

**RHIZOME** n.m. (gr. *rhiza*, racine). Tige souterraine vivante, souvent horizontale, émettant chaque année des racines et des tiges aériennes.

## Bulletin national santé mentale et précarité

# Pourquoi les adolescents inquiètent-ils les adultes ?

édito

Christian LAVAL  
Jean FURTOS

Pour Maud Mannoni\*, une éducation était réussie lorsqu'un adolescent pouvait dire à ses éducateurs : « *vous vous êtes trompés, votre univers, on n'en veut plus* ». La société de consommation découvrait alors en son sein une autre culture, la promesse d'un monde à refaire. « Le grand duduche » a représenté pour la génération des années 70 l'*ado décalé*, travaillé par ses hormones, opposé aux lois d'un monde adulte qui, comme le chantait Dutronc, devenait « *piquant comme un cactus* ». C'était à la fois le temps du rêve, de la crise adolescente, de l'adolescent chrysalide, mais aussi de l'adolescence comme contre-culture.

Aujourd'hui, comme le dit Houellebecq, l'homme moderne serait devenu un *adolescent diminué*. Il est vrai que c'est bien dans l'air du temps de faire porter à l'adolescence tous les traits ordinairement attachés au peu fréquentable « individu post moderne », marqué du double sceau de l'individualisme et du consumérisme ; ce renversement de regard n'est pas sans conséquence performative : faire de l'adolescence le paradigme de l'individu contemporain est indissociable d'un traitement ambivalent des adolescents. Leurs écarts de conduite sont en effet facilement codés comme des comportements inquiétants, potentiellement pathologiques, déviants, voire dangereux a priori pour les « adultescents » de tous bords.

Ce numéro de Rhizome voudrait montrer une réalité plus complexe. La plupart des adolescents vont plutôt bien, il faut tout de même le dire ; leur principal « travail » consiste alors à « s'assumer », à s'installer, à trouver leur place dans le monde en le refaçonnant à leur manière. L'adolescent serait plus un sculpteur qui modèle son cerveau et sa vie par élagages successifs qu'un peintre qui pose sa pâte de couleur sur le tableau ; c'est du moins ce que l'on peut comprendre de l'apport de la neurobiologie. D'autres, moins nombreux, sans doute plus fragiles, « nous » échappent. Leurs conduites apparemment illisibles nous appellent à effectuer un travail de compréhension sur ce qui peut apparaître tout aussi bien comme une itinérance initiatrice, une errance psychique, une initialisation des corps en acte, voire un tableau pathologique caractérisé. Ceux-là ont besoin de sollicitude,

parfois de soins, et peuvent passer par la case hospitalisation. Ils ont besoin que le « nous » ouvre de nouveaux espaces interinstitutionnels dans la cité pour que celle-ci devienne plus hospitalière à leur quête de sens.

Si l'adolescent est à comprendre comme la difficile rencontre de la puberté et de la culture, ne lui mettons pas sur le dos les fantasmes décadentistes, mélancoliques et persécutoires d'une partie de la société qui doute de son avenir par classe d'âge interposée. Les adolescents ne sont pas seulement notre miroir : divers dans leurs préoccupations, dans leur santé, dans leurs ressources, dans leurs aspirations, ils portent notre avenir, ils appellent à un désir bienveillant de transmission.

\* Psychanalyste française (1923-1998) qui s'est référée à l'antipsychiatrie par sa pratique et sa prise en compte des facteurs sociaux.



Jean-Christophe Moreno

## Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

### DOSSIER

Les jeunes sont en bonne santé...mais certains plus que d'autres

Patricia Medina p. 2

L'adolescence à l'épreuve de la neurobiologie

Nicolas Georgeff p. 3-4

Le corps en acte  
Temps du corps et temps de la vie à l'adolescence

Pascal Roman p. 5

L'avenir c'est maintenant

Serge Lesourd p. 6

Mesures éducatives, mesures répressives, qu'en est-il aujourd'hui ?

Muriel Egin p. 7-8

Errance active : une marginalité initiatique ?

François Chabeaux p. 9

Les marques sur la peau: initialisation et non initiation

Patrick Baudry p. 10

La Santé Mentale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (Samenta)

Anne Laporte et Pierre Chauvin p. 11

Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent

Thierry Rochet p. 12-15

Les Maisons des Adolescents sont-elles utiles ?

Alain Fuseau p. 13

Les « adodifficiles » : un problème public interinstitutionnel

Christian Laval et Bertrand Ravon p. 14-15

ACTUALITES p. 16

# Les jeunes sont en bonne santé... mais certains plus que d'autres

**Les données statistiques montrent qu'aujourd'hui, en France, les « jeunes », c'est-à-dire globalement les « 15-24 ans », sont en bonne santé. Ils sont en meilleure santé que les moins de 15 ans (maladies infantiles), que les adultes et, cela va sans dire, que les personnes âgées. Enfin, c'est chez les jeunes que la mortalité est la plus faible et les pathologies les moins fréquentes. Les jeunes, eux-mêmes, déclarent dans les enquêtes avoir un bon ou très bon état de santé.**

**Patricia Medina,**  
Sociologue,  
Chargée d'études à  
l'Observatoire Régional de  
la Santé (ORS) Rhône-  
Alpes

<sup>1</sup> NDLR : La dysmorphophobie est la crainte obsédante (à tort ou à raison) d'être laid ou malformé. C'est une maladie caractérisée par une préoccupation ou une obsession concernant un défaut dans l'apparence, fût-ce une imperfection légère réelle (taches de rousseur, grand nez, peau marbrée, rides, acné, cicatrices), voire imaginaire.

## Bibliographie

- Guitton E., Arnaud C., Godeau E., Navarro F., Grandjean H. Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rev. Epidemiol. Santé Publique, 2005, 53, 383-392
- Guignon N., Fonteneau L. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats. DREES, Etudes et résultats, mai 2007, n° 573, 8p.
- Choquet M., Com-Ruelle L., Le Guen N. et al. Les jeunes et l'alcool aujourd'hui. Principaux résultats. IREB, février 2008, 15p.
- Aouba A., Pequignot F., Camelin L. et al. La mortalité par suicide en France en 2006. DREES, Etudes et résultats, septembre 2009, n° 702, 8p.
- Danet S., Haury B., Fourcade A. L'état de santé de la population en France en 2008. Suivi des objectifs de la loi de santé publique. DREES, Etudes et résultats, décembre 2009, n° 711, 8p.

Ceci étant, la santé des 15-24 ans présente des spécificités. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les jeunes (près d'un décès sur deux), le suicide arrive en seconde position (mais reste bien moins élevé que chez les adultes et personnes âgées). Enfin, ils sont de plus en plus concernés par la consommation de substances psychoactives : tabac, alcool et cannabis, majoritairement.

Ce que l'on sait peut-être moins, c'est que les inégalités de santé liées au milieu social concernent également les jeunes. Les différentes études qualitatives réalisées par l'ORS Rhône-Alpes concernant les adolescents ou les jeunes en insertion, confirment que les jeunes « héritent » des difficultés socio-économiques de leurs parents, notamment en matière d'accès aux soins. Les jeunes issus de milieux précaires ont ainsi, notamment, des difficultés à financer, ou à faire financer par leurs parents, les soins de dentisterie, d'ophtalmologie et d'orthodontie, ce qui a un impact négatif sur leur qualité de vie, leur apparence physique, et par conséquent sur leur image d'eux-mêmes. Ces jeunes, comme leurs familles, sont confrontés à des arbitrages économiques quotidiens, défavorables aux consultations à visée préventive ou même curative et au suivi médical : la santé n'est pas la priorité. Enfin, au-delà de ces contraintes économiques, c'est au sein de la famille que les habitudes de « soin de soi » ou de « non soin »,

d'hygiène de vie, se transmettent : dans ce domaine également, la précarité sociale mais aussi psychologique des parents retentit sur les jeunes, qui vont plus ou moins s'approprier leur santé.

C'est par ailleurs autour de la souffrance psychique et des conduites à risques que se concentrent les problèmes de santé des jeunes. La précarité familiale, l'échec scolaire, le chômage, engendrent un fort mal-être : « déprime », anxiété, faible estime de soi, pessimisme quant à l'avenir, dysmorphophobie<sup>1</sup>, sont des thématiques récurrentes dans les entretiens avec les jeunes... Si certains ressentent et disent qu'ils « vont mal », qu'ils ont besoin de « parler », ils sont encore souvent réticents à l'idée de se confier à un « psy » : la peur du professionnel qui « ne dit rien » et la crainte d'être étiqueté comme « fou » sont récurrentes. Le mal-être se traduit parfois par des conduites à risques : chez les garçons ce sont surtout des consommations abusives d'alcool et de cannabis (ivresses, consommations chroniques), mais aussi la conduite automobile dangereuse... Chez les filles, les difficultés exprimées et les prises de risques ne sont pas tout à fait les mêmes : question du statut des filles dans la famille et dans le couple, craintes de la stérilité qui pousse à prendre des risques (tomber enceinte...), croyances optimistes et erronées sur les aides apportées aux mères célibataires, désir de reconnaissance sociale par la maternité, mais faible projet autour de l'enfant... Or, la parentalité ne va pas de soi, notamment dans un contexte de difficultés socio-économiques. Des différences sont également notables entre jeunes en difficultés d'insertion des zones urbaines et des zones rurales. Chez ces derniers, on observe parfois des pratiques à la fois « traditionnelles » et problématiques autour de l'alcool (initiation dans la famille, fêtes des conscrits, sociabilité familiale, etc...) mais aussi une « économie » spécifique des violences physiques : les rixes à la

sortie des bals, des boîtes de nuit, entre bandes de villages voisins, sont une sorte de rituel pour certains. Enfin, les accidents de la route sont monnaie courante. En ville, les trafics, la petite délinquance (incivilités, deal, ...) renvoient à la survie par l'économie « parallèle », mais aussi à un resenti d'exclusion sociale et de stigmatisation.

Le fait d'être en apprentissage ou d'avoir un emploi n'est pas toujours une garantie en matière de santé : lorsque les revenus sont faibles, les conditions de travail mauvaises (règles de sécurité non respectées, pénibilité, contrats précaires...), le travail peut jouer négativement sur la santé (accidents, usure précoce des articulations, dépressivité,...).

