 élèves âgés de 15-16 ans (l'année de naissance étant le critère de sélection). Lorsqu'on compare la France à d'autres pays sur la consommation actuelle, on observe que:

- La consommation de substances psychoactives est déjà bien présente parmi les jeunes de 16 ans : 90% ont déjà bu de l'alcool, deux élèves sur trois ont déjà fumé des cigarettes, 43% ont déjà été ivre, 40% ont déjà fumé du cannabis et 17% ont déjà pris des tranquillisants ou des sédatifs. Dans tous les pays l'ordre des substances est à peu près le même avec l'alcool en tête, suivi du tabac, du cannabis, puis des médicaments contre la nervosité ou l'insomnie.
- Mais l'ordre des substances se modifie sensiblement quand on regarde leur consommation plus régulière. En effet, le tabac vient alors en tête, avec 23% des jeunes qui fument quotidiennement, alors que le cannabis et l'alcool se « disputent la seconde place : 7% des 15-16 ans ont bu au moins 10 fois durant le dernier mois une boisson alcoolisée, 7% de ce même groupe d'âge ont pris du cannabis au moins 10 fois durant le dernier mois et 3% ont été ivre au moins 3 fois durant le dernier mois.
- Force est de constater que la poly-consommation est en augmentation. En France actuellement les jeunes consomment souvent plusieurs substances, pas toujours en même temps (même si durant une soirée, ils peuvent en prendre plusieurs, mais successivement, selon le besoin, les circonstances, la disponibilité et l'effet recherché. Est-ce cette poly-consommation qui fait percevoir la consommation différemment?
- Il existe de grandes différences entre les pays Européens, mais pas toujours dans le sens attendu ! Ainsi la France ne vient pas en tête pour la consommation d'alcool et la consommation de tabac. Pour l'alcool, ce n'est pas dans les pays viticoles que les jeunes boivent le plus, loin de là. Le Danemark, le Royaume Uni et l'Irlande les dépassent largement, autant sur la consommation régulière (qui, pourtant est un modèle méditerranéen...) que sur la recherche d'ivresse ; la France se situe plutôt en queue de peloton. Pour le tabac, l'Autriche et les pays de l'Est de l'Europe sont les plus consommateurs de tabac, la France se situe dans la moyenne. Elle est parmi les pays de tête pour le cannabis et les médicaments, sédatifs ou tranquillisants. Avec la Suisse et le Royaume Uni, elle vient en tête pour le cannabis alors que cette substance a peu de partisans dans les pays scandinaves. Avec la Pologne, elle vient en tête pour la prise de sédatifs ou somnifères alors que, sur ce point, le Royaume Uni tout comme l'Irlande se situent en queue. La Suède se caractérise par une faible consommation de toutes les substances. La consommation de cannabis y est particulièrement faible et elle se caractérise aussi par une faible mortalité accidentelle

## 6. b - LA FUGUE

Quand un jeune déclare une fugue, ce n'est pas un simple départ chez soi sans dire où on va. En effet, la fugue concerne environ 5% des jeunes (garçons comme filles), alors que le départ « sans dire où on va » en concerne 30%<sup>83</sup>. Donc à ne pas confondre !!!

Si la fugue est souvent banalisée, elle est associée aux troubles les plus graves de l'adolescence, comme la tentative de suicide (la majorité des suicidants ont aussi fait une fugue, avant ou après leur TS), la violence sexuelle subie, les ivresses répétées, l'absentéisme scolaire. Pas étonnants alors qu'on trouve une proportion de fugueurs élevée parmi les jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse (22% parmi les garçons, 40% parmi les filles).

La fugue est souvent une « alternative » à un acte plus grave, comme la tentative de suicide, qui joue avec la mort ou à un acte « équivalent », comme l'absentéisme scolaire. Mais les risques encourus lors d'une fugue ne sont pas anodins, dont le premier est la violence subie, physique ou sexuelle.

Mais les fugueurs ne sont pas que des victimes, ou sujets à la victimisation. Ils sont aussi plus violents, plus consommateurs de tabac, d'alcool, de drogues illicites.

Tout converge vers la conclusion suivante : les troubles de la conduite « explosent » chez le jeune fugueur. Le considérer comme « sauvé » une fois revenu au domicile familial serait une erreur grave, car, au vu des troubles associés, on ne peut que redouter une récurrence. D'ailleurs, un quart des fugueurs font une nouvelle fugue dans l'année. Et parmi les jeunes sous mandat judiciaire, cette proportion monte à près de 50%.

Ces quelques chiffres incitent à prendre en compte le "phénomène suicide", dont voici quelques repères.

Si depuis 1986, le taux de mort par suicide diminue et ce, après une période de forte augmentation entre 1975 et 1985, reste que tous les ans, entre 600 et 800 jeunes se donnent la mort. Parmi les jeunes, les garçons sont plus concernés que les filles, les 20-24 ans plus que les 15-19 ans. L'âge de l'intégration sociale et professionnelle s'avère donc être une période de vulnérabilité accrue, en particulier pour les garçons. Les modes les plus utilisés sont l'arme à feu et la pendaison.

Mais le passage à l'acte suicidaire non suivi de décès (« les tentatives de suicide ») augmente : entre 40 000 et 60 000 sont hospitalisés pour une tentative de suicide, sans compter ceux qui passent à l'acte sans être hospitalisés, et qui concerne plus d'un adolescent sur deux. La TS est plus fréquent parmi les filles que les garçons. En 2003, 5% des garçons et 11% des filles avaient déjà fait une TS durant la vie. Dix ans avant, en 1993, ils étaient 5% (garçons) et 8% (filles). Seulement un sur quatre d'entre eux a été hospitalisé. Dans la majorité des cas, la tentative de suicide a été perpétrée par intoxication médicamenteuse. 37% des suicidants sont des récidivistes, pour 56% d'entre eux le délai entre les tentatives n'excède pas un an.

Les facteurs familiaux s'avèrent plus importants que les facteurs sociaux. Les principaux facteurs sont les antécédents familiaux (de suicide, de maladie mentale ou d'alcoolisme), le dysfonctionnement familial (manque d'intérêt, hostilité ou un excès d'intérêt des parents), la violence intrafamiliale (en particulier la violence physique et sexuelle), mais aussi la dissociation familiale (par divorce ou par décès) et le placement précoce (en établissement collectif ou en garde complète). Mais, plus que la présence d'un seul des facteurs, c'est leur cumul qui importe (avec un risque suicidaire multiplié par 7).

Quant aux troubles qui précèdent fréquemment l'acte suicidaire, on retrouve soit des troubles d'ordre somatique (avoir une maladie grave, avoir été hospitalisé, être très fatigué),

<sup>83</sup> Choquet M., Pommereau X., Lagadic C., Cottin K. Les élèves à l'infirmerie scolaire, Inserm, 2001

soit des troubles d'ordre psychologique (avoir des problèmes de sommeil, d'appétit), soit des troubles d'ordre comportemental (fuguer, fumer ou boire régulièrement, s'enivrer, consommer des drogues illicites). Le cumul de ces troubles augmente le risque de passage à l'acte et surtout de la récidive.

Contrairement à ce que l'on croit, les jeunes suicidants sont souvent des consultants de la médecine de ville, de l'infirmier scolaire ou de l'hôpital. Ils sont aussi souvent des consultants des consultations pour adolescents et des usagers de la téléphonie sociale. Tout se passe donc comme si ces jeunes sont en demande permanente de soins, même si la demande exprimée ne concerne pas toujours leur malaise, et encore moins leurs pensées suicidaires...

## **6. c - LA VIOLENCE<sup>84</sup>**

La " violence " couvre une diversité de conduites, de la violence verbale, aux bagarres et entre jeunes, vols (incluant la revente des objets volés), actes racistes, violence sur enseignant, le fait de mettre le feu, racket ou utilisation d'une arme. La fréquence de survenue de ces conduites diffère d'une conduite à une autre. Dans l'année:

- Plus de 25% des 12-18 ans ont été auteurs de violences verbales, ont participé à une bagarre, ont volé dans une boutique.
- Entre 15% et 25% des 12-18 ans ont « provoqué une bagarre », ont « donné des coups », « ont volé un objet d'une valeur >15 € », « ont été auteurs de dégradation de biens public ou privés ».
- Entre 5% et 15% des 12-18 ans ont « vendu des objets volés », « ont été auteurs d'actes racistes ».
- Moins de 5% des 12-18 ans ont « frappé un professeur », « ont mis le feu aux affaires des autres », « ont utilisé une arme pour obtenir quelque chose de quelqu'un ».

Les conduites violentes sont plus le fait des garçons et pour la majorité des conduites, on a environ deux fois plus de garçons que de filles. Quant au taux de répétition (dans l'année), il oscille entre 21% (1 fille sur 5 qui a frappé un professeur l'a fait au moins deux fois) et 63% (6 garçons sur 10 qui ont vendu des objets volés ont recommencé) et ce dès l'âge de 12 ans, mais toujours plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Entre 12 et 18 ans, les conduites de violence n'évoluent pas toutes de la même façon, mais l'augmentation est de règle pour les vols, la vente d'objets volés, l'utilisation d'une arme, la dégradation des biens publics ou privés et le racket, alors que pour les violences verbales et les bagarres, ils augmentent en début d'adolescence (12 et 14-16 ans) pour diminuer ensuite.

L'école est le premier lieu de violence verbale et physique, mais, avec l'âge, la violence se déplace de plus en plus vers « l'extérieur », dans la cité. Les conduites violentes concernent surtout (mais pas exclusivement, loin de là) les collégiens, en particulier les élèves de SEGPA, et des élèves de Lycée Professionnel. La violence des adolescents est rarement intrafamiliale. Toutefois, 32% des filles victimes de coups le sont dans leur famille.

La majorité des conduites violentes étudiées a augmenté entre 1999 et 2003, mais les vols et dégradation des biens publics et privés plus que les autres conduites de violence. Cette augmentation concerne autant les garçons que les filles, mais plus les élèves de lycée professionnel que ceux de l'enseignement général, plus les ruraux que les urbains, plus les élèves non ZEP que les élèves ZEP. Tout se passe donc comme si les actions menées particulièrement en milieu urbain ZEP ont porté des fruits, alors que la violence a augmenté ailleurs.

<sup>84</sup> Choquet M., Hassler C., Morin D. Violence des collégiens et lycéens : constats et évolutions. Rapport de Recherche, 2004

Comme on l'a déjà dit ailleurs, violence agie et subie s'avèrent très fortement associés. Les élèves qui ont subi des violences sont entre 5 et 19 fois plus nombreux à être violents que les non victimes. Les élèves violents sont aussi 5 et 19 fois plus nombreux à avoir subi des violences, preuve qu'il s'agit d'une liaison « en spirale », qui, à elle seule, explique les conduites violentes à l'école. Au regard de ce facteur, tous les autres, en particulier les facteurs sociaux et familiaux, s'avèrent mineurs.

#### **6.d - LA VIOLENCE DES FILLES**

La violence féminine existe (voir plus haut), mais est, en population générale, nettement moins fréquente que la violence masculine. La seule violence où les filles se rapprochent des garçons, sans les dépasser, est le vol.

Mais la violence des filles qui sont sous protection judiciaire de la jeunesse fait exception et en nette augmentation depuis 7 ans. Elle est alors plus sauvage – concerne alors le fait de mettre le feu (6%), utiliser une arme (14%) ou frapper ses parents (16%). Mais il ne faut pas oublier que ces filles sont aussi plus souvent victimes de coups (34%), de vols (21%), mais surtout de violence sexuelle (41%). Tout se passe donc comme si les filles qui se font violenter, ne se laissent plus faire ou se limitent à une autodestruction (TS ou autre). Non, maintenant elles s'autodétruisent encore (44% des filles de la PJJ ont fait au moins une tentative de suicide durant la vie), mais surtout elles détruisent aussi tout ce qui les entoure. La spirale violence subie-violence sur soi-violence agie, qui a toujours existé, a maintenant atteint un niveau sans précédent chez les filles.

#### **6.e - LA PORNOGRAPHIE**

Selon les adultes, la pornographie est un plaisir, une liberté aussi. Sans avoir des chiffres exacts sur le nombre d'adultes qui visionnent des films pornographiques, vu le marché généré, il est certain que cela est important.

A 14 ans, 61% des garçons et 32% des filles ont vu du X à la télé (câblée), respectivement 49% (garçons) et 18% (filles) en vidéo et 48% (garçons) et 15% (filles) par internet. Bien sûr, ces proportions augmentent légèrement avec l'âge. En effet, à 18 ans, 70 % des garçons et 38% des filles ont vu du X à la télé respectivement 58% (garçons) et 21% (filles) en vidéo et 51% (garçons) et 12% (filles) à la télévision.

Si les filles ont un avis diamétralement opposé à celui des garçons (près de 80% des garçons disent que cela leur plait alors que 80% des filles sont dégoûtées, choquées), reste que, parmi ceux qui regardent régulièrement le « porno », les troubles et conduites sont les mêmes pour filles et garçons. Avec en premier une fréquence des tentatives de suicide, les ivresses répétées et la consommation régulière de cannabis, et ce toute autre facteur de vulnérabilité sociale, scolaire ou familiale par ailleurs. D'où l'hypothèse : pornographie = violence subie...

#### **6. f - LE TROC ET LE DEAL**

Parmi les comportements de violence, on a étudié, auprès de plus de 30 000 jeunes, la revente des objets volés. 13% des garçons des filles ont déjà vendu des objets volés durant l'année en 2003, proportion quasiment identique à ce que l'on avait observée en 1999. Cette conduite augmente très sensiblement avec l'âge chez les garçons et passe de 3% à 12 ans à 21% à 18 ans. Elle reste stable chez les filles. Cette conduite est toutefois plus élevée en milieu urbain (en particulier en IDF) qu'en milieu rural, plus élevée en ZEP (et ce malgré la diminution de cette conduite en ZEP entre 1999 et 2003) qu'en non ZEP, plus parmi les

élèves de lycée professionnel que parmi ceux de l'enseignement classique, moderne (quasiment le double) mais autant dans l'enseignement privé que dans l'enseignement public.

