L'agir au coeur de l'urgence: symptôme dépressif de l'adolescent en crise

Julien Boyer

▶ **To cite this version:**

Julien Boyer. L'agir au coeur de l'urgence: symptôme dépressif de l'adolescent en crise. Sciences du Vivant [q-bio]. 2004. hal-01732027

HAL Id: hal-01732027
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732027

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Double.

UNIVERSITE HENRI POINCARE DE NANCY I — FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2004 — N° 71.

174632

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Julien BOYER

le 21 Juin 2004

L'AGIR AU CŒUR DE L'URGENCE : SYMPTÔME DEPRESSIF DE L'ADOLESCENT EN CRISE

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur	D. SIBERTIN-BLANC		Président
Mme le Professeur	C. VIDAILHET	)	
M. le Professeur	H. LAMBERT	)	juges
M. le Docteur	P. PANNETIER	)	

- 8 JUIL. 2004

UNIVERSITE HENRI POINCARE DE NANCY I — FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2004 — N°

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Julien BOYER

le 21 Juin 2004

L'AGIR AU CŒUR DE L'URGENCE : SYMPTÔME DEPRESSIF DE L'ADOLESCENT EN CRISE

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur	D. SIBERTIN-BLANC		Président
Mme le Professeur	C. VIDAILHET	)	
M. le Professeur	H. LAMBERT	)	juges
M. le Docteur	P. PANNETIER	)	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : *(Biologie cellulaire)*

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : *(Endocrinologie et maladies métaboliques)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET
Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE
Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur François ALLA

4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

À notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC
Professeur de Pédopsychiatrie

Nous ne vous avons côtoyé que trop peu, mais avons pu admirer votre réflexion permanente alliée à votre profonde humanité. Nous vous remercions pour cet exemple et pour avoir accepté de juger ce travail.

À notre Juge

Madame le Professeur C. VIDAILHET
Professeur de Pédopsychiatrie

Nous avons pu bénéficier de la qualité de votre enseignement. Nous sommes heureux que vous ayez accepté de juger notre travail.

À notre Juge

Monsieur le Professeur H. LAMBERT
Professeur de Réanimation Médicale
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous avons eu la chance de vous côtoyer lors de nos gardes aux urgences. Nous vous remercions d'avoir accepté d'être Juge d'une thèse de psychiatrie.

À notre Juge

Monsieur le Docteur P. PANNETIER
Praticien Hospitalier Chef de Service, Psychiatrie

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre expérience et de votre approche de la psychiatrie. Vous avez su communiquer votre passion. Nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de diriger ce travail.

À Monsieur le Professeur LEGER
Professeur de Neuro-psychiatrie

Nous vous admirons pour l'étendue de vos connaissances et culture médicales, mais aussi extra-médicales. Vous nous avez donné l'envie d'étudier la psychiatrie. Notre admiration persistera.

À **Zohra**,
grâce à qui la vie est désormais tournée vers l'avenir. Si l'amour est à réinventer, nous ferons de même avec nos deux vies.

À **mes parents**,
que j'aime et remercie pour tout l'amour qu'ils m'ont donné.

À **Anne** et **Mathieu**,
mon frère et ma sœur. Nous sommes unis par notre amour pour toujours.

À **Anne-Marie**, ma marraine (et Tatie),
la meilleure tante que l'on puisse rêver.

À **Papé** et **Mamé**,
toujours présents dans mon cœur et mon esprit. Je pense à vous et vous aime.

À **Jean-Michel**,
pour son esprit, sa gentillesse et le bonheur qu'il nous a apporté.

À ma **famille**,
Mami, Michelle, Annick, Jean, Simon, Stéphanie, Fanck, Martial, Madeleine, Sylvie, Pierre, Jacqueline, Roger, Marcel, Elise, Christine, Franck, Jacqueline, Guy,
tous dans mon cœur malgré les aléas de la vie.

À **Pierre**,
parti trop tôt. Ta gentillesse nous manque.

À **Dimitri**,

parce que c'était moi, parce que c'était lui. A jamais mon ami.

À **Lionel**,

au championnat du Limousin, où notre amitié s'est solidifiée dans la rivalité ! A jamais mon ami.