Enfin, lorsque les relations sont conflictuelles avec les parents, lorsque le « portage » parental est faible ou inexistant, toutes les difficultés sont amplifiées : difficultés matérielles (notamment logement), affaiblissement des réseaux sociaux liés à la famille, désorientation par rapport au système de soins, difficultés à prendre « soin de soi », prises de risques accrues...

Au bilan, la précarité affective, cumulée à la précarité sociale et économique, est défavorable à une bonne insertion sociale et à un bon état de santé chez les jeunes aussi. ■



Jean-Christophe Moreno



# L'adolescence à l'épreuve de la neurobiologie

**Nicolas Georgieff**  
*Professeur de psychiatrie  
 Université Lyon 1,  
 Psychiatre au Centre  
 hospitalier le Vinatier,  
 Bron*

On sait combien la définition de l'adolescence, en tant que moment du développement psychologique, reste problématique. Contrairement à celles du processus pubertaire, ses limites chronologiques déjà sont arbitraires, varient selon les cultures, les lieux et les époques. Si certaines cultures la réduisent à un passage, d'autres, dont la nôtre, en repoussent les limites autant vers l'enfance que vers l'âge adulte, pour des raisons économiques, politiques et consuméristes. D'où les controverses entre tenants de l'adolescence comme stade, et défenseurs d'une position constructiviste, ou relativiste, qui voient dans l'adolescence une construction culturelle et sociale.



Jean-Christophe Moreno

Selon une perspective pluridisciplinaire, nous préférons proposer que l'adolescence se laisse comprendre autant comme un fait ou surtout un processus clinique et psycho ou psychopathologique que social, anthropologique, culturel, ou économique, selon le regard posé sur elle. Il s'agit en effet de lectures différentes d'une même réalité, qui elle-même se définit comme un système, plus ou moins stable, durable et organisé, de comportements (au sens fort du terme, qui implique que la conduite observable témoigne d'un état mental ou psychologique sous-jacent). Finalement, la formule selon laquelle l'adolescence est la rencontre de la puberté et d'une

société ou culture reste juste, à condition de donner au terme de puberté le sens d'un moment du développement impliquant des transformations biologiques, corporelles, cérébrales et psychologiques commandées par une contrainte intrinsèque programmée. Les expressions de cette contrainte au plan des conduites et de la vie mentale varieront fortement selon le contexte socioculturel qui accueille autant qu'il contraint cette phase obligatoire de transformation de l'individu.

Cette compréhension plus objectiviste du processus adolescent est renforcée par l'éclairage récent des transformations cérébrales qui lui sont contemporaines et ajoutent, aux niveaux de lecture évoqués plus haut, celui de la neurobiologie. Longtemps la dimension biologique de l'adolescence s'est réduite à la prise en compte des transformations endocriniennes et corporelles, selon une perspective classique affrontant le corps et l'esprit, au risque habituel d'une perspective soit dualiste soit syncrétique «psycho-somatique». Aujourd'hui émerge une dimension neurobiologique et cérébrale de l'adolescence. Une série de travaux d'imagerie cérébrale montrent que l'adolescence est contemporaine de deux grands types de modifications cérébrales. La première consiste en un processus de maturation et de myélinisation tardive, qui se termine seulement au début de l'âge adulte, et concerne particulièrement les structures frontales dont on connaît l'importance pour la planification de l'action et l'anticipation des conséquences des comportements, ainsi que la compréhension des règles sociales (il est un des composants essentiels du «cerveau social»). La seconde est une phase de synaptogénèse et d'intense création de connexions synaptiques en excès, suivie d'un processus de mort cellulaire et de réduction des synapses («pruning» ou «élagage») qui permet, entre le début de la puberté et l'accès à l'âge adulte, un remodelage de la structure cérébrale et de ses connexions. Ce pro-

cessus reproduit à l'adolescence le processus bien connu chez le bébé et qui aboutit au début de l'enfance à une première organisation des voies et connexions synaptiques.

Ce qui est nouveau, c'est la découverte que ce modelage se reproduit durant l'adolescence. Le mécanisme en est le même : une première phase produit un excès de connexions synaptiques, sur la base desquelles les interactions avec l'environnement sélectionnent et renforcent les neurones et connexions sollicités, les autres mourant ou se défaisant. Le cerveau s'organise donc, pour reprendre la métaphore freudienne, non sur le modèle de la peinture par ajout de matière, mais sur celui de la sculpture, par soustraction dans une masse en excès. Le même processus qui aboutit dans les premières années de vie à une première organisation synaptique se reproduit durant l'adolescence, comme si l'organisation cérébrale devait alors se réaménager en fonctions de nouvelles contraintes ou règles, endogènes (la maturité sexuelle mais aussi la poussée du processus développemental psychique propre) et exogènes (les nouvelles règles sociales auxquelles l'adolescent doit se soumettre). C'est en tout cas ainsi que nous sommes tentés d'interpréter la finalité de ce réaménagement. Le cerveau dispose en effet, grâce à ce processus qui produit un excès de matière et de connexions sur laquelle la réalité du fonctionnement mental, sous la pression à la fois de l'environnement et de compétences intrinsèques, peut ensuite retenir et favoriser les neurones et connexions effectivement actifs, d'un moyen de prendre en quelque sorte l'empreinte de l'environnement, plus exactement l'empreinte de ses interactions avec ce dernier. Le cerveau est ainsi (re)modélé par les liens intersubjectifs. Il dispose donc d'un moyen de mettre en œuvre de nouvelles compétences, de nouvelles solutions. Tout se passe donc comme si à l'adolescence un réaménagement, une révision ou une réactualisation, plus ou moins importants, de cet état à la fois fonctionnel et structurel devait être opéré.

## L'adolescence à l'épreuve de la neurobiologie (suite)

Doit-on voir dans cette dimension neurobiologique de l'adolescence le moyen d'enfin en définir les bornes ou limites chronologiques ? Probablement pas, car ce processus de remodelage opère sur une longue durée, et que rien n'interdit de penser qu'il peut se renouveler ensuite. En tout cas, on sait que la plasticité cérébrale permet des modifications des connexions synaptiques tout au long de la vie. Les changements opérés entre fin de l'enfance et âge adulte sont en tout cas plus visibles ou plus marqués.



Mama Rossi

Peut-on y trouver les arguments pour concevoir l'adolescence comme un stade développemental, un processus plus biologique que psychologique ou socialement déterminé, contrairement à ce que nous proposons plus haut et par un curieux retour en arrière ? Non plus, car ce mécanisme intègre au contraire l'organisation socioculturelle, l'activité mentale et l'organisation biologique, le cerveau portant dans sa structure même les traces de l'histoire du sujet et l'empreinte de l'organisation socioculturelle dans laquelle il grandit, l'empreinte des liens intersubjectifs surtout – ce que déjà le concept de plasticité cérébrale permettait de penser.

La biologie n'autorise donc pas à définir l'adolescence comme un stade développemental ancré dans le biologique, qui lui donnerait à la

fois son réel contenu et ses limites chronologiques objectives – celles des processus de maturation cérébrale. Ils ne réduisent pas non plus ses dimensions psychologiques au statut seulement d'épiphénomènes du biologique. Les neurosciences modernes et l'épigénèse ne donnent en effet aucune prééminence au biologique sur le psychologique – sauf dans le cas de la lésion ou de la dégénérescence cérébrale première. Elles invitent à penser des interactions réciproques complexes entre les différents plans de complexité de ce continuum du vivant que seules les limites inhérentes à nos modes d'observation et de compréhension, les limites de nos méthodes et in fine les limites de notre pensée, découpent artificiellement en réalités biologique, anthropologique, sociale, psychologique, culturelle...

Ce que nous retiendrons de l'éclairage « cérébral » de l'adolescence est plutôt que se (re)joue alors un processus complexe d'interactions entre l'environnement (surtout humain) et l'organisation cérébrale capable de remodeler celle-ci. Social, psychologique et biologique interagissent, le cerveau prenant en quelque sorte l'empreinte à la fois des changements du monde extérieur que des contraintes psychologiques intrinsèques. La métaphore de la mue trouve ici de nouvelles résonances, jusqu'à l'abandon d'un cerveau infantile, transformé par les processus de changement au même titre que le reste du corps infantile est abandonné. Ce qui conduit à comprendre l'adolescence comme un processus et surtout un paradigme, l'illustration exemplaire d'une propriété fondamentale de l'individu présente tout au long de la vie : propriété adaptative qui permet un ensemble de transformations comportementales et psychologiques lorsque des changements à la fois intrinsèques (celles programmées du développement et/ou vieillissement) et extrinsèques (de la réalité interpersonnelle, sociale et culturelle,

modifiée par l'accès au corps et au statut adulte, modifiée par l'accès à la sexualité génitale) imposent au sujet de s'adapter à la fois à une nouvelle réalité externe et à une nouvelle réalité interne – une nouvelle réalité psychique au sens freudien.

Nous en tirerons trois conclusions. La première est la proximité entre adolescent et bébé, de grande valeur clinique. Comprendre l'adolescent opposant et dit « difficile » sur le modèle du bébé (sa fragilité, sa dépendance, mais aussi ses potentialités de changement) est en effet souvent fructueux. La seconde est le fait que l'adolescence répétant le processus initialement actif chez le bébé suggère qu'il s'agit d'un processus capable de se répéter à d'autres moments clefs de l'existence, lors de changements internes et externes majeurs. L'adolescence illustrerait, de manière exemplaire, un mécanisme adaptatif continu qui pourrait nous aider à penser d'autres périodes majeures de changement durant la vie – et notamment d'autres étapes de la vie et finalement ce qu'il est convenu d'appeler, en le scindant curieusement et arbitrairement du reste du développement – le vieillissement. La troisième invite à concevoir le processus psychothérapeutique comme une modalité « artificielle », déclenchée par le dispositif thérapeutique, de déclencher ce même processus pour aider le sujet à s'adapter à une nouvelle réalité interne et/ou externe. Ce modèle nous paraît ouvrir des perspectives fructueuses pour comprendre les dimensions multiples, dont biologiques, des psychothérapies. ■

## Bibliographie

Weinberger DR, Elveg BE, Giedd JN (2005), The adolescent brain: a work in progress. The national campaign to prevent teen pregnancy.