### **6. g - LE VOL**

Le vol est fréquent à l'adolescence, puisque près d'un tiers des jeunes ont déjà volé durant l'année, les garçons à peine plus que les filles. Mais le vol dans une boutique se détache nettement des autres conduites de vol, comme le vol d'un objet d'une valeur de plus de 15 Euro ou le racket en particulier chez les filles. Avec l'âge, la conduite de vol augmente, surtout celle des objets d'une valeur de > 15 Euro. Parmi les jeunes sous mandat judiciaire, le vol est plus répandu qu'en population scolaire, mais pas autant qu'attendu. En effet, 43% des jeunes PJJ (garçons comme filles) ont déjà volé (contre 30% parmi les scolaires). Mais ce qui caractérise les jeunes PJJ c'est surtout les conduites les plus graves que sont le vol d'objets de valeur, la revente des objets volé ou le racket.

Les jeunes victimes de vol représentent 15% des garçons et 13% des filles, proportion en diminution avec l'âge, chez les filles comme chez les garçons.

### **6. h - LA DEGRADATION DES BIENS**

Les modes de dégradation de biens peuvent être multiples :

- Abîmer exprès des biens publics ou privés. Ce comportement est déclaré par 20% des élèves de 12-18 ans et l'est plus souvent par les garçons (25%) que par les filles (15%)
- Mettre exprès le feu aux affaires de quelqu'un durant les 12 derniers mois : ce comportement est nettement plus rare que le précédent (<3% des élèves 12-18 ans déclarent l'avoir déjà fait) et concerne quasi exclusivement les garçons (3,6% contre 0,9% des filles).

Ces comportements évoluent avec l'âge, surtout entre 12 ans et 17 ans (16 ans pour les filles) pour diminuer ensuite.

Entre 1999 et 2003, la dégradation a sensiblement augmenté parmi les jeunes, de + 25%, chez garçons et filles, et ce quel que soit le milieu social. C'est même dans les établissements privés que la dégradation des biens publics ou privés a le plus augmenté.

Reste que la dégradation a connu sa plus nette augmentation dans les établissements hors ZEP (alors qu'en ZEP cette conduite est restée stable) et en milieu urbain...

### **6. i - LA DELINQUANCE**

Tout au long de ce livre on a parlé des conduites violentes, certaines plus « ordinaires » d'autres plus graves, surtout quand il y a atteintes sur les personnes. En effet, parmi les délits ceux sur les objets dépassent ceux sur les personnes. L'ensemble de ces conduites étant répréhensibles par la loi, il est difficile de dire qu'il y a une délinquance grave et une délinquance pas grave, tout au plus on peut conclure qu'il y a celle qui est répandue et celle qui ne l'est pas. Reste toutefois que les délits qui sont les moins répandus sont aussi ceux qui sont les plus masculins et qui, pour eux, augmentent le plus avec l'âge. Ainsi, chez les garçons, le racket passe de 1.2% à 2.8% entre 12 et 18 ans, les violences sur enseignant de 1.4 % à 3.3%, le fait de mettre le feu de 1.6% à 3.3% et le fait d'utiliser une arme pour obtenir quelque chose de quelqu'un de 2.7% à 7.6% la vente des objets volés passant de 3% à 21%. Ainsi, on a en fin d'adolescence plus de jeunes qui ont vendu des objets volés que de jeunes qui ont provoqué des bagarres.

Mais la délinquance concerne, bien sûr, aussi les jeunes sous protection judiciaire de la jeunesse (par mesure pénale : 78% contre 56% en 1997, par mesure civile : 38% contre 20% en 1999). Les garçons sont surtout dans les délits les plus graves, comme la violence sur enseignants, alors que les filles se distinguent par les bagarres tous azimuts (surtout les bagarres répétées), l'utilisation d'une arme et la violence sur enseignants. D'où une conclusion de taille : ce qui a le plus changé parmi les jeunes PJJ, ce sont les filles, pour qui la violence a explosé...

### **6.j - L'ADOLESCENT « CHAMPION »**

8% ont une pratique sportive intense, les garçons plus que les filles.

Les enquêtes épidémiologiques montrent que les jeunes qui font au moins 8 heures de sport par semaine et plus particulièrement ceux qui pratiquent en compétition sont en risque d'accidents, de conduites violentes (bagarres, vols, délits graves et ce, pas seulement dans le cadre de la pratique sportive), de consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, somnifères, sédatifs et pas seulement les anabolisants), alors que les jeunes qui ont une pratique sportive modérée (entre 1 et 8 heures par semaine) semblent plus « protégés », les non-sportifs ayant aussi des risques augmentés. Les risques liés à cette pratique « intense » seraient particulièrement élevés chez les filles, qui, en plus ont un risque de troubles des conduites alimentaires (restriction alimentaire, anorexie). Il y aurait donc différents types d'usage du sport, comme il y a différents types d'usage de l'alcool ou des drogues. Les usages modérés du sport semblent réguler les conduites à risques alors que les usages intensifs semblent les accentuer.

Bien sûr, on ne peut conclure à une relation de « cause » à « effet » entre sport et conduites à risque, mais il convient de voir la pratique sportive dans un cadre plus large de la vie des adolescents, où les conduites de risque, tout comme la pratique sportive, peuvent être présents chez le même individu. Ainsi on dément deux idées reçues : la première selon laquelle le sport à lui seul permet de prévenir la consommation des substances ou les violences, les liens étant évidemment plus complexes ; la seconde selon laquelle certaines conduites seraient limitées dans le cadre sportifs (comme la violence sur les stades, la bagarre dans le stade, les anabolisants pour améliorer les performances sportives) alors que les études montrent un risque plus général.

Il existe néanmoins un certain nombre de risques directement inférés par la pratique sportive. Deux d'entre eux semblent toucher les jeunes de manière conséquente.

- 1) Le premier risque est le surinvestissement de la pratique sportive. En soi, un investissement important dans une pratique sportive n'est pas néfaste. Cependant, il arrive assez fréquemment que cet investissement déborde le cadre sportif et entre en concurrence avec la scolarité. On voit ainsi parfois des jeunes qui suivent des entraînements dans plusieurs clubs à la fois, ou qui négligent les activités scolaires pour privilégier le sport, notamment des garçons. S'il est vrai que, parfois, les métiers du sport peuvent offrir des opportunités, il n'en reste pas moins que les ouvertures sur l'emploi ne sont pas si nombreuses. Et l'on voit ainsi des jeunes dont les difficultés scolaires s'accroissent alors même que le sport n'offre que peu de recours. Le surinvestissement est lié de manière très claire à une idéologie sportive qu'on retrouve partout, quand bien même les objectifs des clubs ne sont pas de faire de la performance ou de fabriquer des champions. Le plaisir acquis dans le sport, la recherche incessante de la progression, la volonté de repousser les limites créent aussi les conditions de déceptions profondes, quand les objectifs ne sont pas

atteints, voire de dégoût, quand les sportifs ont l'impression d'avoir été trompés sur leurs chances de succès.

- 2) Le second risque, qui touche de manière très importante les jeunes sportifs : est l'accident sportif. 43 % des garçons et 32 % des filles qui ont une pratique sportive ont eu un accident de sport durant l'année contre 22 % et 19 % des non-sportifs. La proportion d'accidentés augmente avec l'intensité de la pratique. Sylvain Aquatias explique comment apparaît une normalisation des accidents, considérés comme banals, comme l'est le fait de " se faire mal ". Les blessures ne donnent pas toujours lieu à consultation et les temps de convalescence sont rarement respectés jusqu'au bout. Les jeunes décident souvent eux-mêmes de ne pas consulter ou de reprendre le sport prématurément. Mais il semble aussi exister une relative tolérance des entraîneurs à ces comportements qu'ils ont eux-mêmes adoptés en tant que sportifs. On voit ainsi des jeunes qui arrêtent ou qui limitent leur pratique sportive après une blessure importante ou après qu'une succession de blessures les aient fragilisés. Si l'on ne peut dire que ces accidents soient graves ou handicapants, il n'en reste pas moins que l'intégrité physique de ces jeunes est atteinte. On voit aussi bien ce phénomène dans les clubs axés sur le sport ludique même si, probablement, ils sont plus importants dans les clubs de performance. L'idéologie sportive se diffuse dans tous les clubs, montrant à l'évidence que les valeurs sportives se transmettent de manière implicite, quel que soit le cadre d'usage et constituent des normes facilitant sinon les accidents, à tout le moins leur aggravation.

## **CONCLUSION**

1. Dans les enquêtes épidémiologiques, il y a de moins en moins de données sur la vie quotidienne des jeunes, sur la diversité des expressions, sur sa famille autre que les parents.
2. La complexité des échelles pour étudier chaque conduite diminue la possibilité d'étudier les facteurs associés de façon fine. Ainsi on étudie toujours les mêmes variables, (comme par exemple la dissociation familiale), réduisant ainsi la vie des jeunes à quelques facteurs explicatifs. Tout est de plus orienté vers la connaissance du comportement déviant ou délictueux. Les savoirs sont donc très parcellaires.
3. La différence garçons filles est importante et persiste, non seulement, dans les troubles, les facteurs associés mais aussi au niveau de la demande d'aide. Les garçons viennent moins consulter donc il faut aller les chercher dans les lieux qu'ils fréquentent (clubs de loisirs, sport ou autres) et les aborder avec des modes d'action différents (moins sur la parole, plus sur le « faire ensemble »).
4. Les inquiétudes des adultes portent plus sur l'hygiène, la maladie, la contagion, la précarité etc., plutôt que sur la qualité relationnelle. Or les troubles des jeunes ont moins à voir avec la santé somatique que sur la santé relationnelle.
5. Définir les jeunes uniquement par leurs conduites à risque est potentiellement dangereux et ne permet pas de mettre l'accent sur les aspects positifs.

6. Il est nécessaire de se méfier des mesures à priori généreuses qui peuvent être contreproductives. Ainsi il est préférable de :
- Faire le bon diagnostic est une façon de préparer la prise en charge et à éviter le découragement des équipes d'intervention (voir par exemple enseignement à domicile)
  - Faire de l'évaluation permet aussi de montrer ce qui marche.
  - Prendre en charge non seulement de la personne, mais aussi de l'entourage, notamment les frères et sœurs. En particulier quand il y a un traumatisme grave (toxicomanie, TS, suicide, maladie grave ou handicap, condamnation, prison).

7. Il n'est jamais trop tard pour intervenir. La crise est toujours potentiellement réversible. Elle n'est jamais anodine ou banale ou encore un simple « chantage », elle est toujours à prendre très au sérieux

Il s'agit de favoriser le dialogue avec l'adolescent, de l'entourer et de le soutenir sans juger ni moraliser ses attitudes ou idées suicidaires et lorsque cela est possible l'aider à parler avec sa famille.

Il faut l'accompagner vers des professionnels. D'abord les professionnels les plus familiers et proches de l'adolescent : infirmières scolaires, assistantes sociales des collèges ou lycées, médecins scolaires, médecins de familles, pédiatres...

Existe-t-il des lieux spécialisés pour ces situations ?

Il existe des lieux spécialisés dans l'écoute, l'accompagnement et le suivi des adolescents en souffrance. Certaines villes possèdent des Maisons de l'Adolescents qui ont été conçues notamment pour accompagner et suivre facilement ces adolescents. Les « points écoute jeunes » ou les « espaces santé jeunes », les centres médico-psychologique (CMP) ou médico-psycho-pédagogiques (CMPP) mais aussi les psychiatres en cabinet peuvent également répondre à ces besoins.

Il ne faut pas hésiter à accompagner l'adolescent aux urgences si la situation est critique. Les parents et la famille ont une place primordiale et seront impliqués le plus possible dans les prises en charges.

### **Comment prévenir les récurrences ?**

Il s'agit d'une démarche très importante. Les récurrences sont fréquentes et le plus souvent les suicides "réussis" surviennent après plusieurs tentatives. Cette prévention, c'est à dire éviter que cela ne recommence, est le but principal de la prise en charge et des actions à réaliser.

Un suivi psychologique doit être toujours proposé. Il est risqué cependant de donner simplement le conseil « d'aller voir un psy ». Les adolescents ne s'y rendent pas facilement, surtout s'ils restent seuls dans cette démarche. Il faudra souvent un accompagnement, au minimum un rendez-vous chez un psychiatre ou un psychologue pris, fixé et donné directement à l'adolescent.

*Marie Choquet, INSERM*

## 4 – LA PRISE DE RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS (11H15)

**Pauline BOUVIER, Pauline CHEVILLON, Mathilde LEGUYADER**

*Stagiaires assistantes de service social en deuxième année de formation à l'IRTS de Bretagne*

### PRÉSENTATION

Dans le cadre de notre formation, il nous était proposé des ateliers d'expertise sociale. La thématique de l'adolescence avait été retenue par notre centre de formation. Suite à un premier échange au sein de la promotion, la question de la prise de risque est ressortie des débats. On a donc formé trois groupes : adolescents, parents, professionnels afin de confronter les points de vue et de creuser les différences.

Méthode employée: entretiens semi-directifs, sur divers terrains, milieux (rural/urbain), milieu spécialisé ou plus général, selon l'âge. Il s'agit d'aller interroger les trois publics cités sur leurs perceptions de la prise de risque.

Au-delà du recueil de données, ce travail a initié une véritable réflexion au sein de chaque groupe d'étudiants et entre l'ensemble des groupes.

On n'a pas fait de grandes découvertes mais on est reparti des bases ; on s'est questionné sur ce qu'était la prise de risque et les représentations de chacun.

Dans notre présentation on vous propose de partager quelques éléments de synthèse de nos investigations au sujet de la prise de risque à l'adolescence qui est le thème de notre étude.