À **Benoît**,

théâtral, parfois magnifique et grave ! A jamais mon ami.

À **Sophie** et **Géraldine**,

mes deux meilleures amies pour toujours.

À **Stéphane**, **Gaga**, **P. J.**,

dont le Djimbo-lolo se souviendra longtemps !

À **Patricia**,
notre amitié persistera malgré la distance. Ton accueil restera gravé dans ma mémoire.

À **Dominique**,
dont l'esprit n'a d'égal que la gentillesse.

À **Nicolas**,
frère d'esprit devenu ami. Cette amitié traversera le temps, si celui-ci ne nous angoisse pas !

À **Sébastien**,
le Désir peut être Noir mais ne meurt pas !

À **Frédérique** et **Cathy**,
dont la gentillesse et l'accueil chaleureux sont imprimés dans ma mémoire et gravés dans mon cœur.

À **Ahmed**, **Evelyne**, **Salima**, pour leur gentillesse et leur accueil.

À **tous mes amis**, à qui je pense souvent,
David, Bertrand, Xavier, Frédérique, Alexandra, Lyne,
Emmanuel, Pierre, Stéphane, Antoine, Fabien
Delphine, Bénédicte, Laurent, Frédérique, Michelle, Michelle

À **toutes les équipes hospitalières** rencontrées, avec une mention particulière à
Jean-Marc, Paulette, Alain, Ginette, Joselyne, Patricia, Nadine, Denis, Bruno, Pierre, Yvon, Aliette

À **Sylvie**,
pour sa gentillesse, sa disponibilité et sa compétence et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes,je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 23

PREMIERE PARTIE : LES DEPRESSIONS DE L'ADOLESCENT 26

I - LE CONCEPT D'ADOLESCENCE 27
I.1 - POINT DE VUE HISTORIQUE 28
I.1.1 - L'Antiquité 28
I.1.2 - Le Moyen-Age 29
I.1.3 - De la Renaissance à 1795 31
I.1.4 - La latence de l'adolescence : 1795 - 1848 33
I.1.5 - L'adolescence de l'adolescence : 1850 - 1936 35
I.1.6 - De l'Après-guerre à nos jours 38
I.2 - APPROCHE PSYCHANALYTIQUE 42
I.2.1 - L'adolescent et son corps 43
I.2.1.1 - Les rapports psyché/soma 43
I.2.1.2 - La question de la sexualité et de l'identité sexuelle 45
I.2.2 - Le narcissisme à l'adolescence et la place de l'Idéal du Moi 48
I.2.2.1 - Le concept de narcissisme 48
I.2.2.2 - L'Idéal du Moi et le narcissisme à l'adolescence 51
I.2.3 - Les différents regroupements conceptuels 53
I.2.3.1 - L'adolescence vue comme répétition de l'enfance 53
I.2.3.2 - L'adolescence vue comme crise 54
I.2.3.3 - L'adolescence comme processus de dégagement 56

II - L'EXPRESSION POLYSYMPTOMATIQUE DE LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT 58
II.1 - EPIDEMIOLOGIE 58
II.1.1 - Les chiffres de la dépression à l'adolescence 58

II.1.2 - Les chiffres de la co-morbidité 62
II.2 - LA CLINIQUE 65
II.2.1 - Tristesse, morosité et ennui à l'adolescence 66
II.2.1.1 - L'ennui 66
II.2.1.2 - La morosité 67
II.2.1.3 - L'humeur dépressive 67
II.2.1.4 - Conclusion 68
II.2.2 - La dépressivité et le problème des équivalents dépressifs 68
II.2.3 - Classification psychopathologique des dépressions de l'adolescent 71
II.2.3.1 - La menace dépressive 71
II.2.3.2 - La dépression d'infériorité 72
II.2.3.3 - La dépression d'abandon 73
II.2.3.4 - La dépression majeure 74
II.2.4 - Approche psychodynamique : les trois figures de la dépression à l'adolescence 79
II.2.4.1 - La dépression par excès de lien aux objets internes : "l'objet comblant" 80
II.2.4.2 - La dépression par défaut de tissage narcissique : "l'objet défaillant" 80
II.2.4.3 - La dépression par agrippement à l'omnipotence infantile : "l'objet excitant" 81
II.3 - APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE 82
II.3.1 - Points communs entre adolescence et dépression 83
II.3.1.1 - Les pertes et les séparations 84
II.3.1.2 - Le maniement de l'agressivité et la culpabilité inconsciente 87
II.3.1.3 - Le remaniement de l'équilibre entre investissements objectaux et narcissiques 88
II.3.2 - Adolescence et "cristallisation" dépressive 90
II.3.2.1 - Le devenir des troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence 91
II.3.2.2 - Le conflit narcissico-objectal de l'adolescent 93
II.3.2.3 - Dépression de l'adolescent : objets intériorisés de différenciation ou objets défaillants 94