Sullivan R, Wilson DA, Fedon J, et al (2006), Impact of early life experiences on brain and behavioral development. *Developmental Psychobiology*, 583-602.

Huerre P., Pagan-Reymond M., Rey (2002), *L'adolescence n'existe pas*, Ed. Odile Jacob.



# Le corps en acte

## Temps du corps et temps de la vie à l'adolescence

**Pascal Roman,**  
Psychologue,  
Psychothérapeute,  
Professeur de psychologie  
clinique, psychopathologie  
et psychanalyse,  
Laboratoire LARPsyDIS -  
Institut de Psychologie,  
Faculté des Sciences  
Sociales et Politiques,  
Université de Lausanne  
(Suisse)

### Bibliographie

- Jeammet P. (1980), Réalité interne et réalité externe à l'adolescence, *Revue Française de Psychanalyse*, 44, p. 498-542
- Marty F. (2005), Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence ?, Paris, *Psychologie clinique et projective*, 11, p. 231-256
- Roman P., Dumet N. (2009), Des corps en actes : symbolisation/désymbolisation à l'adolescence Toulouse (Erès), *Cliniques Méditerranéennes*, 79, p. 207-227
- Gutton P. (1991), *Le pubertaire*, Paris, P.U.F. et Gutton P. (1996), *Adolescents*, Paris, P.U.F.
- Guillaumin J. (2001), Besoin de traumatisme et adolescence in *Adolescence et désenchantement*, Bordeaux, L'Esprit du Temps, p. 9-21
- Roman P. (2003), Les aménagements-pseudo : figures paradoxales de la résolution de la crise adolescente Genève, *Psychothérapies*, 23, 3, p. 139-14

**Comment envisager l'avenir dans un corps en pleine mutation à l'adolescence ? Comment, en référence aux propositions de Philippe Jeammet, se projeter dans cet autre qui advient, tout en conservant un sentiment d'identité suffisant ? Devenir un autre tout en demeurant le même ? En d'autres termes, dans le contexte d'instabilité somato-psychique de l'adolescence, quelles seraient les conditions pour une inscription dans un temps à venir suffisamment approprié par l'adolescent ?**

J'ai proposé de considérer le temps de l'adolescence comme le temps privilégié des « corps en acte ». En effet, l'événement pubertaire, ou « traumatisme pubertaire » pour suivre la formulation de Philippe Gutton, ouvre sur une mobilisation singulière du corps. L'adolescent se trouve ainsi contraint, *du dedans* pourrait-on dire, à une série de transformations physiologiques auxquelles il ne peut que souscrire, passivement. Bien souvent, la seule issue de l'adolescent consiste à procéder à un retournement de cette passivité subie (on parle de « passivation ») en son contraire, l'activité. Le corps de l'adolescent, mu par l'exigence pulsionnelle, va trouver différentes modalités de « corps en acte », qui lui permettront une forme de compromis face à la radicalité de l'irruption pubertaire. Soulignons ici que cette irruption, si elle introduit la dimension de la temporalité psychique, constitue également, nous l'avons rappelé, une expérience traumatique qui, par essence, brouille les repères de la temporalité. En d'autres termes, là où le traumatisme pubertaire envahit la vie psychique, l'inscription temporelle de l'adolescent se trouve prise en défaut. On pourrait parler d'une forme de *collapsus temporel*, court-circuitage et/ou écrasement de la différenciation chronologique des temps de l'enfance et des temps de l'adulte, dont témoigne en particulier la clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents<sup>1</sup>. Sans doute la grande majorité des adolescents sont-ils en mesure

d'inventer des modalités d'aménagement face à l'expérience pubertaire : les modalités de « corps en acte », qui servent de support à ces aménagements, empruntent à ce que l'on nomme habituellement les « conduites à risque » (prise ponctuelle de toxiques, mise en jeu d'une sexualité à la limite, expériences diverses dans le registre de l'extrême et mise à l'épreuve de la transgression...). On peut considérer ces aménagements comme des tentatives plus ou moins structurantes de s'inscrire dans une temporalité, d'abord marquée par le versant le plus *narcissique* des investissements (se garantir dans une continuité d'être, face aux différents indices qui signent la radicalité des bouleversements identitaires), avant de pouvoir prendre une voie davantage *objectale*, c'est-à-dire prendre le chemin de l'inscription dans une lignée, par la voie des mouvements qui concourent à une réaffiliation au groupe familial. En contrepoint, les adolescents que l'on qualifie parfois d'adolescents « difficiles », se présentent dans une impossibilité de tenir en tension ces différents enjeux de la crise pubertaire. Pour eux, l'adolescence comme temps du « corps en acte » prend la forme d'agirs qui mettent en péril la continuité de leurs investissements et/ou qui témoignent de la grande précarité de leurs ressources narcissiques. On peut nom-

mer, de manière non exhaustive, les différentes formes d'agirs violents, auto-agressifs (auto-mutilations, mouvements suicidaires, addictions...) ou hétéro-agressifs (agirs violents et agirs sexuels violents) qui agitent certains adolescents, tout comme ils mettent à mal les adultes qui en ont la charge. D'une certaine manière, ces expressions d'agirs signent un gel de l'inscription dans la temporalité, dans la mesure de la convocation répétée de l'expérience traumatique (Jean Guillaumin parle « d'appétence au traumatisme » dans le temps de l'adolescence)... l'enjeu consistant dans une possible intégration de ces expériences au sein d'un réseau de sens, soutenu par un environnement en mesure d'accueillir et de contenir les manifestations des « corps en acte » adolescents, en se dégageant de réponses par trop marquées par la rétorsion. Si la pulsion peut échapper à la tyrannie de la satisfaction immédiate, et trouver des voies de dégageant dans le registre des intérêts intellectuels et/ou sociaux, alors s'ouvre une autre modalité d'inscription pour l'adolescent, qui est celle de l'inscription dans une histoire, celle de sa famille, de son quartier, de sa communauté, de son pays... histoire qu'il pourra choisir *d'habiter* selon des modalités d'engagement qui lui sont propres. ■



Marcel Hecquet

<sup>1</sup> J'ai défendu l'idée selon laquelle les agirs sexuels violents à l'adolescence mobilisent une figure dans le registre de la « confusion des langues » (Ferenczi S. (1933), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », œuvres Complètes Psychanalyse 4, Paris, Payot, 1982, p. 125-138), dans la mesure du *collapsus temporel* entre les registres de la sexualité (sexualité infantile versus sexualité génitale adulte).



# L'avenir c'est maintenant

**Le but de tout passage adolescent est, face aux bouleversements qu'impose le biologique, de devenir adulte. Or, si le début de l'adolescence est facilement datable pour chacun dans les transformations du corps, la fin du passage dépend, elle, fortement des conditions sociales qu'imposent à l'individu les représentations culturelles de l'âge et de la fonction d'adulte.**

**Serge Lesourd,**  
Professeur de  
psychopathologie  
clinique  
Université de Strasbourg,  
Psychanalyste.

Si dans les sociétés traditionnelles le passage adolescent était court, et souvent réduit aux seuls rites de passages, c'est parce que dans ces sociétés, la représentation de l'adulte était à la fois précise (répartition forte des rôles entre hommes et femmes et entre classes sociales) et d'autre part, parce que le devenir de l'individu était prévisible du fait de la reproduction sociale des rôles et des fonctions.

aux adolescents. Si le social ou les parents ne doivent plus avoir de projet sur l'adolescent, comme en témoignent les questions autour des « mariages forcés », l'adolescent, a contrario, doit savoir ce qu'il veut devenir et prendre en charge ses choix dans ses actes et ses comportements. Selon la logique managériale qui organise nos rapports sociaux, l'individu adolescent, comme d'ailleurs l'adulte, est seul responsable de la réussite ou de l'échec de son parcours de vie.

Ce changement des coordonnées sociales impose au passage adolescent plusieurs conditions nouvelles qui construisent la projection dans l'avenir des jeunes de nos sociétés postmodernes. Détaillons quelques uns de ces changements dans les processus de sortie du passage adolescent.

- La réussite doit être **individuelle**. Du coup, le collectif, le groupe, s'il reste un lieu de réassurance narcissique et de protection, est parcouru de violence entre ses membres dès que l'individu se met en avant, car ainsi il s'extrait du groupe. La groupalité devient ainsi communautaire et identificatoire amenant l'individu à se fondre dans le groupe et dans sa norme comportementale.

- La réussite repose en premier lieu sur la **capacité à consommer**. La projection dans l'avenir de soi et de sa réussite passe d'abord par sa capacité à s'intégrer dans les systèmes de consommation, soit par l'idéalisation de métiers « rémunérateurs » : sportifs de haut niveau, traders, voire dealers. Mais elle peut aussi s'inscrire dans un refus radical de cette consommation : anorexie ou punks témoignent de ce choix.

- La réussite individuelle est souvent **reportée à plus tard**. L'autonomie de l'adolescent et sa capacité à se réaliser dans le plaisir, sans devoir assumer le plus souvent financièrement cette autonomie, reporte à plus tard la réalisation de soi en tant qu'adulte. Les jeunes restent ainsi dans une latence post-adolescente avant d'assumer les traits caractéristiques de l'âge adulte (autonomie financière, logement

individuel, travail, naissance du premier enfant) comme le montre le recul statistique de l'âge de tous ces indicateurs.

L'adolescence, de temps de passage est devenue, en devenant la jeunesse, un temps social autonome qui met à mal la projection dans l'avenir et le souhait d'un passage à l'âge adulte. La logique hédoniste de la société néolibérale et l'immédiateté des plaisirs qu'elle propose, colle à la logique adolescente de la réalisation imaginaire de soi comme réussite de la promesse œdipienne. La promesse de bonheur ici et maintenant, que soutient l'économie libérale marchande, fait du processus adolescent un modèle social de réussite. Les adolescents tentent donc d'agir le plus longtemps possible en restant dans la réalisation adolescente du tout tout de suite. La projection dans l'avenir ne s'avère alors plus vraiment nécessaire, et ce d'autant moins que le monde des adultes est présenté comme un monde d'insécurité professionnelle (chômage et licenciement risquent d'atteindre chacun) et affective (le divorce ou la séparation est la règle des couples), et comme un monde d'obligation plus que de réalisation de soi.