#### **I- LA PRISE DE RISQUE DES ADOLESCENTS VUE PAR LES ADOLESCENTS**

- La définition même de la prise de risque est variable selon le sexe et l'âge. Les garçons décrivent des prises de risques plus dangereuses au plan physique (conduire en état d'ivresse, consommer des drogues...). Les plus jeunes prennent des risques moins conséquents (sécher un cours, fumer une cigarette...). Avec l'âge la prise de risque s'accroît jusqu'à trouver une stabilisation quand une projection dans l'avenir devient possible et permet une certaine responsabilisation.
- L'influence du groupe est particulièrement marquante dans les propos des jeunes. Les ados peuvent se mettre en danger dans une volonté d'intégration au groupe de pairs ou de reconnaissance par ce groupe de pairs (affirmation de soi au travers le regard de l'autre)
- Pour un certain nombre d'entre eux, c'est la confrontation à la sanction (ou tout du moins au cadre) qui permet de conscientiser la prise de risque. Le cadre, lorsqu'il surgit, agit comme un baromètre qui permet à l'adolescent de mesurer le caractère grave / illégal de l'acte posé. La prise de conscience interviendrait donc a posteriori du passage à l'acte.

- Explication à la prise de risque : parade à l'ennui, volonté de tester ses limites, prendre conscience de son corps, de son existence et avoir l'impression de maîtrise sur sa vie, sentiment de toute puissance.

## **II- LA PRISE DE RISQUE DES ADOLESCENTS VUE PAR LES PARENTS**

- L'expérience des parents en tant qu'ex-adolescents joue sur l'éducation qu'ils transmettent à leurs enfants. Leur propre adolescence constitue un repère (sur lequel ils vont s'appuyer ou qu'ils vont, bien au contraire, rejeter). Quel impact sur la manière de voir la prise de risque de leurs enfants ?
- La prise de risque vise selon les parents à défier l'autorité des figures des adultes (en particulier celle des parents) pour s'extraire du groupe familial afin de s'intégrer dans un nouveau groupe qui est celui des pairs.
- En ce sens, la coupure (rupture de communication) avec la famille apparaît comme un facteur de haut risque. Il y a ici une perte de maîtrise sur l'enfant. Notons que cette séparation n'est pas envisagée par les adolescents comme une prise de risque. Pour ces derniers, il n'y a pas incompatibilité entre le groupe de pairs et la famille.
- Les parents perçoivent la prise de risque comme une tentative de se construire. Cet aspect constructif n'a pas été abordé par les adolescents. Parallèlement, les parents n'envisagent pas la prise de risque comme une parade à l'ennui, argument fortement avancé par les ados.
- La prise de risque apparaît « tolérable » lorsqu'elle est vécue en tant que challenge, curiosité. Elle devient plus inquiétante lorsqu'elle est l'expression d'un mal être plus individuel. Cette prise de risque entraîne les parents dans la redéfinition permanent des limites (les marges de négociation seront alors variables en fonction des familles).

## **III- LA PRISE DE RISQUE DES ADOLESCENTS VUE PAR LES PROFESSIONNELS**

- Pour poursuivre sur l'idée de construction précédemment évoquée, les professionnels envisagent également cet aspect constructif. Il n'y aurait pas d'adolescence sans prise de risque (rite de passage/confrontation à la règle). Certains en viennent à indiquer qu'un enfant qui ne prend pas de risque serait en danger (blocage dans la construction identitaire). La séparation avec la famille n'est pas envisagée comme une fin en soi ni comme une prise de risque : il s'agit davantage d'une étape, d'un remaniement nécessaire de ce qui a construit le jeune pour aller vers la vie adulte.
- L'adolescence est une période de transition : de l'enfance (avec un cadrage fort) à la vie d'adulte (avec le processus d'autonomisation). La prise de risque est une nécessité alors que certains parents et adolescents eux-mêmes ne la voient pas comme obligatoire et peuvent envisager une adolescence sans prise de risque.
- Les professionnels soulignent la notion de plaisir singulier qui apparaît dans la prise de risque. Cette notion n'a pas été relevée par les adolescents pour qui il s'agit davantage de passer un moment agréable en groupe et non un plaisir individuel.
- Les professionnels en tant que spécialistes ont tendance aussi à percevoir la prise de risque d'un point de vue pathologique, à parler de symptômes, de mal-être chez l'adolescent.

- La prise de risque, bien que nécessaire, devient dangereuse quand elle n'est pas accompagnée. Il s'agit donc de garder un lien afin de « sécuriser » le franchissement de cette étape adolescente.

### **REFLEXION SUR NOTRE FUTURE PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

On a donc pu observer que cette réflexion autour de la prise de risque chez l'adolescence avait fait ressortir des divergences mais aussi des similitudes selon que l'on se place du côté du parent, du professionnel ou de l'ado. Se pose alors la question de la communication avec chacun d'entre eux pour le travailleur social puisque tous ne posent pas les mêmes mots, les mêmes explications à un même phénomène ?

Le travailleur social doit rester neutre, ne pas prendre davantage partie pour l'adolescent ou le parent, tout en restant une personne avec son propre vécu et sa propre expérience de l'adolescence ou de la parentalité. Alors comment conjuguer avec cette propre expérimentation qui vient indubitablement peser dans le regard que l'on porte à la question ?

Une compétence propre de notre profession est l'évaluation, comment apprécier la frontière entre une prise de risque constructive et un réel risque de danger pour l'adolescent ? Comment ne pas dramatiser et en même temps ne pas banaliser l'acte ? Comment évaluer, quels outils sont à notre disposition ou restent à construire ?

Même si en tant qu'étudiants on est à la recherche d'outils, de méthodes à appliquer, nous sommes conscients qu'il n'y a pas de réponse toute faite, que chaque situation est particulière. Nous sommes dans un métier de relations sociales, des sciences humaines qui sont loin d'être des sciences exactes.

Notre travail est donc d'accompagner, de soutenir les parents et les adolescents, en rassurant les parents et en présentant l'adolescence comme une étape incontournable. Le plus important, c'est de maintenir le lien, d'éviter la rupture avec l'adolescent et entre l'ado et ses parents. Travailler ensemble avec les parents et les adolescents pour éviter que la prise de risque à l'adolescence (qui est propre à cet âge) ne se transforme pas en véritable danger et source d'incompréhension entre les parents et leur jeune.

*Pauline BOUVIER,*

*Pauline CHEVILLON,*

*Mathilde LEGUYADER*

« FAMILLES ET ADOLESCENTS :  
DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

---

*Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009*

ATELIERS  
du 3 avril 2009

## ATELIER N°1

# COMPRENDRE LA DUPLICATION DES STRUCTURES TRANSGENERATIONNELLES

*Nicole RIVIERE, Isabelle MONTAGNE*

*Nicole RIVIERE et Isabelle MONTAGNE (France) : Thérapeutes initiées à la pratique du géosociogramme par Anne Ancelin-Schützenberger dans le cadre d'une association d'aide aux malades atteints du cancer et à leur famille pendant 7 ans, elles participent depuis 1999 au Groupe de Recherches Transgénérationnelles du « Jardin d'Idées » (Ecole Didier DUMAS) où elles co-animent les journées d'initiation à la pensée transgénérationnelle et à la pratique de l'arbre généalogique.*

L'arbre généalogique représente tous les éléments de notre histoire familiale. Le géosociogramme est une représentation de l'arbre généalogique qui permet de repérer les « fantômes » c'est-à-dire les structures psychiques pathogènes héritées de nos ancêtres, responsables des troubles transgénérationnels,

Ces structures hantent les descendants et handicapent leur capacité à vivre pleinement leur existence, coincés dans des schémas de vie dont ils n'ont pas la maîtrise.

Ce travail de repérage transgénérationnel permet la mise en évidence des défaillances de transmission (deuils impossibles, traumatisme de guerre, inceste, faillites ..., etc.) et leurs conséquences (cancer, asthme, stérilité, autisme, suicide, inhibitions scolaires, affectives, sociales).

Nous vous proposons d'explorer la généalogie d'un ou deux participants à cet atelier pour identifier ces structures.

➤ ***Pour en savoir plus, consultez le texte de M. Dumas (conférence du 2 avril)***

## ATELIER N°2

### ACCOMPAGNER DES ADOLESCENTS SUICIDAIRES : OUTILS D'INTERVENTION ET D'ÉVALUATION

L'équipe du Centre Jeunesse de Québec, Agathe Proulx et  
Richard Couture

#### **Agathe Proulx**

*Infirmière de liaison en santé mentale, elle est à l'emploi du Centre jeunesse de Québec depuis 1987. Pendant une quinzaine d'années, elle a occupé le poste d'infirmière clinicienne et responsable du service de santé auprès des adolescentes en difficulté. En 1995, elle s'intéresse de façon plus marquée à la problématique suicidaire et elle s'implique dans l'élaboration d'outils de prévention et elle participe activement au comité d'intérêt sur le suicide du Centre jeunesse de Québec. Depuis l'automne 2003, elle est rattachée à l'équipe de 2<sup>e</sup> niveau en santé mentale comme infirmière/agent de liaison. Équipe de soutien spécialisée en consultation sur la psychopathologie et le suicide par une approche biopsychosociale qui apporte soutien et piste d'intervention auprès des intervenants en lien avec les problématiques de santé mentale. De plus, elle participe activement au comité consultatif sur le suicide et agit comme formatrice.*

#### **Richard Couture**

*Psychologue en réadaptation interne au Centre jeunesse de Québec depuis 1982. Psychothérapie, consultation, évaluation de la personnalité et du risque suicidaire et/ou de violence auprès des jeunes, de même que debriefing, formation et supervision auprès des intervenants constituent ses principaux champs de travail. L'impact majeur des problématiques suicidaires et parasuicidaires sur les jeunes et les intervenants fait que cette thématique occupe une place privilégiée à l'intérieur de ses champs d'intérêt.*

Le suicide représente une problématique importante dans la société québécoise, qui touche de façon significative les adolescents. Plusieurs recherches ont démontré de plus que la présence de toxicomanie, de dépression et de troubles de comportement ou de personnalité constituaient des facteurs augmentant de façon très importante le niveau de risque suicidaire. Comme ces facteurs aggravants se retrouvent chez une grande partie de sa population, le Centre jeunesse de Québec a décidé de se donner des moyens concrets pour réagir de façon efficace et organisée à cette problématique.

Les principaux axes de travail développés sont la formation du personnel, le dépistage, la prévention, l'intervention, et la postvention. Tout le personnel clinique reçoit deux jours de formation sur la problématique suicidaire, de façon à développer sa connaissance et sa compréhension du sujet, mais aussi et surtout pour se sensibiliser à l'intervention la plus appropriée de même qu'à ce que ce type de situation et d'intervention peut lui faire vivre et comment il peut y faire face. Au niveau du dépistage, tous les nouveaux jeunes doivent remplir de façon systématique une grille d'investigation de la problématique suicidaire qui aborde très directement la problématique du suicide et ses principales composantes et qui permet déjà de cibler les jeunes nécessitant des interventions plus poussées à ce niveau. Plusieurs protocoles sont établis, définissant les interventions privilégiées lors de verbalisations suicidaires, de gestes parasuicidaires, de tentatives suicidaires ou de suicide complété. Enfin, toutes les personnes (jeunes, éducateurs, intervenants) confrontées à une situation de suicide ou de tentative suicidaire sont systématiquement rencontrées en postvention.

Au delà des moyens concrets mis en place, le Centre jeunesse de Québec s'est donné la mission d'aborder directement la problématique du suicide, d'en parler ouvertement, et de favoriser la formation et l'accompagnement du personnel pour s'assurer de l'intervention la plus rapide et la plus efficace possible.

## ATELIER N°3

### ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES EN SITUATION DE CRISE : « HORS DE LA FAMILLE, POINT DE SALUT »

*Dr Benoît ROBIN, Marie-Laure BERNARD, Anne FOURAGE, Laurence THIERRY*

Centre Régional du CHU de NANTES, incluant 3 Unités (Prévention-consultation, Accueil des Familles et Hospitalisation), pour adolescents et jeunes adultes en situation de crise, et articulé avec le réseau Ville-Hôpital (Maison Départementale des Adolescents...)

#### Résumé :

*A partir d'une situation clinique partagée, le Centre ESPACE (Espace Soins Prévention pour Adolescent en Crise) et la MDA (Maison Départementale des Adolescents) illustreront leur articulation et leur travail d'affiliation avec les familles. De l'éducatif au soin, de la stigmatisation psychiatrique d'un adolescent à l'expression psychologique d'une souffrance familiale, le retour de Serbie de cette famille expatriée, confrontée à une nouvelle réalité, a fait exploser dans la violence morale et physique les repères familiaux et institutionnels, réveillant brutalement des fantômes endormis dans le trans-générationnel.*

#### INTRODUCTION

Nous allons vous conter l'histoire d'un accompagnement familial toujours actuel entre la MDA et ESPACE (Espace Soins Prévention pour Adolescent en Crise), qui nous a très souvent déroutés et parfois sidérés. Aussi, nous profiterons de cet atelier à visée interactive pour continuer de nous interroger et **mettre à contribution "l'assistance"** que vous représentez, au sens propre du terme. Merci donc de vos remarques, éclairages et suggestions à venir.

Plutôt que de réaliser une synthèse erratique, nous nous laisserons guider au fil du temps des rencontres successives. Tout a commencé pour nous un soir d'octobre 2007, à la MDA de Nantes, mais laissons plutôt la parole à Mélanie qui a bénéficié du premier contact avec cette famille.

#### 1) A LA MDA (Mélanie CHIBRAC, accompagnant social)

#### RENCONTRES AVEC LES PARENTS : LES DEMANDEURS

La première rencontre à la MDA, en octobre 2007, s'est faite de façon "protocolaire" avec les parents de Ludovic, à savoir sur RV avec un accompagnant social et un psychologue.

Madame s'est présentée suivie de son mari, lui-même soutenu par une **paire de béquille** car, explique-t-il, son fils de 16 ans lui a cassé le genou. Ce qui pose rapidement le ton de la rencontre.

Madame dit d'emblée qu'ils sont une **famille d'« asociaux »**, qu'ils se sont repliés sur eux-mêmes, que leur vie a été rythmée ou plutôt découpée par des ruptures, des

déménagements successifs à travers le monde, en lien avec son travail (à elle) dans la diplomatie française. Depuis quelques mois, ils sont de retour en France où ils essaient de se poser.

Les premiers échanges font vite apparaître un **couple en souffrance**.