DEUXIEME PARTIE : LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LA SOUFFRANCE DEPRESSIVE DE L'ADOLESCENT 96

I - QUELLE URGENCE EN PSYCHIATRIE ? 98
I.1 - NOTIONS DE CRISE ET D'URGENCE PSYCHIATRIQUES 98
I.2 - LA QUESTION DE L'ACCES AUX SOINS 100

I.3 - CLASSIFICATION DES URGENCES 102
I.3.1 - La psychiatrie en urgence 103
I.3.2 - L'intrication médico-psychiatrique 104
I.3.3 - Urgences psychiatriques et situations de crise (états aigus transitoires) 105
I.4 - UNE DEMANDE EN EVOLUTION 107
I.4.1 - Les nouvelles nosologies 107
I.4.2 - La multiplication des problématiques sociales 109

II - CARACTERISTIQUES DE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE A L'ADOLESCENCE : UNE EXPRESSION POLYMORPHE DE LA SOUFFRANCE DEPRESSIVE 111
II.1 - UNE NON DEMANDE DE SOINS EN PSYCHIATRIE 111
II.1.1 - Faire émerger la demande 111
II.1.2 - Qui est en crise ? 114
II.1.3 - L'accueil de l'adolescent en urgence 117
II.2 - UN AGIR PATHOLOGIQUE PLUS QUE LA PAROLE 121
II.2.1 - Le problème du suicide 122
II.2.1.1 - Considérations générales 122
II.2.1.2 - Données épidémiologiques 127
II.2.1.3 - L'accueil en urgence de l'adolescent suicidant 130
II.2.1.4. - Corrélation entre dépression et suicide à l'adolescence 135
II.2.2 - Les troubles du comportement 137
II.2.2.1 - Le phénomène de la violence 138
II.2.2 2 - Quand la polytoxicomanie s'installe 144
II.3 - L'IMPORTANCE DU CORPS DANS L'EXPRESSION DE LA SOUFFRANCE 153
II.3.1 - La plainte somatisée : une expression floue du mal-être 154
II.3.1.1 - Les plaintes physiques 154
II.3.1.2 - Asthénie et troubles du sommeil 155
II.3.2 - Les troubles des conduites alimentaires (TCA) 156
II.3.3 - Les attaques du corps : les auto-mutilations 158
III - ENQUETE STATISTIQUE A PARTIR D'UNE EXPERIENCE EN SERVICE D'URGENCES 160
III.1 - DISPOSITIF DE SOIN DU SPUL 160
III.1.1 - Présentation du service 160
III.1.2 - L'infrastructure 161
III.1.3 - Fonctionnement du Service 162

III.1.3.1 - Aspect organisationnel 162
III.1.3.2 - Nos missions 163
III.2 - REGARDS RETROSPECTIFS SUR LES SITUATIONS CLINIQUES RENCONTREES 164
III.2.1 - Données épidémiologiques 165
III.2.2 - La dépressivité au cœur de l'ambiance dépressive 170