L'adolescent actuel pense en termes de No Futur. Non parce que le monde va disparaître et est sans espoir, mais parce que l'espoir est adolescent et le bonheur immédiat comme le souhaite notre monde moderne. L'avenir c'est maintenant. Le ratage du bonheur est alors encore plus cruel pour les sujets en adolescence, qui non seulement ne participent plus de cet « âge d'or », mais en plus sont responsables de leurs échecs à être heureux. Alors la non pensée sur le futur devient un réel no futur, comme le disaient les Punks précurseurs en la matière, celui de la dévalorisation de soi et de la dépression de la non existence actuelle. ■



Jean-Christophe Moreno

Nos sociétés modernes démocratiques et libérales ont changé cette représentation faisant du devenir adulte un « choix de l'individu » dépendant uniquement de sa propre responsabilité. L'adolescent doit être porteur de son propre projet de réalisation adulte. Projet professionnel, projet parental, voire projet d'identité de genre, sont quelques unes des formes que prend aujourd'hui la demande sociale adressée

## Bibliographie

Chemama R. (2006), *Dépression, la grande névrose contemporaine*, Toulouse: Erès.

Lesourd S. (2005), *La construction adolescente*, Toulouse: Arcanes, Erès.

# Mesures éducatives, mesures répressives, qu'en est-il aujourd'hui ?

**Muriel Eglin,**  
Juge des enfants à  
Bobigny,  
Membre de l'association  
française des magistrats  
de la jeunesse et de la  
famille

## Justice des mineurs : une approche globale de l'enfance et de l'adolescence

La justice des mineurs s'est construite entre 1945<sup>1</sup> et 1958<sup>2</sup> autour de l'action des juges des enfants, qui véhiculent les valeurs que la société veut transmettre aux jeunes. Elle procède, tout comme la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), d'une approche globale de l'enfant qui n'est pas réduit à ce qu'il a commis ou subi mais considéré à partir de ses besoins et de ses difficultés

Elle est fondée sur l'idée qu'une personne, fût-elle parent défaillant ou jeune délinquant, peut changer si l'occasion lui en est donnée. Le juge des enfants exerce une double compétence civile et pénale auprès des enfants et adolescents en danger et auteurs d'infractions. Cette particularité en fait une instance particulièrement adaptée pour traiter les problématiques adolescentes, qu'elles se manifestent par des conflits, des conduites à risque, du repli ou de la violence sur soi-même ou contre autrui.

En matière civile, le juge des enfants peut prononcer des interventions éducatives à domicile ou confier l'enfant en danger à un tiers, établissement, particulier ou service de l'aide sociale à l'enfance. Contraint par la loi à revoir périodiquement ses décisions, il peut les modifier au fur et à mesure de l'évolution de la situation, jusqu'à ce que le danger cesse et que son intervention ne soit plus nécessaire. En matière pénale, il intervient à la demande du procureur de la République pour apporter une réponse à un acte de délinquance commis par un mineur<sup>3</sup>.

### Les grands principes : responsabilité atténuée, juridiction spécialisée et finalité éducative

La responsabilité pénale des adolescents est atténuée parce que leur personnalité est en construction : leur éducation et leur déve-

loppement n'étant pas terminés, ils ne sont pas encore aptes à recevoir une réponse construite pour des adultes. La peine prononcée à leur rencontre ne pourra donc dépasser la moitié de la peine maximale encourue par un adulte.

Ils doivent être jugés par des juges spécialisés ou selon des procédures adaptées, avec une finalité éducative. L'ordonnance du 2 février 1945 a prévu une procédure souple qui porte l'accent sur la personne de l'enfant délinquant plutôt que sur les faits. Ainsi, un premier temps d'enquête permet de recueillir des renseignements sur la situation du mineur mais lui donne aussi une occasion de s'amender avant son jugement, le cas échéant avec le soutien ferme et bienveillant d'un éducateur ou d'un foyer d'accueil. Le juge des enfants décidera ensuite d'une orientation, en fonction de la gravité des faits, des renseignements recueillis, mais aussi des efforts d'insertion fournis par l'adolescent ou des démarches accomplies en direction de la victime. Il pourra, selon le cas, le dispenser de toute mesure, prononcer une mesure éducative ou saisir le tribunal pour enfants afin que soit prononcée une peine.

Le Conseil constitutionnel a reconnu valeur constitutionnelle à ces grands principes<sup>4</sup>.

## Une remise en cause du système au nom de l'augmentation de la délinquance

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics désignent les mineurs comme responsables du sentiment d'insécurité et d'une augmentation de la délinquance<sup>5</sup>. La moindre sévérité des peines appliquées aux mineurs et la lenteur de la justice seraient à l'origine d'un sentiment d'impunité qui ferait le lit de la récidive. Une demande sociale de contrôle des comportements adolescents se fait pressante, accompagnée d'une perte de confiance dans le travail éducatif. Plus grave, la spécificité du temps de l'adolescence est remise en cause pour réclamer des peines plus sévères au nom de la prise en compte de la souffrance des victimes. Aussi, les multiples réformes du droit pénal et de la procédure ont-elles systématiquement affecté la justice des mineurs, malgré les critiques répétées du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, chargé de vérifier le respect des dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant<sup>6</sup> :

- Les procédures se sont accélérées : en 2002<sup>7</sup> ont été créées des procédures d'urgence pour juger les jeunes selon un système proche des comparutions immédiates des majeurs.

<sup>1</sup> Ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

<sup>2</sup> Ordonnance du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.

<sup>3</sup> Les actes criminels (viols, meurtres, vols à main armée) relèvent toutefois du juge d'instruction et, pour leur jugement, de la cour d'assises des mineurs s'ils ont 16 ans révolus à la date des faits.

<sup>4</sup> Décision n° 2002-461 DC du Conseil constitutionnel du 29 août 2002 sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>5</sup> Cf « Recadrage statistique sur la délinquance des mineurs » par le sociologue Laurent Mucchielli sur <http://www.laurent-mucchielli.org>

<sup>6</sup> Cf les observations du comité à la France en 2004 et 2009 sur le site de l'UNICEF et sur [http://www.cncdh.fr/article.php3?id\\_article=644](http://www.cncdh.fr/article.php3?id_article=644)

<sup>7</sup> Loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, dite Perben I.

<sup>8</sup> Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.



Oscar Haus



## Mesures éducatives, mesures répressives, qu'en est-il aujourd'hui ? (suite)



Jean-Christophe Moreno

\*Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

- La composition pénale, créée en 2002 pour les majeurs, a été étendue aux mineurs en 2007 et permet au procureur de la République, si le jeune et sa famille donnent leur accord, de prononcer des peines d'amende et de travail d'intérêt général avec inscription au casier judiciaire plutôt que de saisir le juge des enfants.

- Les sanctions ont été aggravées : la détention provisoire en matière délictuelle est désormais possible dès 13 ans, des peines planchers peuvent envoyer en prison de jeunes récidivistes pour plusieurs années et l'atténuation de la responsabilité est devenue une option, écartée en cas de récidive<sup>8</sup>.

- Les mesures éducatives font de plus en plus appel à la coercition : des centres éducatifs fermés ont été créés en 2002 et la possibilité d'assortir une mesure éducative

d'une menace d'emprisonnement en cas d'irrespect de certaines obligations est élargie.

La politique du ministère de la justice a suivi un chemin parallèle, privilégiant les réponses à l'acte :

- La PJJ se retire progressivement des prises en charge non exclusivement pénales : les jeunes majeurs sont ainsi laissés au bord du chemin, de même que les adolescents en danger qui bénéficiaient de mesures civiles. Les interruptions de prises en charge se sont multipliées, les passages de relais à d'autres services laissent parfois les familles et les adolescents bien seuls. La PJJ ne prend presque plus de filles en charge.

- Les moyens de la PJJ sont redéployés pour se concentrer sur les centres fermés au détriment des accompagnements éducatifs plus souples. Ainsi, dans de nombreux

départements existent des listes d'attente qui peuvent dépasser 6 mois pour la prise en compte des mesures éducatives prononcées par les juges.

- Le principe d'une réponse systématique à chaque acte, qui n'est pas appliqué pour les majeurs, est désormais tellement largement admis, au risque de favoriser les escalades dans les réponses, qu'il semble supplanter les principes dégagés par le Conseil constitutionnel.

Enfin, après le rapport Varinard, commandé par le ministre de la justice pour préparer la réforme de l'ordonnance du 2 février 1945, un projet de loi en cours de rédaction dans les bureaux du ministère terminerait de démanteler la justice des mineurs puisqu'il prévoit de retirer au juge des enfants la responsabilité de suivre l'évolution des mineurs dans le temps, de limiter à six mois la durée des mesures éducatives et de transférer aux magistrats du parquet le soin de prononcer sans audience des enquêtes de personnalité limitées à trois mois.

Notre société s'est-elle repliée dans ses peurs au point de ne voir dans sa jeunesse que des délinquants en puissance ? Dans un contexte plus favorable à la contention qu'à l'épanouissement personnel, c'est sur l'engagement des professionnels de l'enfance, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, avocats, juges... que les adolescents doivent pouvoir compter pour bénéficier, malgré tout, des prises en charge éducatives, tant qu'elles sont permises par la loi. ■

### Bibliographie et lien utile

Baranger T., Nicolau G., (2008), *L'Enfant et son juge. La justice des mineurs au quotidien*, Hachette.

Bellon L., (2010), *L'Atelier du juge*, Erès.

Youf D., (2009), *Juger et éduquer les mineurs délinquants*, Dunod.