Pour Monsieur particulièrement, l'absence de travail est un point douloureux qui semble le remettre en question jusque dans sa place d'homme. D'ailleurs, c'est sur ce terrain qu'il se sent provoqué par son fils, c'est pourquoi il explique s'être mis à la **musclature** pour pouvoir mieux le contenir. Car finalement, c'est de leur fils qu'ils viennent parler et des situations de violences familiales et scolaires rencontrées ces derniers mois.

**Ludovic** va avoir 16 ans dans deux mois, il est entré au lycée en septembre et comme au collège l'année précédente, l'adaptation est difficile. Ses parents s'interrogent sur la véracité de ses propos quand il leur décrit ses soucis d'intégration, les difficultés relationnelles avec ses camarades et surtout, ils sont inquiets car il se vante de sa violence (il dit ainsi s'être défendu violemment d'une agression pour vol organisée par d'autres élèves et avoir eu le dessus sur eux). Pour Ludovic de toute façon, la vie en France est difficile, lui qui serait plus habitué à un modèle anglo-saxon.

Sur le plan familial, Madame élabore la théorie que **son fils questionne la place de son mari en tant qu'homme et père à la maison** en s'opposant physiquement à lui, car c'est elle qui a toujours subvenu au besoin de la famille. Ils donnent l'exemple d'une confrontation, où alors que Monsieur a réussi à le plaquer au sol, il distingue un sourire de satisfaction sur le visage de son fils, que Monsieur interprète ainsi : satisfaction de voir son père plus fort que lui... ce qui réciproquement semble également satisfaire le père.

Ils viennent donc demander de l'aide face à leur fils qui les met en difficulté et avec qui ils ne savent plus comment réagir sans que cela amène de la **violence physique**. Pour preuve le genou de Monsieur, mais aussi son épaule déboîtée lors d'un épisode précédent.

Nous leur conseillons alors d'accompagner Ludovic à la MDA pour qu'il puisse bénéficier d'un espace de parole. Toutefois, la souffrance du couple ayant pris beaucoup de place tout au long de l'entretien, un travail conjugal leur est également suggéré, en dehors de la MDA.

La seconde rencontre du couple parental, alors que nous n'avons toujours pas rencontré Ludovic, prend une dimension beaucoup plus dramatique. Monsieur et Madame arrivent en urgence à la MDA en décembre 2007, à quelques minutes de la fermeture. C'est la « **CRISE** », le plafond de leur appartement menace de leur tomber sur la tête, ils sont en conflit avec leur propriétaire, ne savent pas comment être relogés, ils ont écrit au Maire qui ne fait rien !! Et comme si cela ne suffisait pas, Ludovic les a menacés avec un couteau.

Madame s'exclame dès l'accueil qu'elle n'en peut plus de cette situation et que si ça ne s'arrange pas, **c'est elle qui va partir**. Débordant le cadre de la structure, ils envahissent l'espace physiquement (ils s'assoient) et verbalement (ils parlent très fort), exigeant ainsi d'être reçus.

Les propositions qui leur sont faites sont les mêmes qu'au premier rendez-vous, mais en insistant sur le fait que les comportements qu'ils nous décrivent sont inquiétants et qu'il semble important de proposer au plus vite un accompagnement à Ludovic.

## RENCONTRES AVEC LUDOVIC

Il faudra attendre fin janvier 2008 pour qu'un jeune garçon nommé Ludovic se présente à l'accueil, déposé rapidement par son père qui s'en va aussitôt l'ado entré dans la structure.

Du haut de ses 1 m 85, Ludovic impressionne. Son allure est athlétique, ses jambes trop grandes pour les sièges de la structure et son regard en biais et fuyant questionne. De la timidité ?

Il est là sur la demande de ses parents qui n'en peuvent plus qu'il se chamaille avec sa sœur de 13 ans. Et comme il est l'aîné, c'est à lui de changer.

C'est quand il m'explique avoir vécu 11 ans à l'étranger, Australie, Canada et dernièrement Serbie, que **je prends conscience de qui il est**. Toutefois, je doute pendant presque 45 minutes de ma mémoire, car il ne parle que de ses chamailleries avec sa sœur, n'abordant à aucun moment les scènes de violences familiales ou scolaires déplorées par ses parents.

Finalement c'est au moment où je commence à mettre fin à l'entretien qu'il me dit : « *en fait, il n'y a pas que ça* ». S'en suit alors presque une heure et demi d'entretien supplémentaire, qui va me laisser **perplexe**, surtout que l'institution a fermé et que je reste seule avec ce jeune homme qui me déplaie un tableau cinématographique de son existence.

En effet, derrière les difficultés relationnelles à l'école, il décrit d'une façon qui paraît romancée comment lui et sa famille ont vécu dans une bulle, décalés parfois de la réalité, et combien cette dernière période en Serbie l'a particulièrement marquée (même s'il apparaît encore plus fasciné). Mafia, garde du corps, voiture avec chauffeur, mesures de protection, menaces, « **c'était un peu comme dans MATRIX** » me dit-il. Effectivement, film ou réalité ? En tout cas pour moi, il y a « étrangeté ».

Pendant qu'il me parle, je m'inquiète soudain sur sa santé psychique et de ses éventuelles réactions (son discours bizarre, la violence décrite par ses parents). Je choisis de ne pas le contredire, ou du moins de ne pas questionner ses propos, en attendant un nouvel entretien qu'il accepte volontiers.

### Le temps pour moi d'en échanger avec mes collègues.

En réunion, **l'inquiétude sur la santé psychique de Ludovic** gagne l'équipe et nous convenons qu'un RV d'évaluation avec un psychiatre est pertinent, encore faut-il convaincre Ludovic de l'intérêt pour lui de cette démarche ?

En effet lors d'un contact téléphonique, les parents nous apprendront qu'ils l'ont déjà accompagné consulter un psychiatre en libéral. Celui-ci n'aurait pas jugé nécessaire de le revoir et les aurait réorienté vers la MDA où le contact semblait bien passé. Pourquoi en revoir un autre alors ?

De plus, Ludovic nous met dans le doute dès les RV suivants, **alternant** d'une rencontre à l'autre des propos sensés et des questionnements d'adolescents en lien avec la réalité, avec un discours teinté d'étrangeté. Pour exemple, il se compare à des héros de film pour ados à qui il aimerait ressembler, ou m'explique comment il espionne ses parents en cachant des magnétophones dans le salon.

Il acceptera de rencontrer le psychiatre en mars 2008 pour ses problèmes de sommeil, ses difficultés d'intégration au lycée, des signes de déprime mais là encore il montre le visage d'un adolescent qui se questionne et qui accuse le coup de son histoire vagabonde.

Ainsi, pendant près d'un an, Ludovic vient à la MDA, sans véritable autre demande apparente que la notre et surtout celle de ses **parents, qui progressivement envahissent la structure** par leurs appels téléphoniques. En effet, Madame surtout appelle

régulièrement, la situation les inquiète énormément, il faut qu'un spécialiste voit leur fils car elle pense que le suivi de Ludovic ne relève pas de l'éducatif.

Un rendez-vous familial est alors posé avec le psychiatre, mais personne ne vient.

Madame rappellera presque un mois plus tard agacée, car renversement de situation, il faut absolument que Ludovic soit reçu par l'accompagnant social qui l'a déjà vu. Plusieurs rendez-vous sont pris et manqués par Ludovic. Systématiquement Madame rappelle, tantôt abattue, tantôt énervée. Ça ne va jamais, les jours et les heures des RV, les propositions, et quand nous tentons de stopper les prises de RV, **elle hurle** qu'on ne comprend rien, que Mélanie est la seule personne qu'il accepte de rencontrer, qu'il faut insister. Or Ludovic ne semble pas vraiment demandeur, mais plutôt répondre à l'injonction de ses parents.

Il finit par revenir et devant les derniers évènements, nous imposons un entretien familial (psychiatre et accompagnant social) pour mettre en lien la demande de ses parents et ce que lui souhaite entreprendre ou non pour lui. « **Il va y avoir plein de contradictions** » prévient-il quand nous posons le RV.

### **LES RENCONTRES FAMILIALES**

La rencontre avec les 3 membres de la famille est surprenante, parfois burlesque, avec une petite touche de « **kitsch** » qui la rend captivante, parfois émouvante quand les parents évoquent leur enfance malheureuse. Les trois personnages forment une scénette familiale étonnante, où **les rôles sont parfois échangés**. M. et Mme sont l'un et l'autre à la fois totalement envahis par leur propre histoire passée, présente et future et parallèlement dans le **déni des affects** qui en découlent. C'est Ludovic, dans le premier entretien, qui viendra remettre à plusieurs reprises du réel dans l'échange et réinterroger ses parents sur leur place. Tel un roman à suspense, les rebondissements jalonnent l'entretien et témoignent des parcours individuels chaotiques des parents, mais aussi de l'existence difficile de la famille au travers de l'expatriation.

Les entretiens suivants montrent une famille qui tente de se reconstruire, des individus qui essaient de réfléchir, qui se positionnent, se mobilisent, retrouvent du sens à vivre ensemble dans ce nouveau contexte qu'est la sédentarisation. Ludovic dit aller mieux, tente de tirer profit de ses expériences passées au lycée pour nouer des relations nouvelles, se découvre un intérêt pour le théâtre. La famille dit tirer profit de ces rencontres et demande que la sœur de Ludovic soit associée à l'une d'elle.

Ce sera la dernière rencontre à la MDA. La famille complète est réunie, mais en régression. Tout va mal, le couple, les enfants, la famille.

**L'inquiétude se tourne vers la jeune sœur** qui fuit la maison pour passer le plus clair de son temps chez son petit ami. Pour se protéger ? Possible, car Ludovic a démonté la poignée et la serrure de sa porte de chambre, et elle ne dira pas « ce qu'il lui fait » mais elle n'en peut plus. Les parents ne semblent pas de leur côté en mesure de la protéger, eux-mêmes pris dans leur histoire de couple (parlant même séparation) et très en difficulté pour se positionner face à leur fils, dont il craigne les réactions de violence (contre eux et contre lui-même). Celui-ci d'ailleurs provoque et divague, notamment en fin d'entretien : « *je veux m'acheter une arme... j'en ai vu sur Internet* », dit-il en guettant notre réaction, comme pour se protéger d'une réalité qui s'étale sous ses yeux et qui lui est insupportable.

Malgré un nouveau RV prévu, Mme va fortement nous solliciter par téléphone les jours suivants, débordée par les attitudes de Ludovic, pour être encouragée à se positionner sans crainte de la suite. Quinze jours plus tard nous apprendrons l'**hospitalisation de Ludovic** via les Urgences et le relais sera pris par l'équipe de l'Unité ESPACE.

→ Avant de poursuivre, revenons quelque temps sur le contenu de ces entretiens familiaux, notamment le premier en juillet 2008 :

La famille va mieux, les parents ont trouvé un nouveau logement, le père a signé un CDI, l'année scolaire est terminée et Ludovic passe en 1<sup>ère</sup> L dans un nouveau lycée. Ce qui nous permettra de nous décoller du présent pour aborder l'histoire de la famille.

Le père commencera, disant "*qu'il a **baigné enfant comme un soldat***" dans une famille conflictuelle, devant régulièrement s'interposer physiquement, en tant que fils aîné, entre son père alcoolique et violent et sa mère quand il tentait de l'étrangler. Ce même grand-père de Ludovic aura d'ailleurs également soulevé son petit-fils par le cou lorsqu'il était enfant.

Le père espérait pouvoir échapper à cette violence physique mais il constate avec amertume qu'elle l'a rattrapé et qu'elle se rejoue désormais avec son propre fils, et cette fois c'est la mère de Ludovic qui en est le témoin passif si ce n'est facilitateur. En effet, la mère sera prise d'un rire inapproprié à l'évocation de cette violence, et c'est Ludovic qui devra intervenir, l'interrompant d'un "***c'est pas drôle***".

Plus avant dans l'entretien, alors que nous connotions tous les liens et les nœuds qui unissent la famille, la mère paraîtra soudain interloquée et associera brutalement cette image au **suicide de son frère par pendaison**, autre forme de nœud familial... Elle évoquera alors une enfance douloureuse, avec un père parti trop tôt du domicile familial lorsqu'elle avait 5 ans ½, les 3 enfants restant alors avec une mère déprimée et inaffektive qui en outre préférait sa sœur aînée et ce frère qui devait mourir à 19 ans. La mère dira avoir voulu partir très loin de cette famille où elle se vivait comme "***le vilain petit canard***".

En fin d'entretien, Ludovic interrogera le **désir d'enfant** de sa mère qu'il sait avoir subi une IVG avant lui et qui semble avoir hésité à cette 2<sup>ème</sup> grossesse, dont elle dit d'ailleurs ne garder aucun souvenir, ni de l'accouchement, ni du poids du bébé. C'est d'ailleurs le père sans emploi qui s'occupera principalement des enfants en bas âge puis de leur scolarité.

Nous étions naïvement satisfaits lors de cet entretien d'avoir pu commencer à démêler le fil trans-générationnel et nous espérions également que les améliorations de la conjoncture matérielle et symbolique (nouveau logement, travail pour le père, etc.) pourraient apaiser un peu les tensions familiales, d'autant que les entretiens suivants semblaient le confirmer. Mais c'était compter sans **le poids du structurel et de l'histoire** dans cette famille qui allait vite à nouveau les déborder et nous avec.

Le dernier entretien familial à la MDA, en octobre 2008, bénéficiera de la présence de la jeune sœur de 14 ans, Joanna, qui semble elle-même en grande souffrance. Elle déplore que "*son frère et son père l'embête pour rien*" et "*qu'on l'écoute pas à la maison*" où son frère envahit tout l'espace physique et sonore, monopolisant l'attention des parents, au point qu'elle va régulièrement chercher refuge chez son petit ami et voisin.

Les seuls points qui réunissent la fratrie concernent leurs inquiétudes vis-à-vis de leurs parents quand eux-mêmes se réunissent le soir autour d'une bouteille de vin, pour évacuer les tensions du travail, plaignent-ils en chœur. L'autre angoisse pointée par les enfants concerne la pérennité du couple qui parle régulièrement de se séparer, cette menace semblant d'ailleurs également angoisser l'un et l'autre parent, au moins alternativement. Ils rappellent ainsi qu'ils sont le **dernier couple survivant**, tant dans leur famille respective que chez leurs amis expatriés.