TROISIEME PARTIE : LA SOUFFRANCE DEPRESSIVE DES ADOLESCENTS ET L'URGENCE : UNE RENCONTRE INEVITABLE ? 172

I - CONSTAT ACTUEL DE L'ACCROISSEMENT DU RECOURS A L'AGIR 174
I.1 - PLACE ET SIGNIFICATION DE L'AGIR À L'ADOLESCENCE 174
I.1.1 - Les facteurs environnementaux 174
I.1.2 - Approche psychopathologique 175
I.2 - LA VIOLENCE AU CŒUR DE LA PROBLEMATIQUE ADOLESCENTE 177
I.2.1 - Point de vue psychodynamique 177
I.2.2 - La délinquance infanto-juvénile 180
I.2.2.1 - La délinquance devient-elle un mécanisme de défense ? 180
I.2.2.2 - La rupture du lien au cœur de la violence 182
I.3 - RISQUER SA VIE POUR SE SENTIR EXISTER 184
I.3.1 - Les conduites à risques 184
I.3.2 - Le concept de mort à l'adolescence 187
I.3.2.1 - Le passage à l'acte suicidaire 187
I.3.2.2 - Le pharmakon et la mort 190

II - IMPACT DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS : VERS DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES ? 194
II.1 - REGARD SUR LES MUTATIONS DE LA STRUCTURE FAMILIALE 194
II.1.1 - L'éclatement de la famille nucléaire 194
II.1.1.1 - Un nouveau modèle de famille 194
II.1.1.2 - Une famille à repenser 196
II.1.2 - Le déclin de l'image du Père 197
II.1.2.1 - La fonction paternelle 197
II.1.2.2 - La chute de la figure de l'autorité 199
II.2 - LA CIVILISATION DANS L'URGENCE 202

II.2.1 - Une société en quête d'efficacité 202
II.2.1.1 - Le discours scientifique 202
II.2.1.2 - Une négation de la différence 204
II.2.2 - L'évolution du lien social 206
II.2.2.1 - Contrat narcissique et contrat social 206
II.2.2.2 - Une société sans transmission 208
II.3 - LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT EN QUETE DE LIMITES 210
II.3.1 - Une jouissance narcissique immédiate 210
II.3.2 - Une société adolescentrique 213
II.3.2.1 - L'avènement de la post-adolescence 213
II.3.2.2 - La narcissisme en question 214
II.3.3 - La dépression de l'adolescent sous le primat de la dépendance 215

III - PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS L'URGENCE DE LA SOUFFRANCE DE L'ADOLESCENT 218
III.1 - RAPPEL HISTORIQUE : LA PSYCHIATRIE A L'HOPITAL GENERAL 218
III.2 - LE PASSAGE A L'HOPITAL GENERAL PEUT IL AVOIR UNE VALEUR INITIATIQUE ? 221
III.2.1 - L'hospitalisation de crise 221
III.2.2 - Rituels initiatiques et rituels thérapeutiques 224
III.3 - UNE PRATIQUE ENTRE IMPASSE ET ESPOIR 225

CONCLUSION 230

BIBLIOGRAPHIE 234

ANNEXES 250

INTRODUCTION

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

Longtemps inexistant dans le découpage des âges de la vie, le concept d'adolescence émerge progressivement à partir de la Révolution Française, pour perdre sa signification railleuse et sa connotation péjorative aux alentours de 1850. Ainsi **LITTRE** (en 1872) et le Grand Dictionnaire Universel **LAROUSSE** (1866), en donnent deux définitions précises et complémentaires : «*Age qui succède à l'enfance et qui commence avec les premiers signes de la puberté*». **LAROUSSE** la situe entre quatorze et vingt ans, et cite **REQUIN** : «*L'adolescence est circonscrite entre deux limites précises, à savoir d'une part la puberté où époque de complet développement des organes génitaux, d'autre part l'arrêt définitif de l'accroissement en hauteur, qui continue après la première manifestation des facultés génératrices*». [62]

Ce sera au XX^{ème} siècle qu'il acquérra ses fondements médicaux - le mot hormone est créé par **STARLING** - et psychologique - "les trois essais de la théorie de la sexualité" de **S. FREUD** datant de 1905 -.

Le sujet qui nous intéresse ici concerne une période de changements, de bouleversements physiologiques et psychologiques, à savoir l'adolescence. Longtemps passée inaperçue, n'ayant pas d'existence même et donc n'étant pas identifiée, elle suscite depuis deux ou trois décennies un intérêt croissant. On peut d'ailleurs considérer qu'il s'agit d'une période de développement de la personnalité particulièrement heuristique pour l'étude du ou des processus de changement [98]

L'intérêt porté à la période adolescente peut apparaître comme récent au vu des études effectuées et en comparaison de l'histoire de la médecine et de la psychiatrie. Toutefois cet intérêt est apparu dès 1958 pour **Anna FREUD**, qui établissait déjà un parallèle entre les états de deuil et les caractéristiques de la pathologie de l'adolescent : «*un certain deuil des objets du passé est inévitable*», déclarait elle en parlant du travail psychologique auquel tout adolescent est confronté [73].