Site internet de l'association des magistrats de la jeunesse et de la famille : [www.afmjf.fr](http://www.afmjf.fr)



# Errance active : une marginalité initiatique ?

**François Chobeaux,**  
Responsable des secteurs  
Social et Jeunesse des  
CEMEA,  
Animateur du réseau  
national « Jeunes en  
errance »

Le monde de l'errance active, revendiquée, celle des zonards, des punks, des travellers, des squatters, fait l'objet de recherches en sciences humaines et sociales, et d'expérimentations de modes d'action en travail social. Il est acquis qu'il ne s'agit pas là d'une population juvénile homogène, mais que de profonds clivages la traversent. En particulier, ce monde réunit des jeunes qui se cherchent dans des dynamiques actives, constructives, de quête de soi, et des jeunes qui se fuient en s'enfermant dans un agir permanent leur permettant d'évacuer temporairement leur passé.

Il apparaît que « ceux qui se cherchent » s'engagent dans l'errance pour une période limitée, avec des conduites relativement contrôlées, et qu'ils sont capables de dire ce qu'ils y ont trouvé et pourquoi ils ont arrêté quand ils en parlent quelques années après. La période d'errance (mais le terme est-il encore adapté ?) fonctionne pour eux comme un espace de découverte et d'initiation individuelle où s'inventent les formes nouvelles de ce rite dans la société contemporaine.

La plupart d'entre eux ont vécu des enfances équilibrantes. Enfants aimés, accompagnés, le processus d'attachement a joué son rôle jusqu'à sa résolution. Ils savent qui ils sont, ils prennent soin d'eux, ils ont pu développer une estime d'eux-mêmes qui les a conduits à avoir une personnalité affirmée et épanouie. Cependant ils ne se satisfont pas de ce qu'ils ont, de ce qu'ils sont, il y a encore quelque chose qu'ils veulent trouver, qu'ils souhaitent vivre, comme si une dernière découverte était à faire, à vivre, dans une dernière prise de distance avec la sécurité de la normalité et avant l'entrée définitive dans la vie adulte. Ils vont alors aller vivre un passage sur les marges de l'errance le temps de quelques festivals, d'un été, d'une ou de quelques années, dans une quête active d'eux-mêmes. Parfois qualifiés de « punks en chocolat » par les vrais, les durs, c'est exact



Jean-Christophe Moreno

qu'ils sont plus là en visite qu'avec un bail à long terme, et à la différence avec ce noyau dur de l'errance ils font plus attention à eux, ils sont plus prudents dans leur utilisation des toxiques.

La plupart se trouvent, ce chemin partagé avec l'errance les conduisant alors dans deux directions possibles.

Ils peuvent décider d'arrêter et de revenir vers la normalité, clairement enrichis de ce qu'ils ont vécu. Parenthèse apparente dans une vie linéaire, cette expérience sera pour eux pleine de sens. On les retrouve actuellement dans des formations conduisant à des métiers tournés vers les autres (IUFM, formation de travailleurs sociaux...), dans des cursus universitaires qui leur permettent probablement de mettre du sens sur leur vécu (sciences humaines et sociales, sciences de l'éducation), dans les métiers du spectacle, de l'humain. Interrogés sur les acquis de cette période de leur vie, ils disent assez clairement la découverte d'eux-mêmes alors faite et dont ils avaient visiblement besoin. Bien souvent ils ne présentent aucun signe identitaire évoquant leur vie passée, et ils ne l'évoquent pas spontanément ; la rencontre, l'épreuve vécue les a grandis, et ne nécessite pas un appel permanent à un statut passé.

D'autres décideront de poursuivre dans le chemin de la marginalité, s'engageant dans les

alternatives culturelles et politiques des squats urbains et des nouvelles communautés rurales.

Peut-on alors parler de parcours, d'étape, d'épreuve initiatique ? Pas si on s'en tient aux acquis stricts de l'anthropologie, en particulier à la nécessité d'une dimension collective-communautaire du parcours, possible dans les sociétés de la tradition. Mais quand tant de jeunes vivent aujourd'hui les mêmes aventures sur les mêmes marges, et en parlent ensuite avec les mêmes mots, force est de constater que quelque chose agit ici. Les quêtes identitaires individuelles sont ici évidentes, mais insuffisantes pour expliquer et comprendre ce qui se passe. Ce phénomène générationnel rejoue les dynamiques de la beat generation, de la période hippie, du phénomène punk dans sa version politique, du phénomène traveller dans sa radicalité alternative.

Cette période de quête active de soi n'est pas à prendre comme une parenthèse, comme un moment simplement à subir par les proches « en attendant que jeunesse se passe ». Les transformations qu'elle apporte aux jeunes dans les façons de se connaître et de se comprendre seront à suivre avec intérêt par ceux qui portent attention à l'impact des dynamiques de jeunesse sur la société de demain. ■

## Bibliographie

Chobeaux F., (2009), *Intervenir auprès des jeunes en errance*. Editions La Découverte, Paris.

Créyemé A., Morales J-H., *Sur les marges des festivals. Vie Sociale et Traitement n° 104*, 2009, pp. 7-16.

Dupont S., Lachance J., (2007), *Errance et solitude chez les jeunes*. Editions Téraèdre, Paris.

Le Breton D., (2007), *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Editions Métailié, Paris.

# Les marques sur la peau: initialisation et non initiation

**Les marques sur la peau ne sont pas seulement de surface. Les scarifications viennent pénétrer la chair. Des tatouages – qui ne procèdent plus d'une symbolique collective ou de l'affirmation d'une marge subie ou revendiquée (celle des prisonniers ou des marins) – sont également incisifs tout en étant ambigus. Sur soi et en soi, le trait plus ou moins habile ou esthétique, vient à la fois affirmer une identité et sa mise en doute.**

## Une initialisation

De quoi s'agirait-il ? De quête identitaire dira-t-on, quand dans le tourment d'un grandissement, la personne voudrait se connaître et atteindre son propre rivage. Le corps serait-il le territoire qu'il faudrait que l'individu pratique pour composer son unité ? C'est surtout au bord de lui-même que l'adolescent se situe. Exposé sans doute, mais aussi retiré. Explicite et secret. Lisible et mal déchiffrable.

Ces marques n'intègrent plus à une société. Dans les cultures négro-africaines, l'épreuve physique dont témoigne le signe inscrit (ou écrit) contraint à entrer dans le monde adulte. Le risque corporel ou le remaniement d'un montage du corps ne procède pas d'une invention individuelle : il est obligatoire. C'est dans un cadre intergénérationnel (non pas intra-générationnel ou de façon solitaire) que le rapport à la loi et à la limite s'énonce. L'impouvoir, le devoir de responsabilité signifient la fin de l'enfance et initient à une vie qui détermine à transmettre. Il s'agit bien moins de définir une identité comme nous serions peut-être portés à croire que cela est essentiel – que de situer une place dans une chaîne intergénérationnelle.

Il n'y a aucune initiation (au sens anthropologique du terme) dans les marques répétées des scarifications contemporaines. L'enjeu est celui d'une initialisation : marquer un début, afficher un commencement, s'inscrire dans

une histoire où l'on puisse non pas se connaître mais situer un positionnement. Dans cette perspective, c'est n'est pas un repli qui s'organise maladroitement, mais un « dépli » qui se tente. Ce n'est pas sur la « limite » que semblent affirmer des attitudes extrêmes qu'il faut focaliser l'attention, mais sur le rapport qui se joue à cette limite que la personne veut placer.

La limite s'entrevoit le plus souvent comme un trait. Or c'est une zone intermédiaire. Ce qui se dessine sur le corps fait place à un écart. Dans ces pratiques qui portent atteinte à l'intégrité corporelle, et en raison de l'ivresse qui semble attachée à une mise à mal du montage corporel, il semble que l'individu s'évade de lui-même et qu'il abandonne les conventions relationnelles. Le plaisir y tiendrait à la possibilité d'être ailleurs, comme hors du monde en commençant par se vivre hors de soi. Il semblerait que l'omnipotence s'expérimente dans la possibilité de se défaire de tout lien, tout en revendiquant une éventuelle appartenance à une communauté étrangère. Mais l'on peut proposer un autre regard sur ces pratiques.

## L'excès de lien

Ne s'agit-il pas, au contraire d'une libération totale, de se souder à soi-même ou de pratiquer intensivement un rapport de soi avec soi, comme si la distanciation du soi-même était intolérable et qu'il faille coller à sa propre identité ou à sa propre image en en faisant le lieu de sa propre identification ? La dépendance serait moins gouvernée par « l'éclate » que par la préoccupation d'une continuité. La conduite extrême ne serait donc pas une pure sortie, mais une tentative, en direction d'une extériorité, de ressouder pour soi la donne identitaire, sauf que cette extériorité serait toujours au-delà du soi-même, incitant alors à la prise augmentée de risque, à la surenchère répétée

d'une tentative de coïncidence avec un soi-même qu'on voudrait enfin posséder.

Tout se passe comme si l'image de soi devait être réglée, vérifiée, précisée, définie, c'est-à-dire comme s'il ne fallait pas d'écart entre l'image et soi-même, mais aussi comme si cette image était hors de soi ou fournissait dans l'expérience de sa fabrication la possibilité de se dissocier de soi. Pas d'écart entre son image propre et soi-même : il s'agit du refus du soi-même comme écart. Mais aussi fabrication de cette image qui permettrait de se fonder de l'extérieur de soi : comme si donc il ne fallait pas seulement s'assurer de soi-même et de sa propre conformité, mais de faire du soi un hors lieu. Celui qui va mal n'a évidemment rien d'un conquérant ; il s'enferme et ne « s'évade » nullement. Il reste rivé à lui-même, ne fait société qu'avec sa propre personne. Mais le paradoxe de l'excès du lien, c'est bien qu'en se fixant à lui-même, l'individu s'installe dans le « travail » de cette fixation et parvient en effet à se dépasser : au sens où il se tient en dehors de lui-même. Une révolution plurielle s'impose. Révolution de nos concepts d'abord : les notions de distance et d'alliance thérapeutique, d'empathie et d'écoute, entre autres, méritent d'être repensées. Révolution aussi des fondements anthropologiques et philosophiques de nos discours : les théories du don et de la reconnaissance recèlent des pépites d'inspiration. Révolution de nos pratiques ensuite : il s'agit de rééquilibrer les termes de l'échange, oser des paroles précieuses et donc nous-mêmes nous découvrir, tendre vers une réciprocité curatrice des liens sociaux blessés. Révolution finalement dans l'enseignement de nos disciplines : insérer les exigences de réciprocité, de reconnaissance mutuelle et d'échanges équilibrés au sein même des facultés et des lieux de formation continue. Ample mais nécessaire défi. ■

**Patrick Baudry,**  
Professeur de sociologie,  
Université Michel de  
Montaigne - Bordeaux 3

## Bibliographie

Baudry P., (2005), *Le Corps extrême*, Paris, L'Harmattan.