A l'issue de cette première étape à la MDA, nous pouvions déjà repérer les éléments suivants :

Une famille qui fonctionne perpétuellement dans **l'urgence, explosant régulièrement le cadre**, entre appels téléphoniques itératifs et toujours brûlants, RV manqués puis imposés

par eux-mêmes, donnant ainsi une illustration en miroir de la vie à la maison. Parallèlement une totale absence et **confusion des espaces propres et des frontières**, à l'image des portes démontées et des "emprunts" réguliers d'objets personnels, motifs prévalents des conflits entre enfants, interpellant les parents et dégénéralant en violence familiale physique au couteau. Dans le même registre confusionnel, les parents donnent leurs propres médicaments à Ludo pour qu'il dorme.

Une **histoire trans-générationnelle également marquée par la violence**, les carences et les ruptures, qu'ils ont peut-être voulu fuir aux antipodes, la famille tenant alors grâce à la distance, la précarité et parfois l'insécurité de leur vie d'expatriés, et grâce un système projectif bien rodé. De retour en France, la **perte de ce béquillage** lié aux contraintes externes a favorisé la résurgence et l'expression des contraintes internes à la famille, encore compliquées par **l'entrée en adolescence** des deux enfants.

Enfin et consécutivement, une difficulté à vivre ensemble mais surtout une **impossibilité à se séparer** dans cette cellule familiale enchevêtrée, en rupture quasi totale avec leur famille respective, vivant en **autarcie** et repliée sur elle-même tant à l'étranger qu'en France, jusqu'à la stigmatisation actuelle de l'un de ses membres, à savoir Ludovic, les parents et surtout la mère nous interrogeant directement sur la santé mentale de son fils et une éventuelle pathologie psychiatrique qui devrait nécessiter un traitement.

La suite illustrera ces questionnements puisque Ludovic, comme s'il interrogeait et menaçait la cohésion du clan familial, sera "éjecté" en Psychiatrie, bien sûr via le service d'Urgence et bien évidemment pour violences intra-familiales. Anne et Marie-Laure vont nous raconter la suite, ce glissement du soin éducatif au soin "psychiatrique".

## **2) SYNTHÈSES INFIRMIÈRES D'HOSPITALISATIONS**

Ludovic né le 15 décembre 1991

**1<sup>ère</sup> HOSPITALISATION** (Anne FOURAGE, infirmière)

Du 24 octobre au 6 novembre 2008

**Médecin référent** : Julie URBAIN/Benoît ROBIN

**Infirmière référente ESPACE** : Anne FOURAGE

**Educatrice référente MDA** : Mélanie CHIBRAC

**Entretiens familiaux** : Laurence THIERRY

**Médecin traitant** : Dr Anne ROUDIL (Nantes)

➤ **MOTIF D'HOSPITALISATION**: Adressé par son médecin traitant via les Urgences pour violences intra familiales et idées suicidaires.

➤ **ELEMENTS BIOGRAPHIQUES**:

Ludovic est l'aîné d'une fratrie de deux, il a une jeune sœur de 14 ans Joanna en 3<sup>ème</sup>. Sa mère travaille au Ministère des Affaires Etrangères et son père travaille de nuit dans la sécurité incendie à IKEA.

Le travail de la maman a emmené la famille à déménager de nombreuses fois :

- Australie de 1993 à 1998

- Canada de 1998 à 2002
- France de 2002 à 2005
- Serbie de 2005 à 2006

Ludovic est scolarisé au lycée Monge en 1<sup>ère</sup> littéraire (moyenne 15/20).

➤ ANTECEDENTS :

- Suivi en pédopsychiatrie (CMP du Douet Garnier) en 2004 et 2005.
- Suivi depuis 1 an à la Maison des Adolescents.

Les conflits et la violence intra familiale sont anciens, la mésentente avec la sœur est évidente, Ludovic ne peut cependant pas dire pourquoi il ne s'entend pas avec sa sœur. Il nous est difficile d'emblée de comprendre le fonctionnement du système familial.

➤ DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION:

A l'entrée, Ludovic nous dira que son père est un ancien diplomate qui aurait démissionné au Canada pour s'occuper de ses enfants. Il apparaîtra plus tard que Monsieur a enduré de longues périodes de chômage, qu'il travaille depuis peu et que la famille traverse de sérieuses difficultés financières.

Ludovic désignera aussi « *l'alcoolisme de ses parents qui modifie leur comportement et les rend agressifs envers lui* ».

Ludovic se montre méfiant, parle de son geste comme "démessuré" mais à tendance à banaliser la violence familiale, répétant souvent que sans ses parents « *tout va bien* ». Il s'investira peu dans le génogramme.

Il apparaîtra parfois étrange, comme dissimulant certaines choses. Il évoquera les problèmes du couple parental qui parle de divorce sans élaborer plus autour de cette notion importante et finira par dire : "*Ils vont jamais divorcer, ils s'aiment trop*".

Il parlera de son projet professionnel de "*devenir ministre pour décider des lois*", il dit aimer commander et décider !

Les rencontres avec les parents illustreront le climat de violence et la mauvaise communication intra familiale, et l'affiliation demeurera sans cesse fragile et imprévisible. Ils évoqueront tous deux avoir été les mal-aimés de leur famille respective et la mère abordera le suicide de son frère en prison, sans qu'il soit possible d'en savoir plus.

Lors d'une rencontre familiale, Ludovic réagira à un élément de frustration par une demande "d'abandon" qu'il adresse à ses parents. Nous relèverons son propos pour aborder la possible mise à distance de cet environnement violent via un internat scolaire ou un foyer, dans un souci de protection de tous les membres du système.

Cette proposition restera en suspens puisque Ludovic finira par annuler ses propos antérieurs en prononçant l'engagement aussi solennel qu'illusoire de ne plus recourir à la violence, réaffirmant par ailleurs que ses parents ne divorceront jamais !

A noter aussi quelques éléments de type "persécutoire" qu'il révélera le jour de sa sortie : il avait l'impression qu'une caméra le filmait dans sa chambre, que les soignants écoutaient les patients via l'interphone, etc.

Ludovic n'aura aucun contact avec un quelconque environnement amical durant son hospitalisation, ni appels, ni visites, il nous dira pourtant avoir une quantité d'amis : « *j'ai plus de 100 contacts sur mon portable !* ». Il apparaît clairement que ce jeune homme est totalement isolé.

Il a cependant une bonne moyenne scolaire et dit avoir une place importante dans la classe, on se demande comment il fonctionne au lycée tant il est inhibé et obsédé par des idées de grandeur et de puissance.

Il sort le 6 novembre, accompagné de son père, avec comme seul traitement: TERCIAN 25mg : 1/2 comprimé au coucher.

Suite à sa sortie, l'équipe sera très souvent sollicitée par la famille au téléphone : problème d'observance du traitement, violences, menaces de mort de Ludovic envers sa famille, annulation et report du deuxième entretien familial, etc.

## 2<sup>ème</sup> HOSPITALISATION (Anne FOURAGE et Marie-Laure BERNARD)

Du 4 au 19 décembre 2008 en temps plein puis ESPACE de jour le 23/12 et 06/01/09

### ➤ MOTIF D'HOSPITALISATION:

*Etat d'agitation au domicile, avec menaces de mort sur son père et menaces de suicide, ayant nécessité l'intervention de SOS Médecin et de la Police, le père s'est de nouveau interposé dans des tensions entre Ludovic et sa sœur.*

*Ludovic a tout cassé chez lui et menacé son père avec un couteau, celui-ci a répondu en symétrie.*

A l'entrée Ludovic évoque les conflits familiaux toujours présents depuis la dernière hospitalisation et met en évidence des angoisses liées à l'éventuel divorce de ses parents.

Depuis la précédente hospitalisation, Ludovic a repris les cours, il passe plusieurs heures par jour sur son ordinateur. La relation père fils s'était améliorée durant une quinzaine de jours, le père parlera de complicité (au point de lui avoir parlé de ses aventures extraconjugales).

### ➤ DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION

Dès l'entrée, les parents viendront à ESPACE pour évoquer en détails la scène de violence, puis le père se représentera seul et évoquera son souhait de séparation et son projet de prendre un appartement tant la situation familiale lui est devenue insupportable : « *nous ne sommes plus sur la même longueur d'onde... je veux mon indépendance... à la maison je n'ai plus ma bulle* ».

Il évoquera aussi la souffrance de sa fille cadette, alerté par l'infirmière scolaire et demande si on peut orienter Joanna vers un lieu d'écoute et de soins.

Durant cette hospitalisation, Ludovic dira en avoir "*marre de ses parents ados*", et souffrir d'un manque de cadre et de limites : « *je voudrais des parents normaux !* ».

Il parlera de sa souffrance :

« *au lycée, tout le monde me trouve bizarre* »

« *ma mère, elle pleure tout le temps, elle passe tout le week-end dans sa chambre* »

« *mon père, il est bizarre, il danse tout seul devant le miroir de la salle de bains avec mon MP3* »

« *ma sœur, elle n'est jamais là* »

« *et moi, je suis tout seul, je bosse ou je dors* »

Il testera le cadre et sera mis en MCI pour non respect du règlement, et apparaîtra "tout puissant", admettant jouer avec les limites de l'équipe.

Nouvelle proposition d'une mise à distance d'avec la famille, Ludovic est d'accord, il parle d'aller en "famille d'accueil".

Mise en place d'un traitement anti-dépresseur par ATHYMIL à visée anxiolytique et sédative : observance difficile.

Les permissions en famille resteront conflictuelles, et il apparaît évident qu'une "séparation des combattants" doit avoir lieu. Aucun des espaces intimes ne sont préservés, les parents utilisant la salle de bain des enfants, et quand les enfants partent, les parents couchent dans leur lit, faisant ainsi chambre à part. De même, Ludovic semble au courant des aventures extraconjugales de ses parents.

Mais l'idée même de la séparation a toujours été plus brandie comme une menace que comme une solution possible. Initialement, c'était la mère qui avait parlé de partir, en laissant tomber tout le monde, puis le père qui parlait de prendre un studio, ce qui avait occasionné une crise de violence chez la mère, en plein entretien familial. Finalement, c'est le fils qui se retrouve en psychiatrie et la fille qui squatte chez son petit copain.

Ludovic sortira du temps plein pour une hospitalisation de jour mais il ne se présentera pas le **23/12** pour sa première séance. Un message sera laissé sur le répondeur des parents sans réponse.

Le **30/12**, le père contacte l'unité pour nous demander d'accueillir Ludovic suite à une nouvelle crise de violence.

Le **31/12**, nouvel appel des parents pour demander une hospitalisation, nous les renvoyons sur les urgences, ou leur rappelons de saisir le procureur si leur fils est trop violent, pour un rappel à la loi ou un placement d'urgence.

Puis nouveaux appels, le **2/01**, le **5/01**, les parents disent se sentir « *abandonnés* », la mère exige un rendez vous avec le médecin, la violence est quotidienne.

Mr ROBIN recevra les parents le **06/01**, qui viendront accompagnés de leur témoin de mariage, qui se retrouvera en position d'alliance avec les soignants, disant que "*la famille vit dans la peur et dans les contradictions que tous prennent des médicaments...*" et soutiendra l'idée d'une séparation pour éviter l'explosion ou l'implosion familiale.

Une fois les parents d'accord et à l'appui d'un certificat médical, Ludovic obtiendra finalement assez rapidement une place en internat. Cette mise à distance géographique semble apaiser les tensions mais les conflits se déplacent sur la jeune sœur Joanna, qui n'est pas venue participer aux entretiens familiaux durant l'hospitalisation, malgré nos invitations répétées.

Ainsi le **16/02**, la maman appelle en pleine crise (nous retranscrivons l'entretien téléphonique pour vous donner un aperçu de l'ambiance habituelle...) :

*« Elle est odieuse, ne veut rien faire, hurle comme une bête...elle se terre comme un rat, elle est invivable, une vraie tête de mule, une mule même à coup de pied au cul ça n'avance pas...elle baigne dans ses détritrus, elle a ses règles plein les draps...elle se contente de manger puis se sauve avec ses copains...notre couple est en phase de reconstruction, à condition que les enfants ne nous pourrissent pas la vie...je ne peux plus supporter les enfants, **Joanna nous fait chier comme Ludovic...** ».*

Et comme toujours sur le même mode de l'irresponsabilité, la maman nous demande ce que nous comptons faire : "*il faut qu'elle ait du cadre, alors c'est soit ESPACE, soit l'internat !*"

Mais Joanna refuse tout contact avec un médecin, acceptant juste de retourner à la MDA.

→ Quelques remarques liminaires avant de laisser la parole au thérapeute familial :

Pour mémoire, les éducateurs de la MDA avaient initialement demandé une consultation avec le pédopsychiatre parce qu'ils s'interrogeaient sur d'éventuels symptômes psychotiques chez Ludovic, d'une part en raison de propos d'allure délirante mais qui ressortaient en fait d'un réel vécu traumatique de Ludovic en Serbie et en famille, assorti de reconstructions **mythomaniaques** compensatrices, et d'autre part devant un isolement scolaire et social inquiétant qui relevait probablement d'attitudes de repli dépressif dans un équivalent d'acculturation.

Il est un fait que ce qui réunissaient entre autres cette famille et l'aidaient sans doute à tenir ensemble est représenté par ce vécu ancien de nomadisme prolongé par une expérience quasi paranoïaque dans l'ex Yougoslavie, qui fera dire au père : *"On est revenu de Serbie en kit, mais sans la notice de montage...comme un train fou qui saurait pas où il va..."*.

Les soignants d'ESPACE puis les infirmières scolaires seront pris de la même inquiétude psychotisante aux premiers contacts avec Ludovic, qui comme sa famille n'est jamais là où on l'attend, faisant parler à certains de "psychose familiale".