Par cette notion de travail de deuil à effectuer, la "crise d'originalité juvénile", pour reprendre l'expression de **DEBESSE**, a longtemps obscurci la vue des cliniciens en rendant difficile la distinction entre une "dépression" inhérente à cette période de la vie et de réelles dépressions - épisodes. De nombreuses études sont apparues et ont conclu à l'existence d'une pathologie dépressive plus fréquente que ce que l'on avait l'habitude de penser.

Ainsi, nous accueillons en soins de plus en plus d'adolescents pour des états dépressifs caractérisés. Cet accueil, souvent le premier contact avec un psychiatre, doit nous permettre une évaluation des difficultés et la mise en place de soins appropriés à l'adolescent.

Il implique des modalités plus accessibles aux adolescents et leurs parents, ainsi qu'un travail en direction de la communauté et des intervenants sociaux. L'intégration, longtemps difficile et pas encore aboutie de la psychiatrie à l'hôpital général et aux urgences en particulier, représente peut être une chance pour l'accueil d'adolescents à la symptomatologie souvent bruyante.

Nous nous interrogerons sur l'expression de la dépression de l'adolescent et notamment sur l'accroissement du recours à l'Agir. Enfin, nous tenterons une réflexion au sujet du rôle possible que peuvent jouer les urgences psychiatriques dans la prise en charge des adolescents en détresse psychique.

Après un rappel historique et conceptuel de l'adolescence, nous essaierons d'étudier les données disponibles dans la littérature concernant la dépression de l'adolescent. Enfin, à partir de notre expérience dans un service d'urgence, et de nos statistiques concernant l'accueil des adolescents entre douze et vingt ans sur une période de deux ans, nous tenterons de réfléchir au concept de dépression à l'adolescence et à l'évolution de ce trouble en progression. Nous tenterons d'étudier, outre son augmentation générale, pourquoi la demande en urgence et aux urgences psychiatriques ne cesse de croître.

PREMIERE PARTIE :

LES DEPRESSIONS DE L'ADOLESCENT

I - LE CONCEPT D'ADOLESCENCE :

Tenter une définition univoque de cette période n'est pas chose facile.

L'adolescence est l'âge du changement, d'une évolution, comme l'indique l'étymologie même du mot : "adolescere" signifie en latin "grandir, croître, pousser vers".

L'adolescence est un passage entre l'état d'enfance et l'état adulte. Le double mouvement, abandon de l'enfance d'un côté, recherche d'un statut stable adulte de l'autre, constitue l'essence même du "travail psychique" de cette période et auquel l'individu en maturation n'échappe pas. Comprendre cette période transitoire, décrire les lignes de force autour desquelles ce bouleversement psychique et corporel s'ordonnera peu à peu, constitue une entreprise ardue et périlleuse. **WINNICOTT** le rappelle en disant que le praticien ne «*doit pas oublier une chose, c'est que l'adolescent ne désire pas être compris*». L'adolescent confronte le clinicien aux modèles qu'il utilise, l'obligeant à un réexamen constant de ses modèles. **BRUSSET** remarque ce fait particulièrement important concernant l'étude psychiatrique de cette période de la vie : «*sans doute faut-il prendre acte de l'impossibilité d'ordonner tous les faits psychiatriques dans un même système qui lui donnerait à la fois une classification logique et une théorie unificatrice ; quelles qu'en soient la séduction intellectuelle et la valeur pédagogique, les tentatives de comprendre toute la psychopathologie en fonction d'un même paramètre peuvent laisser insatisfait*».

Une telle remarque va évidemment à l'encontre de l'ambiance générale régnant dans le monde de le "psychiatrie-scientifique" actuelle, mais aussi de la société actuelle où tout doit avoir une cause et une explication logique et unique.