Antonio Dalla Valle



# La Santé Mentale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (Samenta) : focus sur les 18-25 ans

**Anne Laporte,**  
Observatoire du Samu  
social de Paris,

**Pierre Chauvin,**  
Inserm UMRS-707

L'enquête Samenta<sup>1</sup> répond à une demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, concernant l'estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement personnel en Ile-de-France. Plusieurs enquêtes dans les pays occidentaux, dont celle de l'Insee en 2001 en France métropolitaine, ont souligné la situation préoccupante des jeunes sans logement, impliquant un réel enjeu tant du point de vue humain que de santé publique. Dans l'enquête Samenta, une attention particulière leur a été portée afin de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques, leur parcours social ainsi que la prévalence des troubles psychiques et des addictions.

La méthodologie de l'enquête repose sur un sondage complexe de façon à obtenir un échantillon aléatoire de personnes sans logement fréquentant des services d'aide. Le questionnaire a été construit par une équipe de recherche pluridisciplinaire. Il est composé d'une partie sur la santé mentale et les addictions, et de modules visant à décrire les trajectoires sociales et les conditions de vie. Les personnes ont été interrogées par un binôme composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue clinicien. Un psychiatre a été sollicité ultérieurement dès lors que les éléments cliniques recueillis par le psychologue suggéraient un possible trouble psychiatrique. Entre février et avril 2009, 840 personnes ont participé à l'enquête. La pondération de l'échantillon permet d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide pendant la période d'étude à 21 176 personnes (IC 95% [17 582 ; 24 770]) et à 3 619 [IC 95% : 2 550 - 4 688] celle des 18-25 ans, soit 17% de la

population adulte francophone totale.

Parmi les 18-25 ans, les femmes sont majoritaires (57% versus 35% dans l'ensemble de la population). Plus de 90% des personnes âgées de 18 à 25 ans sont célibataires. Environ un tiers déclare avoir au moins un enfant, et dans 85% des cas l'enfant est avec son parent. Plus des deux-tiers de ces jeunes sont nés en France (dont 60% en Ile de France), 23% viennent d'Afrique sub-saharienne et 4% d'Afrique du Nord. Pratiquement tous (91%) ont au moins un niveau d'études secondaires.

En moyenne, ils se sont retrouvés sans domicile pour la première fois il y a environ 15 mois pour les 18-19 ans, il y a un peu moins de 2 ans pour les 20-22 ans et environ 3 ans pour les 23-25 ans. Deux tiers des jeunes (64%) ont été rencontrés dans des centres de réinsertion, 12% à l'hôtel (4% des hommes et 17,5% des femmes) et 24% dans des dispositifs d'urgence.

Dans cette population des 18-25 ans sans logement personnel, 39,7% présentent des troubles psychiatriques sévères, en particulier 16,5% une schizophrénie, 16,5% des troubles anxieux et 9% des troubles de l'humeur sévères. De plus, 12,7% présentent des troubles de l'humeur légers ou modérés. Par ailleurs, 16,6% présentent un risque suicidaire élevé ou moyen. Un tiers des jeunes présente un trouble de la personnalité (46,7% des hommes et 21,5% des femmes). La prévalence des épisodes dépressifs majeurs au cours des douze derniers mois (20,1%) est près de cinq fois plus élevée que chez les 16-25 ans en population générale (3,8% dans l'enquête Anadep de 2009). Les tentatives de suicide au cours de la vie sont également beaucoup plus fréquentes chez

les 18-25 ans dans Samenta (28,2%) qu'en population générale (2,1% d'après le Baromètre santé 2005).

La présence d'au moins une addiction est déclarée par plus d'un tiers des jeunes (37,6%). Une dépendance à l'alcool est retrouvée chez 20,5% des jeunes et 18,6% présentent une alcoolisation à risque. Un quart consomme régulièrement du cannabis (24,5%). Comparé à la population générale (Baromètre santé 2005), les 18-25 ans sans logement personnel consomment plus d'alcool et de cannabis. En effet, les 18-25 ans en population générale sont 9% à être des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance et 8,7% consomment régulièrement du cannabis (baromètre santé 2005). On retrouve une fréquence de comorbidité importante entre les troubles psychotiques et la dépendance à l'alcool et/ou une utilisation régulière de cannabis (respectivement 44,4% et 43,7% des psychotiques sont dans ces situations). Chez les jeunes atteints de trouble de la personnalité, un tiers (34,5%) consomme régulièrement du cannabis et un quart (23,9%) est dépendant à l'alcool.

Cette étude confirme le poids non négligeable que représentent les jeunes dans la population sans domicile. Elle met en évidence une fréquence des pathologies psychiatriques et des addictions plutôt plus élevée que celle retrouvée dans l'ensemble de la population des adultes sans logement personnel et bien plus élevée que dans la population générale du même âge. Ces résultats, qui nécessitent d'être affinés, soulignent la grande vulnérabilité de ces jeunes et l'urgence à mettre en place des prises en charge adaptées en vue de leur réinsertion. ■

<sup>1</sup> Sous la Direction scientifique de A. Laporte et P. Chauvin. Rapport téléchargeable sur <http://www.samusocial-75.fr/enquete-samenta.html>



# Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent

**Thierry Rochet,**  
Responsable de pôle,  
Coordinateur de la FIPAR  
(Fédération Inter-  
Hospitalière de Psychiatrie  
de l'Adolescent du Rhône),  
Service Hubert Flavigny,  
Centre hospitalier  
le Vinatier, Bron

La souffrance psychique des enfants et des adolescents n'a été reconnue que très progressivement au cours de l'histoire. La pédopsychiatrie, très alimentée par les théories psychodynamiques s'est surtout développée dans une activité sectorielle extrahospitalière. Les expériences de l'hospitalisation des adolescents, restées longtemps limitées, ont vu leur développement durant les années 90, vivement encouragées par les organismes tutélaires, mais non sans certaines réticences liées à la crainte d'une reproduction des institutionnalisations du passé.

La particularité du soin en pédopsychiatrie est que la demande explicite émane peu des patients, mais plutôt de leur entourage proche, la famille, ou des institutions intervenant auprès de l'enfant ou de l'adolescent (école, services sociaux voire judiciaires). La place du médecin généraliste est particulièrement importante dans cet itinéraire du fait de sa connaissance de l'histoire familiale. Dans la grande majorité des cas, le soin psychique relève d'une prise en charge ambulatoire, en libéral ou dans les secteurs de pédopsychiatrie qui peuvent garantir une continuité de l'organisation des soins et des liens.

Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent. Ce n'est jamais un geste anodin, c'est un acte uniquement médical, non dénué d'un risque de iatrogénicité. Bien souvent, les références nosographiques ne sont pas suffisantes pour l'indiquer. La survenue d'un épisode délirant, d'une cachexie anorexique ou d'une crise suicidaire chez un adolescent déprimé, sont des indications claires. Mais il est nécessaire de prendre également en compte des répercussions d'une affection sur l'environnement, en particulier familial, des facteurs de personnalité, de la capacité de l'adolescent à prendre soin de lui-même et de l'entourage à exercer une contenance et une attention suffisante.



Jean-Christophe Moreno

Parler d'adolescents en rupture est une autre manière d'aborder l'indication. Ruptures d'avec la réalité, dans le délire bien sûr, mais aussi lors d'anorexies graves, de certains comportements à risques ; il s'agit alors de contenir l'angoisse du patient et de sa famille. Ruptures également avec l'environnement, la famille, l'école, les institutions, toutes éminemment pathogènes, comme cela apparaît avec les pathologies de l'agir, où il faut redonner du sens, permettre une élaboration, remettre du lien, entre l'adolescent et son environnement, entre son histoire, ses affects, ses émotions. C'est tout l'enjeu de la symbolisation. L'indication résulte toujours d'un subtil équilibre entre les risques extérieurs liés à la psychopathologie de l'adolescent, les inquiétudes que cela induit sur l'entourage, les possibilités de mises en œuvre d'une fonction thérapeutique adéquate et les bénéfiques qui en résulteront. Pour remplir une fonction soignante, l'hôpital ne peut être un lieu d'exclusion se laissant porter par la tentation actuelle du sécuritaire. L'hospitalisation ne peut pas non plus être un « séjour de rupture », conception jamais porteuse de sens puisque se traduisant trop souvent par la réalité d'un arrêt

brutal de la prise en charge par l'institution demandeuse, véritable abandon en écho des abandons antérieurs, notamment ceux de la petite enfance. Le travail du pédopsychiatre se situe dans le lien et non dans la rupture.