Plusieurs questions et hypothèses ont émergé au cours du suivi :

- Les parents ont-ils besoin qu'un enfant aille mal pour pérenniser leur couple et son éventuel fonctionnement sado-masochiste ?
- Le système familial doit-il désigner et/ou expulser tout membre qui menace sa cohésion, notamment lors de l'entrée en adolescence des enfants, qui interroge les processus de séparation-individuation tout autant que la sexualité des parents ?
- Les enfants sont-ils le réceptacle d'une souffrance trans-générationnelle non métabolisée (cf les antécédents précoces de Ludovic à travers ses conduites à risque dès l'enfance et qui interrogent le désir d'enfant) ?

Cette violence physique exercée et les fantasmes de mort/meurtre attenants ne représentent-ils que la partie visible d'une violence psychique bien plus délétère ?

Nous nous sommes posé consécutivement la **question du signalement** qui aurait l'avantage de poser un cadre protecteur au moins au niveau symbolique (à défaut de pratique), mais qui risquerait de stériliser le processus thérapeutique individuel et/ou familial. Nous avons préféré pour l'instant "faire confiance à la famille", jusqu'à nouvel ordre.

Mais l'un des aspects le plus déroutant de cette famille correspond à un talent inné pour le clivage, pour chacun de ses membres comme pour le système. Clivage dans l'espace en fonction des lieux et des interlocuteurs (médicaux ou non, hommes ou femmes), mais aussi dans le temps avec le même intervenant et parfois au cours d'une même séance.

La thérapie familiale aura été particulièrement mise à l'épreuve de ces mécanismes de projection et de clivage et de cette communication paradoxale, comme vous allez pouvoir le constater.

### 3) NOTES SUR UN SYSTEME FAMILIAL (Laurence THIERRY, 16/03/09)

Tout d'abord, je me demande si ces quelques notes doivent s'intituler : **notes relatives à un système familial** ou **notes relatives au fonctionnement d'un couple ? Alors où est le jeune patient ? Il fait partie du système et en est captif.** Le fonctionnement du couple va prendre une importance telle que j'en arrive parfois à avoir une image floue et lointaine de Ludovic. Je prends conscience que le couple envahit ma pensée et que Ludovic s'éloigne, diminue dans la représentation que j'ai de lui.

Il me semble que j'ai devant moi un couple qui a du mal à se projeter comme « parents de ». Difficile de savoir s'il l'un est en position haute ou basse ; on peut penser dans un premier temps, que Mme mène les choses ; pourtant, dès que l'époux commence à « critiquer » le mode de fonctionnement du couple, notamment sa constitution même, Mme est totalement ébranlée ; manifestement, elle a besoin de son mari à ses côtés, pour passer à autre chose et enfin évoquer ce qui les amène vraiment : les troubles de leur fils. Elle tient à ce qu'il respecte la règle tacite qui veut que le couple n'aborde pas certains pans de leur histoire.

Dans tous les cas, voilà ce qui m'aura interpellée au cours de nos rencontres : Mme évitera presque toujours de se confronter à ses souvenirs, notamment d'enfance, grâce à des mécanismes défensifs : « *en quoi cela vous regarde-t-il, c'est bien Ludovic le problème, non ?* » les choses demeureront verrouillées de ce côté là : « *pourquoi avez-vous toujours besoin de savoir des choses ; vous êtes curieuse, à quoi cela vous avance t-il ? ; j'ai l'impression que mon travail vous intéresse beaucoup, non ?* » Les questions sont perçues comme une inquisition ou comme une manœuvre.

On constate de façon récurrente qu'il lui est quasi impossible d'aller affronter la réalité de son vécu d'enfance : il lui est impossible d'émettre une idée, même partielle, des relations entre elle et ses parents. Toutefois, on sent qu'il y a eu des choses lourdes dans le parcours de Mme car le discours pointe des expériences de violence : « *on est isolé, on n'a personne, on est complètement seul. Mon frère s'est pendu, vous le saviez ?* ».

Mme éprouve des difficultés à trouver des compromis : « *si c'est comme ça je me fiche en l'air, ça ne sert à rien de vivre, je n'existe pas de toute façon* ». Immédiatement après, le couple peut sourire de façon inadéquate, avoir des éclats de rire. Parfois, devant notre silence embarrassé, Mme peut montrer un sourire triomphant.

Mme peut avoir une présentation physique inadaptée : mini-jupe pour le rendez-vous avec le médecin alors qu'en revanche, Monsieur peut se présenter pas peigné, plus ou moins hirsute. On a le sentiment qu'il vient de se lever du lit, ou qu'il se néglige. Toujours est-il que cela vient renforcer le côté « fin de course », essoufflement du système. Evidemment, on ne peut s'empêcher de penser à Ludovic, qui présente son père comme attaché d'ambassade. La famille rejoue là des mécanismes de clivage qui sont bien dans le ton des entretiens : dans le couple on a toujours l'impression que l'autre fait figure d'ennemi nécessaire. Pour « *rejouer les drames de l'enfance ?* » **M. HURNI.**

Au niveau du cadre des entretiens on note dans la communication du couple, (y a-t-il des traits pervers dans cette communication ?), une détestation de l'institution et du cadre qu'elle représente : arrivée en retard aux rendez-vous, inversion des horaires, confusion des jours de consultation, le tout avec une conviction profonde qu'ils sont dans leur bon droit. Du coup, le cadre est mis à mal, car manipulé par le couple sans que nous parvenions à nous défendre, ou en tout cas avec difficultés. Le couple ne remet pas en cause sa façon de fonctionner et quant à nous, nous cédon à la pression constante, puissante et épuisante de leur fonctionnement.

Le couple peut aussi manipuler la réalité à son gré : "le Dr ROBIN ne va pas différer l'entretien au moins ?" en parlant d'un entretien qui n'existe pas mais qu'ils vont finalement obtenir !! Puis parfois, le comportement du couple est désinvolte, annulant alors la nécessaire solennité du cadre.

Toujours durant les entretiens, le couple peut mettre en place des manœuvres de prise de pouvoir, voire d'inversion des rôles : « non, je ne vous verrai pas, puisque j'ai rendez-vous avec le Dr ROBIN, (là où nous avons précisé les choses à plusieurs reprises et même par courrier) ; « qu'avez-vous comme formation ? De quelle région êtes-vous ? Ça n'est pas un peu dur votre travail, non ? ».

J'en suis parfois arrivée à douter de mes réponses, de la façon dont je fixais les rendez-vous et me suis sentie soulagée quand les choses pouvaient se faire devant témoin : j'ai vraiment vu ici l'intérêt du travail à « deux » et d'être systématiquement accompagnée aux entretiens familiaux ; en l'occurrence le travail à deux a dû se poursuivre hors le cadre familial, pour plus d'assurance et de sécurité pour les interlocuteurs. En effet, le fonctionnement du couple a tendance à paralyser la pensée, à l'anesthésier : j'ai l'impression que je me suis parfois forcée à réprimer ma perception de cette réalité violente.

« Peu à peu, pour le thérapeute naît la conviction de se trouver face à un couple inaccessible, dramatiquement lancé dans une destruction éperdue de lui-même.

Ils nous utilisent momentanément après beaucoup d'autres (CMP LE DOUET GARNIER, MDA) et bien avant d'autres. Le couple continue imperturbablement à parler, insensible à l'évolution du cadre comme retranché dans une carapace sans faille.

CETTE DESCRIPTION PEUT PARAÎTRE PEU EMPATHIQUE et a fait l'objet d'un débat avec le praticien hospitalier référent. En tant que thérapeute, j'ai des sentiments mêlés : je ne fais pas mystère d'un sentiment d'irritation, mêlé d'impuissance. Avec le recul, un « sentiment tragique » domine dans le contre-transfert : j'ai parlé -comme mes collègues- « de drame à redouter » dans certaines de mes notes.

Il s'agit là de TRANSPLANTATIONS DE SENTIMENTS, D'AFFECTS SUBIS PAR CES PATIENTS ET DESORMAIS EXPULSES SUR LEUR ENTOURAGE PARTICULIÈREMENT MEDICAL ET SOIGNANT. (HURNI « La haine de l'amour »).

LA RESPONSABILITE DES SOUFFRANCES EST PROJETEE SUR LES MEDECINS MAIS AUSSI SUR L'EQUIPE, l'extérieur (sur l'école, la crèche, les instituteurs, le maire) : les conflits sont externalisés.

Durant les entretiens, Mme se plaindra abondamment du manque d'attention de son mari, de son insensibilité ; parfois, en tant que thérapeutes, nous nous sommes senties utilisées comme spectateurs de la scène. Les attaques seront fréquentes entre eux, comme à notre égard. Un entretien sera particulièrement violent avec une exacerbation des comportements provocants : coups dans les murs, attaques verbales directes vis-à-vis de moi.

Nos efforts de communication, nos phrases restent sans impacts sur eux : j'ai parfois le sentiment qu'ils en saisissent la forme mais pas le fond. Du coup, sur l'avant dernier entretien, il s'agissait davantage pour nous de gérer les heurts c'est-à-dire faire baisser la tension. Ce travail prend alors toute la place et permet d'éviter toute autre forme de questionnement engendrant un épuisement pour l'interlocuteur.

*J'ai pu noter que la communication était le plus souvent tumultueuse, passant du blâme, à l'apaisement. Hors ces étapes pour le moins tranchées, il n'y a pas vraiment d'interactions. On ne peut obtenir d'éléments de compréhension qu'en passant par du dramatique.*

*On constate que le système est imperméable dans le sens où lorsque Ludovic retourne à l'école, puis en internat, les parents pensent qu'il va « vraiment bien ». Les parents ont ici tendance à ne pas enregistrer, tenir compte du point de vue de leur enfant. On a vu cela au cours d'entretiens où Ludovic exprime sa crainte que son père boive ; crainte balayée d'un rire par le père.*

#### **QUESTIONS :**

Je me suis questionnée et me suis demandée jusqu'à quel point nous avons été complices ? Les entretiens les excitent-ils ? Ces mises en scène durant les rendez-vous sont-elles un ingrédient vital qui alimente la relation constamment menacée d'épuisement ? Jusqu'à quel point les symptômes de Ludovic entretiennent-ils cela ? Cherchent-ils à nous épater comme si nous étions pris en tant que « public » ? Demandent-ils une véritable aide ? Le couple est en souffrance, mais quelle est leur marge de manœuvre pour passer à autre chose ?

Car finalement le couple n'a pas d'autre demande qu'un diagnostic pour leur fils. L'excitation n'est-elle pas une question de vie ou de mort pour ce couple, ou se joue sans cesse la question de la prise de pouvoir de l'un sur l'autre ? Y a-t-il une relation à ce point dysfonctionnelle que la tendresse soit une vraie terreur pour eux ? Nous pensons que le couple va se séparer, que les choses ne vont pas pouvoir durer. Mais en même temps, passés les conflits, « la relation de couple se révèle une construction bétonnée, d'une solidité à toute épreuve et devant laquelle il convient d'être d'une extrême modestie thérapeutique ».

Cette relation est-elle un délire à deux ? HURNI évoque bien chez ces couples une persévérance mortifère, une relation sado-masochique chronique et indéracinable ; cette relation sado-masochique est-elle protectrice contre une décompensation psychotique ?

#### **BIBLIOGRAPHIE :**

- « Un et un font trois » - Ph. CAILLE.
- « Nouvelles stratégies en thérapie familiale » - Jay HALEY.
- « Derrière la Glace sans tain » - Cloé MADANES.
- « Pour retrouver l'harmonie familiale » - V. SATIR.
- « Comédies et drames du mariage » - G. GULOTTA.
- « La haine de l'amour » - La perversion du lien – M. HURNI.
- « Une logique de la communication » - P WATZLAWICK

## ATELIER N°4

### L'approche centrée sur les solutions pour soigner les troubles psychiatriques

**JEAN-FRANÇOIS CROISSANT, PEGASE PROCESSUS**

#### **JEAN-FRANÇOIS CROISSANT**

*Psychologue clinicien, formateur et superviseur en alcoologie, thérapie familiale et approche centrée sur les solutions, co-fondateur et co-directeur pédagogique de **Pégase Processus**. Formé en thérapie familiale systémique et à la thérapie familiale par phases, initié à l'Analyse Transactionnelle pendant une quinzaine d'années. Il a exercé en alcoologie à l'hôpital de Plouguernevel (Côtes d'Armor) où il a mis en place, à partir de 1975 des groupes pour les patients alcooliques qu'il a animés, sous différentes formes, jusqu'en décembre 2005. Au sein de cette structure il a également contribué à l'organisation de la sociothérapie pendant plus de 15 ans et a été largement impliqué auprès de patients institutionnalisés et chroniques. Dès 1980, il a mis sur pied et animé des groupes pour leur entourage et largement contribué à la constitution du dispositif thérapeutique qui ne cesse d'évoluer. Il s'est intéressé à la prévention des rechutes et dans ce cadre a animé avec des infirmiers des groupes thérapeutiques de couple. Il a aussi exercé comme Thérapeute familial au sein d'un CMPP. Comme formateur en alcoologie, il a guidé plusieurs équipes de centre de soins ou de posture dans ces domaines. Il a également été formé à **Option** à leur modèle d'intervention auprès des auteurs de violence conjugale et familiale. Formé à l'approche systémique dite centrée sur les solutions par les fondateurs de cette approche, il contribue à sa diffusion et à son application dans tous les domaines, y compris celui de l'aide contrainte. Formateur en thérapie familiale, il a contribué depuis 1986 à la formation de nombreuses équipes en alcoologie, en psychiatrie et travail social.*

**L'approche centrée sur les solutions fait partie des principaux courants de l'approche systémique**, une approche générique qui tend à appréhender à la fois la complexité de l'ensemble, tout en restant attentive à saisir les particularités des éléments du système, leurs interactions entre eux et avec d'autres éléments d'autres systèmes. La philosophie qui l'anime est de savoir mobiliser, pour des changements bénéfiques, les ressources, capacités et particularités des systèmes concernés, adaptées à des contextes spécifiques.

**Dans l'approche centrée sur les solutions, l'accent mis sur « ce que le client veut » et le renforcement de son « pouvoir sur sa vie ».**

Les préoccupations existentielles sont au cœur de l'approche centrée sur les solutions, il s'agit d'aider les personnes à mieux faire face aux difficultés de leur existence en les aidant à renforcer les « solutions » qu'ils sont à même de mettre en place et d'assumer dans leur contexte de vie, en s'intéressant à leurs objectifs « ce qu'ils veulent », à leurs ressources du moment et à celles mobilisables dans leur environnement.

L'approche centrée sur les solutions a été fondée, structurée et diffusée mondialement par un couple, lui aussi composé d'êtres d'exception :

- Lui, Steve de Shazer, musicien professionnel et chercheur en sociologie : l'objet de ses recherches était « Comment se fait-il que les thérapies marchent ? Les secrets de l'efficacité de Milton Erickson » ;
- Elle, Insoo Kim Berg, Docteur en Pharmacie s'étant recyclée volontairement en Travailleuse sociale, très compétente dans le travail avec les sans-abri, ou encore les alcooliques ou toxicomanes.

Tous deux ont fondé le Brief Family Center (B.F.T.C) de Milwaukee, après avoir été formés et influencés par John Weakland (voir Palo Alto). Pendant une quinzaine d'années, ils ont forgé cette méthodologie fondée sur une philosophie respectueuse de ce que « **le patient veut faire de sa vie** ».

La quête de ce sens existentiel est le cœur de ce processus que l'on dit centré sur les solutions, par commodité. En fait, on pourrait tout aussi bien dire **centré sur les objectifs de vie du patient et de son entourage, l'amplification de leurs propres solutions et l'activation de leurs compétences, capacités, ressources pour les atteindre et la promotion de solutions ou d'éléments de solutions imaginés ou expérimentés par eux**.

Le positionnement de l'intervenant devient alors celui d'un allié et d'un chercheur qui aide la personne et son entourage à s'y retrouver dans ce qui est existentiellement important pour eux. Cette approche se fonde sur un usage particulier du questionnement tel qu'il a été construit après toutes ces années de recherches obscures et par la confirmation ou l'enrichissement qui a suivi la diffusion de ce modèle sur les cinq continents. Pégase Processus a pris l'initiative de faire venir en Bretagne dès son deuxième voyage, Steve de Shazer lors de ses échanges internationaux pour la diffusion de leur méthodologie.

Steve de Shazer et Insoo Kim Berg ont été nos formateurs à cette approche, les côtoyer et apprendre avec eux pendant plus de 10 ans, nous a permis un approfondissement sans cesse renouvelé d'une méthodologie et d'une philosophie du respect, qu'ils témoignaient au quotidien.

Lors de cet atelier, Jean-François Croissant vous présentera cette approche particulière et il vous fera découvrir la richesse de cet outil et sa pertinence en contexte psychiatrique.

## ATELIER N°5

### L'UTILISATION DU SOI DE L'INTERVENANT DANS LA THERAPIE INSTITUTIONNELLE AVEC DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE

*Anne-Pascale MARQUEBREUCQ et Grégoire NYSENS*

**Anne-Pascale Marquebreucq :**

*Psychologue clinicienne - Psychothérapeute, Directrice du Centre d'Accueil Spécialisé « Le Tamaris », Formatrice en thérapie familiale et à l'intervention systémique au CEFORES, UCL, Bruxelles.*

**Grégoire Nyssens :**

*Psychologue au Tamaris, Docteur en Psychologie, Psychothérapeute, Formateur en thérapie familiale et à l'intervention systémique au CEFORES, UCL, Bruxelles.*

Face à des adolescents en désappartenance, face à leurs familles en crise, nos modèles sont mis à mal et nous sommes défiés dans nos capacités à les adapter afin de maintenir le lien et de poursuivre notre travail. C'est là que nous sommes amenés à nous exposer comme professionnels, mais aussi comme personnes. Dans un tel contexte, la première mission de l'équipe est celle de rester un système « suffisamment sain » pour permettre le soutien mutuel des professionnels, condition indispensable pour un travail de co-intervention sur le long terme. La seconde est de développer des outils capables de faciliter et de cadrer « l'utilisation du soi » des intervenants. L'atelier interactif se basera sur le modèle développé par l'équipe interdisciplinaire du Tamaris et sur ses différents outils : co-interventions, « palabres », réunions de jeunes, réunions d'équipe.

## ATELIER N°7

### **COMMENT PARLER AUX ADOLESCENTS POUR QU'ILS NOUS ECOUTENT ET COMMENT LES ECOUTER POUR QU'ILS NOUS PARLENT... AVEC LA COMMUNICATION NONVIOLENTE**

**Michelle GUEZ**

#### **Michelle GUEZ**

*Formatrice en prévention et gestion des conflits, Michelle Guez s'est formée avec Marshall Rosenberg, docteur en psychologie clinique, qui a mis au point le processus de Communication NonViolente au début des années 60.*

*C'est un outil simple et puissant, applicable dans notre vie personnelle, familiale et professionnelle.*

*Elle anime des conférences et des formations à Paris et dans différentes régions et se réjouit de constater les effets bénéfiques de cette approche relationnelle, dans la vie des personnes qui l'adoptent, dès la première "soirée découverte".*

#### **La Communication Non Violente : un art de vivre avec soi et avec les autres**

- Qu'est-ce qui rend les relations si difficiles ?
- D'où vient la violence ?
- Comment rétablir le courant quand la violence s'est installée, que les murs d'incompréhension se sont dressés ?

L'objectif de la Communication Non Violente est d'établir une qualité relationnelle afin que les besoins de chacun puissent être identifiés et satisfaits dans un climat de respect mutuel et de coopération.

Les facteurs qui bloquent la communication et génèrent la violence :

- Différenciations clefs : observation/évaluations, sentiments/jugements ou interprétations, demandes/exigences.
- Identification et traduction de nos jugements en termes de besoins insatisfaits.
- Formulation des demandes claires / L'empathie / La gestion des tensions.

Cet atelier permettra, avec des exemples concrets, d'expérimenter les bases de la CNV à partir de l'intention de coopérer et de l'attention au vocabulaire utilisé. Distinction des mots qui facilitent le dialogue et ceux qui risquent de le freiner. (Livre : "les mots sont des fenêtres ou bien ce sont des murs"). Il favorisera, également, la perception de l'importance du langage non-verbal, la gestuelle et le ton de la voix.

L'intervenante donnera quelques clés de communication que chacun pourra utiliser au sein de sa famille ou de l'accompagnement de familles. L'objectif étant d'établir ou de rétablir une qualité relationnelle afin que les besoins de chacun puissent être identifiés et satisfaits, dans un climat de respect mutuel et de coopération.

***BIBLIOGRAPHIE***

---

- “Les mots sont des fenêtres ou bien ce sont des murs” de Marshall Rosenberg - Ed. La Découverte
- “La Communication Non Violente au Quotidien” de Marshall Rosenberg - Ed. Jouvence
- “Cessez d’être gentil, soyez vrai” de Thomas d’Ansembourg - Ed. de l’Homme
- “L’empathie, le pouvoir de l’accueil” de Jean-Philippe Faure et Céline Girardet - Ed. Jouvence

## ATELIER N°8

# COMMENT ABORDER PRATIQUEMENT LES ENJEUX ETHIQUES DANS LES ACTIONS AUPRES DES JEUNES ?

*Lazare BENAROYO*

Cet atelier s'inscrit dans la continuité de la conférence de M. Benaroyo, à savoir comment transposer, dans le monde des soins et des accompagnements éducatifs des adolescents, des règles et des principes de l'éthique médicale « d'abord ne pas nuire » et d'autres principes, afin d'éclairer les prises de décisions dans des situations complexes.

➤ *Pour plus de détails, consulter le texte de la conférence du matin et les articles en annexe.*

## ATELIER N°9

# PREVENIR ET ACCOMPAGNER LES TROUBLES ET CONDUITES DES ADOLESCENTS

*Marie CHOQUET*

Partant de ses constats sur les adolescents, cette épidémiologiste tente de mieux comprendre l'évolution des jeunes d'aujourd'hui, leurs préoccupations, leurs attitudes face à l'adulte, à l'école comme en famille, leur mode d'expression quand ils vont mal et les points d'ancrage possibles pour la prévention et le soin. Elle fera des propositions pour mieux connaître les adolescents, mieux leur parler, et surtout mieux échanger.

➤ *Pour plus de détails, consulter le texte de la conférence du matin.*

## ATELIER N°10

### LA MOTIVATION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES : CONTROLLER OU INFLUENCER ?

**Claude MARCOTTE**

#### **Claude MARCOTTE**

*Retraité, il occupait le poste de coordonnateur clinique au Centre Jeunesse de Québec. Instructeur de la Théorie du choix et de la Thérapie de la Réalité du Dr William Glasser, il dispense de la formation auprès des intervenants en centre de réadaptation, les écoles du Canada, les organismes d'insertion à l'emploi et les centres de toxicomanie.*

#### **LA THEORIE DU CHOIX SELON LE DR WILLIAM GLASSER**

Dr William Glasser, *La liberté de choisir*, Les éditions logiques inc. 1998

« Si on demandait à tous ceux qui mangent à leur faim, ne sont ni malades ni nécessiteux et semblent avoir tout pour être heureux, de répondre honnêtement à la question : *Comment ça va?*, des millions diraient sans doute qu'ils sont malheureux. Si ensuite on leur demandait les raisons de leur malheur, presque tous l'attribueraient à une autre personne, leur conjoint ou ex-conjoint, leurs enfants, leurs parents, leurs enseignants, leurs élèves ou leurs collègues de travail. Tout le monde a dit un jour ou l'autre : «Tu me rends fou, tu me rends malade. N'as-tu vraiment aucune considération pour moi? Je suis tellement furieux que je vois rouge!» Il ne viendrait cependant jamais à l'esprit de tous ces gens qu'ils ont eux-mêmes créé le malheur dont ils se plaignent.

La psychologie du choix explique, qu'en pratique, nous choisissons toujours tout ce que nous faisons, y compris notre propre malheur. Les autres ne peuvent ni nous rendre heureux ni malheureux. En fait, la seule chose que nous puissions recevoir d'eux ou leur donner, c'est de l'information. L'information en elle-même ne peut cependant rien nous faire faire ni rien nous faire éprouver. Elle arrive à notre cerveau qui la traite, puis nous en disposons à notre gré. Comme je vais l'expliquer en détail dans le livre, (*La liberté de choisir*), nous choisissons nos actions et nos pensées comme, d'une manière plus indirecte, nos sentiments, nos sensations et une grande partie de nos états physiologiques. Ce que nous ressentons (aussi pénible que cela puisse être), comme une bonne partie de ce qui se manifeste dans notre corps quand nous souffrons ou quand nous sommes malades, est le résultat indirect des actions et des pensées que nous choisissons ou avons choisies tout au long de la vie. Je vais aussi montrer dans ce livre comment et pourquoi nous agissons de la sorte et comment nous pourrions remplacer de tels choix douloureux ou même carrément fous. La psychologie du choix nous enseigne que nous contrôlons bien plus notre vie que la plupart d'entre nous le croient. Malheureusement, une bonne partie de ce contrôle ne porte guère fruit. Ainsi par exemple, nous nous choisissons sciemment d'être dérangés par nos enfants, de crier après et de les menacer. Loin d'améliorer, les choses ne font qu'empirer.

Pour nous aider à exercer un meilleur contrôle, c'est à dire à effectuer de meilleurs choix dans nos rapports avec nos enfants et avec notre entourage, la psychologie du choix nous

enseigne comment nous fonctionnons vraiment, comment nous combinons ce qui est inscrit dans nos gènes avec ce que nous apprenons de la vie.

Comprendre la psychologie du choix consiste à chercher à savoir pourquoi nous créons nos propres petits malheurs que nous pensons souvent venir de l'extérieur. Par exemple, nous croyons, quand nous sommes déprimés, que nous n'avons aucun contrôle sur notre souffrance, que nous sommes les victimes d'un déséquilibre neurophysiologique de notre organisme et que, pour rétablir cet équilibre, nous avons besoin de drogues qui agissent sur le cerveau comme le Prozac. Il y a fort peu de vrai dans tout cela. Nous avons au contraire énormément de contrôle sur notre souffrance. Nous sommes rarement les victimes de ce qui s'est passé antérieurement et, comme je vais l'expliquer dans le chapitre 4, la chimie de notre cerveau est toujours en accord avec ce que nous décidons de faire. Les drogues qui agissent sur le cerveau peuvent nous procurer un certain bien-être, mais elles ne règlent pas le problème qui nous a amenés à nous sentir malheureux.

Les germes d'une grande partie de nos malheurs sont semés très tôt dans la vie, lorsque nous commençons à rencontrer des gens qui ont non seulement découvert ce qui est bon pour eux mais aussi, malheureusement, ce qui est bon pour nous. Forts de cette découverte et observant une tradition de pensée séculaire, ils se sentent obligés de nous forcer à faire ce qu'ils jugent être bon pour nous. La résistance à de telles contraintes représente, de loin, la plus importante source de malheurs de l'être humain. La psychologie du choix ose s'attaquer à cette tradition du «Je sais mieux que toi ce qui te convient.». Ce livre tente d'ailleurs de répondre à la question capitale que nous nous posons tous invariablement quand nous sommes malheureux : Comment être libre de vivre comme nous l'entendons tout en entretenant de bons rapports avec les gens qui nous tiennent à cœur?

Quarante ans de pratique psychiatrique m'ont appris que les gens malheureux ont tous le même problème : ils sont incapables de bien s'entendre avec les gens qui ont de l'importance à leurs yeux. J'ai connu de vifs succès dans mon *counseling*, mais j'entends toujours mon maître, le docteur G. L. Harrington, le psychiatre le plus doué qu'il m'ait été donné de rencontrer, déclarer : «Si tous ceux qui travaillent dans notre domaine devaient disparaître du jour au lendemain, le monde remarquerait à peine leur absence.». Il ne voulait pas dénigrer notre travail mais insinuait seulement que si les psychiatres cherchaient à réduire le malheur du monde et à aider les êtres humains à mieux s'entendre, leurs efforts n'avaient pas changé grand-chose.