*Après un développement normal, Mathilde débute à l'âge de 10 ans des symptômes anxieux suite au décès de deux de ses grands-parents. Insidieusement, les angoisses se développent sous la forme d'idées obsédantes, notamment l'imminence d'un danger pour sa famille et ses proches, puis de compulsions et de rituels de comptage, de lavage, de raclements de gorge ou de cris. L'aggravation des symptômes conduit finalement à une indication d'hospitalisation à l'âge de 16 ans. Mathilde révèle alors avoir été victime, à l'âge de 3 ans, d'attouchements par le mari de sa nourrice. L'hospitalisation permettra à travers la mise à distance d'atténuer l'emprise de Mathilde sur sa famille. L'instauration d'un traitement antidépresseur et la prise en charge groupale et institutionnelle permettront une nette amélioration des symptômes en un mois et la reprise du suivi ambulatoire.*



# Les Maisons des Adolescents sont-elles utiles ?

**Alain Fuseau,**  
Maison de l'Adolescent du  
Havre,  
Président de l'Association  
Nationale des Maisons des  
Adolescents

**Les maisons des adolescents (Mda) ont 11 ans. Depuis Le Havre, ouverte en mai 1999, jusqu'à aujourd'hui, c'est près de cinquante de ces dispositifs qui jalonnent aujourd'hui la France, outre-mer compris. Nous ne reviendrons pas ici sur les fonctionnements de ces structures, tâche d'autant plus ardue qu'il existe presque autant d'organisations différentes que de maisons des adolescents. La multiplicité des histoires, l'originalité des montages institutionnels, les besoins locaux différents rendant en partie compte de cette variété.**

Les Mda ont été conçues pour répondre aux demandes croisées des adolescents, de leur famille et des professionnels intervenant dans ce champ. C'est pour cette raison, entre autres, que les maisons des adolescents ont très tôt exprimé leur volonté d'un accueil généraliste, destiné au plus grand nombre, refusant le développement de maisons des adolescents « spécialisées » qui n'accueilleraient « que » les psychotiques, « que » les suicidants ou « que » les troubles addictifs...

En voulant offrir au plus grand nombre une écoute et un soin adapté, en développant des infrastructures centrées sur la notion d'adolescence (interdisciplinarité, articulation soma/psyché, sanitaire/social, etc....), ces dispositifs ont fait le choix du plus grand nombre, ainsi que celui de la lisibilité pour le public. Aujourd'hui, quels constats pouvons-nous faire sur certains adolescents qui ne se présentent pas dans les maisons des adolescents ? Comment ces constats nous amènent-ils à revoir nos pratiques, à envisager des adaptations du concept ?

En préambule, je voudrais rappeler ici combien la labilité propre à cet âge de la vie rend illusoire toute tentative de maîtrise sur cette population, et donc impossible l'accueil de tous les adolescents. Quels que soient les lieux, les Mda font toutes le même constat : celui des particularités locales. Ici, on voit peu de troubles du comportement alimen-

taire, là peu de migrants, ailleurs peu d'adolescents adressés par la justice... Généralement, ces spécificités sont liées à des structures de prises en charge qui préexistent à l'ouverture des Mda et qui ne s'adressent qu'à certains adolescents. C'est l'occasion de rappeler que les Mda ne sont pas là pour faire « à la place de » mais pour « faire avec », quitte à combler l'inexistant pour assurer la cohérence des prises en charge. Au-delà de ces particularismes, il convient de reconnaître que certains adolescents se reconnaissent difficilement dans ce que peut apporter une Mda. Je pense en particulier aux adolescents en grande précarité, aux adolescents errants, aux mineurs étrangers récemment arrivés sur le territoire. Le concept semble trouver là ses limites. Les Mda ont toujours eu pour désir de s'implanter dans une région afin de proposer au public un lieu clairement identifié, facile d'accès et pouvant répondre dans des délais raisonnables aux souffrances adolescentes. Ce type de proposition de soins paraît peu convenir à ces adolescents errants ou en grande précarité. Ils ne viennent que peu dans les Mda, ne les reconnaissent pas comme des lieux de soins et les rares qui y arrivent ne sont que rarement en capacité de poursuivre une démarche thérapeutique. Certaines Mda ont ainsi proposé la mise en place d'équipes mobiles, peut-être plus à même d'aller au devant de ces jeunes pour leur proposer écoute et soins. En développant des réponses au plus près de l'adolescent, il semble possible d'envisager des suivis, même s'ils sont souvent chaotiques. Dans le même esprit, des Mda réfléchissent au développement d'antennes dans des lieux distants ou en milieu rural. Elles y rencontrent des adolescents en grande précarité, sans possibilité d'accès aux soins ou à une écoute spécialisée. Quand c'est possible, les Mda se sont structurées avec l'appui des lieux d'écoute qui existaient bien avant leur ouverture. C'est ainsi que l'articulation avec les Espaces Santé Jeunes, les Points Accueil Ecoute Jeunes, voire les Points

Info Famille ou les Réseaux d'aide et d'appui à la parentalité ont permis une couverture plus exhaustive d'un territoire, en offrant au maximum d'adolescents des lieux adaptés à leurs difficultés. Généralement, ces lieux se conçoivent comme un espace de premier accueil, susceptible de se prolonger, si nécessaire, par un soin dans le cadre même des Mda. Qu'ils soient intégrés à la Mda ou qu'ils en constituent une des modalités d'entrée, ces lieux contribuent à asseoir la cohérence du dispositif, dans une volonté d'ouverture au plus grand nombre.

Les modalités d'évolution des Mda sont, et doivent rester, multiples. Les Mda ont été pensées comme des dispositifs souples. C'est sans doute un des enjeux les plus importants pour les professionnels y intervenant : maintenir une adaptabilité importante pour répondre autant que possible aux besoins locaux des adolescents. Il reste que cette adaptabilité est aujourd'hui freinée par la faiblesse des marges de manœuvre offertes aux dirigeants des Mda. Freins financiers (il devient de plus en plus difficile de monter ces dispositifs, avec le risque d'ôter à d'autres lieux d'accueil qui fonctionnent bien des financements pour vous les attribuer !), freins politiques, institutionnels, déjà souvent présents au montage des Mda, et qui persistent souvent (encore plus ?) lorsqu'il s'agit, une, deux ou cinq années plus tard, de remettre en cause les organisations.

C'est pourtant ainsi que devraient pouvoir vivre les Mda. A l'image des adolescents que nous recevons, nous devrions pouvoir faire évoluer nos Mda au fil des mouvements adolescents, dans un ajustement permanent des offres de soins et des modalités d'accueil proposées. Ce n'est qu'à cette condition que les Mda survivront et seront reconnues sur le long terme comme des lieux riches de diversité et en capacité de se remettre en question pour accueillir, comme c'est leur mission, le plus grand nombre de ces jeunes. ■



# Les « adodifficiles » : un problème public interinstitutionnel

**Christian Laval,**  
Sociologue ONSMP

**Bertrand Ravon,**  
Sociologie MODYS-CNRS,  
Maître de conférences  
Université Lumière Lyon 2

De la même manière qu'Isabelle Stengers<sup>1</sup> notait qu'il n'y a que des usagers en lutte, on peut avancer que le traitement public de l'adolescence n'identifie que des adolescents en difficulté. Une reprise généalogique<sup>2</sup> de cette action publique sur les trente dernières années fait apparaître une ronde ou un serpent de dispositifs variés. Nous présentons ici et succinctement quelques caractéristiques de ces « machines » à faire voir et à faire parler l'adolescence en difficulté.

Par définition, un dispositif vient prendre en charge un problème que l'institution qui en est chargée habituellement n'arrive plus à traiter. S'agissant de l'adolescence, le repérage des types de difficultés (l'adolescent en danger, l'adolescent délinquant, l'adolescent toxicomane, la jeune personne anorexique, le jeune en décrochage scolaire, etc.) est indissociable de la mise en avant de telle ou telle préoccupation institutionnelle. Le problème public de l'adolescence se construit par enchaînement progressif de dispositifs de prise en charge, lesquels sont variés et le plus souvent indépendants les uns des autres.

Avec l'allongement de l'adolescence, qui va aujourd'hui de l'entrée au collège jusqu'à la stabilisation des jeunes adultes

dans la vie sociale, professionnelle, voire familiale, les préoccupations relatives à l'adolescence se sont multipliées, de l'extension de la prise en charge des problèmes de santé (tout particulièrement en santé mentale) à celle des problèmes d'insertion sociale, scolaire et professionnelle. Dit autrement, les adolescents difficiles seraient aujourd'hui caractérisés par l'étirement dans le temps de leurs difficultés, lesquelles sont de plus en plus hétérogènes. Si la prise en compte des « adodifficiles » se joue sur une période plus longue et dans une optique transversale qui cherche à éviter le saucissonnage, sectoriel ou thématique, c'est à partir de cette visée d'une action plus globale, multi modale, que le concept de vulnérabilité a pu être introduit. Par exemple, les spécialistes insistent sur le fait que l'adolescent violent est aussi un adolescent en souffrance. Comme le précise un intervenant du social : « est alors taxé de vulnérable, toute situation où se conjuguent des risques d'être pris dans des conduites dangereuses, pathologiques ou déviantes ». Réflexion qui fait écho à celle d'un clinicien : « dans notre champ, en psychopathologie, la vulnérabilité c'est quelque chose qui se construit en donnant un risque supplémentaire de maladie

particulière ; par exemple on peut parler des facteurs de risque qui favorisent un devenir schizophrène ». La vulnérabilité est aussi d'ordre temporel : pour les plus fragiles, l'adolescence est une expérience sociale du défaut d'avenir, ou à tout le moins une expérience de l'impossibilité de s'y projeter.

L'émergence de la catégorie d'adolescent « incasable » et d'adolescent « en souffrance » à la fin des années 90, souligne avec force une telle reconfiguration du problème public. Elle s'accompagne d'un changement de logiciel du côté des politiques publiques sectorielles. Depuis la parution en 1997 du livre blanc de l'adolescence<sup>3</sup>, en passant par la Conférence de la famille en 2004, on observe ce que nous avons nommé, faute de mieux, une pluralisation des espaces interinstitutionnels à la croisée du travail social et du soin psychique. Ces nouvelles configurations d'action se reconnaissent par le fait qu'elles sont nées sous la double impulsion des politiques nationales, mais selon des montages qui mobilisent des réseaux, des ressources locales. On peut ici parler de véritables réseaux socio techniques entre la justice, la psychiatrie, les associations, parfois l'éducation nationale, et les instances communales et départementales. Les trois configurations les plus illustratives de notre recherche, « montées » pièce par pièce par mobilisation d'acteurs séants pour chacune des institutions participantes, sont la Maison des adolescents, le Diplôme universitaire « ados difficiles » et la Commission départementale dite « cas lourds », rebaptisée ensuite « Commission des ados difficiles ». Chacun des ces dispositifs - dont certains sont présentés dans ce dossier de Rhizome - vise des finalités distinctes. Mais ils ont pour point commun de se construire comme un carrefour où se croisent les rues de l'école, de la justice et du soin.