Pour atteindre cet objectif, il nous faut *une nouvelle psychologie*, une psychologie qui nous permette de nous rapprocher davantage les uns des autres, soit facile à être enseignée et facile à appliquer une fois qu'elle a été comprise. La psychologie actuelle n'a pas rempli ses objectifs. Nous ne savons pas plus aujourd'hui qu'hier comment entretenir de bons rapports avec les autres et avons tendance, au contraire, à nous en éloigner de plus en plus. Il suffit de regarder les couples modernes pour voir que le recours à cette psychologie classique a lamentablement échoué.

J'appelle «psychologie du contrôle externe» le type de psychologie qui détruit les relations personnelles parce qu'elle détruit la liberté individuelle. Ce contrôle peut se limiter à un regard désapprobateur ou aller jusqu'à une menace de mort. Quelle que soit sa forme, il vise à nous faire faire ce que nous ne voulons pas nécessairement faire. Nous finissons par penser que les autres peuvent effectivement nous faire ressentir ce que nous ressentons ou nous faire faire ce que nous faisons. Cette croyance nous prive de la liberté personnelle dont nous avons tous besoin et que nous recherchons tous.

La psychologie du contrôle externe en usage consiste à recommander de punir les gens qui agissent mal selon nous et à les forcer à faire ce que nous jugeons être bien; à les récompenser aussi ensuite pour qu'ils continuent à faire ce que nous voulons qu'ils fassent. Cette idée est relativement universelle parce que les gens au pouvoir, les gouvernements,

les parents, les enseignants, les dirigeants d'entreprise et les chefs religieux, qui définissent aussi le bien et le mal, l'appuient sans réserve. Les gens sous leur coupe ont si peu de contrôle sur leur vie personnelle qu'ils en éprouvent une certaine sécurité et acceptent volontiers cette mainmise sur eux, Il est triste que personne ou presque ne se rende compte que cette psychologie du contrôle, de la coercition ou de la force est la principale cause de malheur dont souffrent tant de gens, malheur que malgré des efforts acharnés, nous ne sommes pas encore parvenus à réduire.

La compréhension de la théorie du choix mettra en lumière les mécanismes de la motivation et nous invitera à utiliser des stratégies pour l'éveil de la motivation recherchée. »

**CONTENUS :**

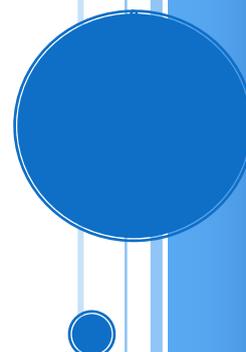
- Les besoins humains selon la Théorie du choix.
- Les images de notre monde de qualité. (Ce qui me motive)
- Le système du comportement et ses quatre composantes.
- Huit catégories de questions pour l'éveil d'une nouvelle motivation.

# ANNEXES

« FAMILLES ET ADOLESCENTS :  
DE LA CHYSALIDE AU PAPILLON »

**Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009**

Pégase Processus



## BIBLIOGRAPHIE

### **ATELIER N°4 : ADOLESCENTS DANS L'IMPASSE : LA PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE DANS UNE UNITE DE SOINS SPECIFIQUE**

Mme BLETON, Mme COUM et M. BODENES, L'équipe de l'unité d'accueil médico-psychologique Anjela Duval

---

- Andreoli A, Lalive J, Garonne G, (1986). Crise et interventions de crise en psychiatrie, S.I.M.E.P. Lyon.
- Jeammet P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence, in revue française de psychanalyse, 1980, 44, 481-523
- Ladame F, Ottino J, Pawlack C. (1995), Adolescence et suicide, Masson, Paris.
- Pommereau X. (2001). La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unité spécifique de court séjour, *nervure*, 14, 2, 27-31.
- Varga K, L'enfant violent et sa famille, Privat.
- Gammer C, Cabie MC, L'adolescence, crise familiale, Thérapie familiale par phases, 1992, Eres.
- Rassial J.-J. (1991). L'adolescent et le psychanalyste, Paris, Rivages

### **Conférence du 3 avril : L'APPORT DE LA THERAPIE CONTEXTUELLE POUR LA COMPREHENSION DES TROUBLES DES CONDUITES CHEZ LES ADOLESCENTS**

Catherine DUCOMMUN-NAGY

---

- Ducommun-Nagy, C. (1995). La thérapie contextuelle. Dans M. Elkaim (Ed.), *Panorama des Thérapies Familiales* (pp. 97-113) Paris: le Seuil.
- Ducommun-Nagy, C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. Paris : J.C. Lattès.
- Ducommun-Nagy, C. (2007). Transmission intergénérationnelle et trouble des conduites : le point de vue du thérapeute contextuel. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux* no 38-2007/1 pp. 118-134 Bruxelles : De Boeck
- Ducommun-Nagy, C. (2008). Implications de la théorie dialectique de la personnalité et de la dimension ontique de la réalité relationnelle dans le traitement des adolescents. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux* no 40-2008/1 pp. 59-77 Bruxelles : De Boeck
- Expertise Collective (2005). *Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : INSERM
- American Psychiatric Association Mini-DSM-IV (1994). *Critères diagnostics*. Trad. française J.-D. Guelfi et al. (1996) Paris : Masson

**ATELIER N°3 : ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES EN SITUATION DE CRISE : « HORS DE LA FAMILLE, POINT DE SALUT »**

*Dr Benoît ROBIN, Marie-Laure BERNARD, Anne FOURAGE, Laurence THIERRY*

---

- « Un et un font trois » - Ph. CAILLE.
- « Nouvelles stratégies en thérapie familiale » - Jay HALEY.
- « Derrière la Glace sans tain » - Cloé MADANES.
- « Pour retrouver l'harmonie familiale » - V. SATIR.
- « Comédies et drames du mariage » - G. GULOTTA.
- « La haine de l'amour » - La perversion du lien – M. HURNI.
- « Une logique de la communication » - P WATZLAWICK

**ATELIER N°7 : COMMENT PARLER AUX ADOLESCENTS POUR QU'ILS NOUS ECOUTENT ET COMMENT LES ECOUTER POUR QU'ILS NOUS PARLENT... AVEC LA COMMUNICATION NONVIOLENTE**

*Michelle GUEZ*

---

- “Les mots sont des fenêtres ou bien ce sont des murs” de Marshall Rosenberg - Ed. La Découverte
- “La Communication Non Violente au Quotidien” de Marshall Rosenberg - Ed. Jouvence
- “Cessez d’être gentil, soyez vrai” de Thomas d’Ansembourg - Ed. de l’Homme
- “L’empathie, le pouvoir de l’accueil” de Jean-Philippe Faure et Céline Girardet - Ed. Jouvence

**ATELIER N°10 : LA MOTIVATION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES : CONTROLER OU INFLUENCER ?**

*Claude MARCOTTE*

---

- Dr William Glasser, **La liberté de choisir**, Les éditions logiques inc. 1998

## DES CONFERENCIERS INTERNATIONAUX

### ET DES EQUIPES DE PRATICIENS

- **Dr Lazare BENAROYO (Suisse):** Professeur d'éthique et de philosophie de la médecine à la Faculté de Biologie et de Médecine et Président de la Plateforme interdisciplinaire d'éthique (Ethos), Université de Lausanne.
- **L'équipe du CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC-Institut Universitaire (Québec):** Jacques Laforest, Sylvie Bilodeau, Agathe Proulx, Richard Couture. Les Centres jeunesse sont des établissements publics présents dans chaque région du Québec chargés de fournir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leurs familles. Au sein du Centre Jeunesse de Québec, une équipe de praticiens et de chercheurs a développé depuis 10 ans une façon originale de travailler avec les parents et leurs adolescents placés. Le Centre Jeunesse contribue, de par son Institut universitaire, au développement de la recherche et de la pratique dans le réseau socio-sanitaire.
- **Frédérique COIGNARD-DESBORDES (France) :** Formatrice ANPAA 35
- **Marie CHOQUET (France) :** Directeur de recherche à l'Inserm, co-auteur de «Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité» avec Marcel Rufo.
- **Jean-François CROISSANT, Pégase Processus (France):** Psychologue, thérapeute familial, formateur en alcoologie et en thérapie familiale. Co-directeur pédagogique de Pégase Processus. Animateur de groupes de couples, de patients alcooliques et de groupes destinés à l'entourage, il intervient régulièrement comme formateur ou superviseur en centre de soins et auprès d'équipes éducatives.
- **Dr Catherine DUCOMMUN-NAGY (Etats-Unis) :** Psychiatre d'enfants et d'adultes, thérapeute familiale, professeure adjointe dans le département du couple et de la famille à Drexel University (Philadelphia), spécialiste internationalement reconnue de la thérapie contextuelle, elle a publié «Ces loyautés qui nous libèrent » (Lattès, 2006). Directrice de l'Institut for Contextual Growth fondé par son défunt mari, le professeur Ivan Boszormenyi-Nagy.
- **Didier DUMAS (France):** Psychanalyste, il est connu notamment pour ses travaux sur le transgénérationnel et sur la sexualité masculine. Il est proche de Françoise Dolto. Auteur de nombreux ouvrages.
- **L'équipe du Service Anjela DUVAL (France):** Laure Bleton, Mme Coum, M. Bodenes, Centre hospitalier universitaire de Brest, Hôpital Morvan, Unité d'orientation et de prévention vis-à-vis du suicide, unité d'hospitalisation pour jeunes en souffrance psychique. Dr Bleton, psychiatre responsable du service, Mme Coum, psychologue clinicienne et M. Bodenes, Assistant social.
- **L'équipe du Centre ESPACE (France):** Dr Robin Benoît, Marie-Laure BERNARD, infirmière, Anne FOURAGE, infirmière et Laurence THIERRY, assistante sociale et thérapeute familiale, Centre Régional du CHU de NANTES, incluant 3 Unités (Prévention-consultation, Accueil des Familles et Hospitalisation), pour adolescents et jeunes adultes en situation de crise, et articulé avec le réseau Ville-Hôpital (Maison Départementale des Adolescents...)
- **Jean-Paul GODET (France):** Analyste Transactionnel en éducation, enseignant et superviseur agréé TSTA (Teaching and Supervising Transactional Analyst) par l'EATA (Association européenne d'analyse transactionnelle). Formateur et consultant en éducation et en travail social, intervenant auprès d'écoles de collèges ou lycées, Maisons Pour Tous, PAIO, Centre sociaux culturels...Coach de cadres et de dirigeants.

- **Michelle GUEZ (France):** Intervenante pour Pégase Processus. Formatrice en prévention et gestion des conflits, Michelle Guez s'est formée avec Marshall Rosenberg, docteur en psychologie clinique, qui a mis au point le processus de Communication NonViolente
- **Monique Halley et une collègue, Service d'addictologie, Centre Bateson de St-Lô (France) :** thérapeute familiale.
- **Frédéric LA BELLE, Pégase Processus (France):** Formateur sénior en thérapie familiale et en thérapie de groupes, psychothérapeute pour individus, couples, familles et groupes, superviseur consultant en systémique. Il est également co-directeur pédagogique de Pégase Processus. Membre fondateur de l'AFTA (American Family Therapy Institut), membre clinicien de l'EFTA (Européenne) et l'IFTA (International).
- **Janick LE ROY Pégase Processus (France):** Cadre socio-éducatif, formée à la thérapie familiale systémique et aux pratiques centrées sur les solutions. Chargée de consultation au CCAA de Rennes. Animation de groupe d'adolescents et avec la famille.
- **Claude MARCOTTE (Québec):** Retraité, il occupait le poste de coordonnateur clinique au Centre Jeunesse de Québec. Instructeur de la Théorie du choix et de la Thérapie de la Réalité du Dr William Glasser, il dispense de la formation auprès des intervenants en centre de réadaptation, les écoles du Canada, les organismes d'insertion à l'emploi et les centres de toxicomanie.
- **Jean-Marie PETITCLERC (France):** Diplômé de l'Ecole Polytechnique, éducateur spécialisé, actuellement directeur d'une association de prévention, Le Valdocco, à Argenteuil, il est considéré comme un expert des questions d'éducation dans les zones sensibles. Auteur d'ouvrages sur ce thème.
- **L'équipe de la Protection Jeunesse de Québec (Québec):** Daniel Côté, directeur et Gilles Mireault
- **Nicole RIVIERE et Isabelle MONTAGNE (France) :** Thérapeutes initiées à la pratique du géosociogramme par Anne Ancelin-Schützenberger dans le cadre d'une association d'aide aux malades atteints du cancer et à leur famille pendant 7 ans, elles participent depuis 1999 au Groupe de Recherches Transgénérationnelles du « Jardin d'Idées » (Ecole Didier DUMAS) où elles co-animent les journées d'initiation à la pensée transgénérationnelle et à la pratique de l'arbre généalogique.
- **La SAUVEGARDE 56 (France):** Jean Lavoué, directeur, Jean-Guy Hémono, directeur des services d'Accueil des adolescents et Kathryn Mainil du SAFHIR (Services d'accueil familial d'adolescents en grande difficulté)
- **L'équipe du centre LE TAMARIS (Belgique):** Le Tamaris est une institution qui accueille des adolescents depuis plus de 30 ans. Elle est actuellement, et depuis 2003, le seul Centre d'Accueil Spécialisé à Bruxelles. **Anne-Pascale Marquebreucq:** Psychologue clinicienne - Psychothérapeute, Directrice du Centre d'Accueil Spécialisé « Le Tamaris », Formatrice en thérapie familiale et à l'intervention systémique. Et **Grégoire Nyssens,** Psychologue au Tamaris, Docteur en Psychologie, Psychothérapeute, Formateur en thérapie familiale et à l'intervention systémique.
- **Dr Wiss (France) :** Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Guillaume Regnier de Bain de Bretagne



Conférence du 3 avril

**L'ETHIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES  
ADOLESCENTS (10H30)**

*Lazare BENAROYO*

- « Ethique et responsabilité en médecine ». Benaroyo L. – Editions Médecine et hygiène, collection Médecine et société

**ATELIER N°8 – EXPOSITION**

**LA VIOLENCE EN PARLER POUR CHANGER !**

**Centre hospitalier de Plouguernevel**