<sup>1</sup> Isabelle Stengers est philosophe et historienne des sciences, chargée de cours à l'Université Libre de Bruxelles.

<sup>2</sup> Notre réflexion s'appuie sur une recherche en cours « Généalogie des dispositifs de traitement public de la vulnérabilité sociale et psychique des adolescents de l'agglomération lyonnaise » (C. Laval et B. Ravon avec Y. Desbois, C. Chaurand et C. Cadel). Cette recherche s'inscrit dans un projet ANR (2009-2011) mené en collaboration avec des historiens et sociologues : Lyon-Vulnérabilités-XX<sup>e</sup> siècle (coordination A. Brodriez-Dolino, CNRS).

<sup>3</sup> L'hospitalisation des adolescents - Etat des lieux et perspectives, Dir. P. Alvin, Ph. Jeammet, X. Pommereau, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé/Fondation de France 1997.



Mario Rossi



## Les « adodifficiles » : un problème public interinstitutionnel (suite)

Ces nouveaux dispositifs-phares à l'échelon départemental ne sont bien sûr pas les seuls. Ils sont constellés et innervés par des micros configurations qui se développent sur des territoires plus restreints (territoire de proximité, quartier, commune) à partir d'outils locaux dans le cadre des CUCS<sup>4</sup>, des ateliers santé-ville, des conseils locaux de santé mentale, des chantiers d'insertion, des programmes de réussite éducative. A titre d'exemple, une association de médiateurs sociaux a construit une liste de 127 jeunes d'un même quartier, identifiés comme étant « sans

solution ». La précision du chiffre indique l'ampleur de l'action à mener, mais aussi et peut-être surtout la singularité des situations rencontrées. La réponse au problème public de l'adolescence dans ce quartier passera-t-elle par la mise en œuvre de 127 configurations interinstitutionnelles de prise en charge ?

L'action publique sur mesure a ses limites. Reste que la pluralisation des espaces interinstitutionnels comme réponse à des trajectoires adolescentes de vulnérabilité suppose de remettre sur le chantier la coordination des acteurs. Si l'on repère assez

bien la qualité du tissu urbain qui permet aux différents dispositifs de s'emboîter, la question de la temporalité des processus interinstitutionnels reste entièrement posée. En effet, comment les intervenants se coordonnent-ils dans un temps construit par la successivité de leurs implications respectives auprès de tel ou tel adolescent ou adolescente ? Ce que donne à voir la ronde des dispositifs, c'est aussi différentes processions d'intervenants d'un même territoire qui se succèdent dans le temps sans jamais se rencontrer. ■

<sup>4</sup>NDLR Les Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont succédé en 2007 aux contrats de ville comme cadre du projet de territoire développé au bénéfice des quartiers en difficultés.



Jeanne Comaès

## Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent (suite)

Dans notre cadre de soins, nous avons privilégié des approches multiples, à la fois basées sur une pratique institutionnelle, le travail groupal et l'utilisation de diverses médiations, pour aider à l'élaboration et à la symbolisation, sans oublier la prise en compte de la famille, essentielle pour permettre le dépassement des conflits en les reformulant, en les négociant. Il s'agit bien sûr de réduire la symptomatologie, mais aussi de permettre à l'adolescent de prendre soin de lui, de devenir porteur d'un projet thérapeutique, autrement dit, de se réapproprié un désir de santé psychique.

En effet, l'hospitalisation est une expérience de séparation qui entre en résonance avec les questions de l'autonomie, de la dépendance à l'adulte, du 2ème

processus de séparation/individuation (P. Blos). Le travail de l'adolescence est en partie de se distancier des imagos parentaux internalisés pendant l'enfance, travail souvent douloureux chez les adolescents que nous recevons, mais parfois impossible faute d'avoir eu des objets suffisamment fiables à internaliser, et n'ayant par conséquent pas acquis une sécurité interne. Philippe Jeammet insiste sur un paradoxe : « La force dont l'adolescent a besoin et qui lui manque pour être autonome, il l'attribue aux adultes dont il dépend et dont il a besoin. Mais ce besoin est vécu comme une emprise de l'adulte sur lui, et dans ce sens, il le perçoit comme une entrave, comme une menace sur son autonomie ». Plus il est fragile, c'est le cas des adolescents

hospitalisés, plus il ressent cette menace sur son autonomie et sur son intégrité narcissique. En retour, cela peut générer une violence défensive, parfois avec un recours à l'agir. La nécessité d'un travail institutionnel permanent est évident, en particulier sur la distance interpersonnelle afin de se dégager de contre-attitudes néfastes, et nécessite une équipe formée, stable, capable de permanence psychique.

L'hospitalisation n'est pas une fin en soi, mais un outil majeur pour les adolescents, à condition de l'intégrer dans un partenariat avec les secteurs mais aussi les autres partenaires (pédiatrie, école, services sociaux...). ■

### Bibliographie

Blos P. (1997) Adolescence et second processus d'individuation. In : Perret Catipovic M., Ladame F., *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Editions Delachaux et Nestlé S.A., Lausanne, Paris, 113-150.

Jeammet P. (1990), Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38, (4-5), 190-199.

Rochet T. (2004), Hospitalisation des adolescents en psychiatrie. *L'Information Psychiatrique*, 80, (10), 799-802.



## Nous avons lu

### ■ La société du malaise. Le mental et le social

Alain Ehrenberg, Editions Odile Jacob, février 2010.

L'émancipation des mœurs, les transformations de l'entreprise et celles du capitalisme semblent affaiblir les liens sociaux ; l'individu doit de plus en plus compter sur sa « personnalité ». Il s'ensuit de nouvelles souffrances psychiques qui seraient liées à la difficulté à atteindre les idéaux qui nous sont fixés. Cette vision commune possède un défaut majeur : elle est franco-française. Comment rendre compte de la singularité française et, par exemple, de la clinique psychosociale ? Et que signifie l'idée récente que la société crée des souffrances psychiques ? Croisant l'histoire de la psychanalyse et celle de l'individualisme, Alain Ehrenberg compare la façon dont les États-Unis et la France conçoivent les relations entre malheur personnel et mal commun, offrant entre autre une scène de controverse.

(Sur cette controverse, Cf : [http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100330\\_ehrenberg.pdf](http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100330_ehrenberg.pdf))

### ■ Transfaire & Cultures

Voici le premier numéro de cette revue d'« Anthropologie médicale clinique et compétence culturelle », décembre 2009.

Cette revue semestrielle éditée par l'Association Française et Eugène Minkowski est largement ouverte aux collaborations extérieures et internationales. Elle a pour objectif de valoriser le cadre de l'anthropologie médicale clinique en proposant la diffusion de connaissances et des compétences sur ce thème en direction des professionnels concernés par la prise en charge d'un public migrant et/ou réfugié.

### ■ Y a-t-il un directeur dans l'institution ?

Jean-Pierre Lebrun et un groupe de directeurs, Presses de l'EHESP, 2009.

Une douzaine de directeurs d'établissements d'une association d'action sociale de la région parisienne participent à un groupe de supervision animé par un psychanalyste. Au bout de 5 ans, ce dernier les invite à écrire un texte sur leur expérience de directeurs.

On y parle peu de gouvernance, de management ou d'usager. On y parle beaucoup en revanche de place à tenir, de rencontre, d'éducation et de sujet...

## Agenda

### ■ La violence à l'adolescence

Colloque organisé par le laboratoire A.N.E.F Vallée du Rhône en partenariat avec le CRPPC et l'IFSI le jeudi 20 mai 2010 à Valence (26).

Contacts : Secrétariat ANEF – Tél : 04 75 55 49 88 – Fax : 04 75 56 38 44

Courriel : [labo\\_aneff@yahoo.fr](mailto:labo_aneff@yahoo.fr)

### ■ Précarité, Société et Psychiatrie

L'AESP, association du Centre Hospitalier Bélair de Charleville-Mézières (08) organise un colloque le 27 mai 2010.

Contact : Olivia Dierstein – Tél : 03.24.56.88.88 Poste 5072

### ■ Les CLUD et dispositifs associés en psychiatrie et santé mentale : état des lieux et enjeux ?

1ère journée nationale INTERCLUDPSY le jeudi 27 mai 2010 au Centre International des Congrès - Palais des Papes à Avignon.

Contact : Tél : 03 20 10 24 15 - Fax : 03 20 10 22 98

Courriel : [cmuller@epsm-lille-metropole.fr](mailto:cmuller@epsm-lille-metropole.fr) et [vvoilant@epsm-lille-metropole.fr](mailto:vvoilant@epsm-lille-metropole.fr)

### ■ Psychiatrie et précarité ?

Conférence-débat organisée le 10 juin 2010 de 17 h à 20 h par le Centre Hospitalier de Saint-Egrève (Isère), Sciences-Po Grenoble et Médecins du monde.

Lieu : IEP Grenoble, Campus, 1030, Avenue centrale, 38400 Saint-Martin-d'Hères.

Contact : Tél. : 04 76 56 44 54 - Fax : 04 76 56 45 37

Courriel : [nbondiguel@ch-saint-egreve.fr](mailto:nbondiguel@ch-saint-egreve.fr)

Les œuvres d'artistes présentées dans ce numéro ont été aimablement mises à notre disposition par :

- La Pommeraiie à Ellignies-Sainte-Anne (Belgique) ([www.centre-la-pommeraiie.be](http://www.centre-la-pommeraiie.be))
- Le Centre culturel « L'Art en Marge » de Bruxelles ([www.artenmarge.be](http://www.artenmarge.be))
- Et l'ESAT de Lavilletterre (Oise).

**RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale**  
**Directeur de publication : Jean FURTOS**  
**Assistante de rédaction : Claudine BASSINI**

#### Comité de rédaction :

- Katia AMORETTI, infirmière coordinatrice EMPP - (Nord Isère)
- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, ONSMP
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGCS
- Christian LAVAL, sociologue, ONSMP
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

#### Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60



ONSMP-ORSPERE  
 CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel  
 69677 Bron Cedex  
 Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
 E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
 Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)  
 Impression : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47  
 Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99  
 Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 500 ex.  
 ISSN 1622 2032  
 N° CPPAP 0910B05589