Au contraire, nous étudierons différents modèles explicatifs pouvant rendre compte de ce phénomène qu'est l'adolescence. Ces différents modèles étant bien sûr liés les uns aux autres, se complétant et ne pouvant, à notre sens, être totalement indépendant les uns des autres.

Ainsi, nous ne pourrons aborder l'aspect psychanalytique de ce processus psychique sans étudier des modèles le conditionnant en partie, comme par exemple le modèle sociologique, ce dernier étant lui-même lié à l'approche culturelle ou anthropologique, elle-même en rapport avec l'histoire du concept d'adolescence.

I.1 - POINT DE VUE HISTORIQUE [94]

Le concept d'adolescence est récent. Il s'agit d'une période précise de la vie située entre l'enfance et l'âge adulte. Cette période n'existe pas pour les animaux, tout comme pour les peuples primitifs, mais des sociétés évoluées, comme Rome et la Grèce Antiques, l'ignoraient également. Une approche historique divisée en grandes périodes permet de comprendre comment a émergé une classe d'âge transitionnelle devenue aujourd'hui omniprésente dans nos sociétés.

I.1.1 - **L'Antiquité :**

Lorsque PLAUTE emploie pour la première fois le mot "adulescentiam" (dans la comédie les CAPTIVI, approximativement 193 av. JC), il ne s'imagine pas que ce vocable soit appelé à une carrière aussi longue. Dans cette comédie "adulescens" ou "adulescentulum" se traduisaient par "jeune homme", "jeunes gens", renvoyant à "juventutes".

Quand le mot "adolescence" apparaît dans la langue latine, il est le produit de la lente évolution d'une racine indo-européenne signifiant "nourrir". "Al" donne naissance à trois types de familles sémantiques :

- "Alere" : signifie "nourrir, faire grandir", et ses dérivés "almus" (nourricier), "alimentum" (aliment), "alescere" (se nourrir, donc grandir), "coalescere" (s'unir en grandissant).

- "Altus" : "qui a fini de grandir".

- "Ol" ayant donné "proles" (ensemble des enfants), "proletarius" (citoyen de la dernière classe), "adolescere" (grandir) et ses participes présents "adolescens" (en train de grandir) et passés : "adultus" (qui a fini de grandir).

CICERON, par la suite, emploie "adulescentia" pour signifier "jeunesse", dans une acceptation n'ayant guère varié.

Pour les latins, le substantif "adulescens", désigne une période de la vie s'étalant sur treize ans au minimum : de dix-sept à trente ans. A Rome, ce sont alors les obligations civiles et militaires qui rythment et déterminent les étapes de la vie d'un homme ; pour les femmes, c'est l'obligation de se marier et d'avoir des enfants qui rythme la chronologie d'une vie. Donc, bien que la pleine capacité juridique corresponde alors à l'âge de la puberté, et bien que les rites fassent revêtir la "toge virile" à dix-sept ans, on reste un "adulescens" jusqu'à trente ans voire plus parfois. Ce seuil de la trentaine se retrouve d'ailleurs dans toute l'Antiquité Gréco-romaine. Dans l'esprit des Anciens, on ne peut prétendre avant trente ans, être un "produit fini", un "adultus". Pour eux, cette longue période était la "norme". Le concept de post-adolescence renvoie à une certaine confusion originaire quand les adolescents latins ont été comparés à l'adolescent moderne. On ne prit pas garde, par exemple, au fait que "l'adulescentia" commençait à peu près au moment où il serait convenu de faire se terminer l'adolescence (soit dix-sept - dix-huit ans). Le mot perdit par la même occasion sa valeur neutre, désignant à l'origine l'ensemble des hommes jeunes. Progressivement, nous le verrons, être un adolescent ne signifie plus avoir entre dix-sept et trente ans (ou douze - dix-neuf ans de nos jours) mais être quasiment "atteint" d'adolescence.

Parallèlement à ces notions étymologiques (mais ayant des conséquences sans doute considérables sur l'esprit collectif), il faut remarquer que l'Antiquité, outre l'embrigadement militaire (ou leur "équivalent" : les tâches domestiques pour les femmes), imposait également des rites initiatiques jalonnant les étapes d'une vie. De Rome à Athènes, en passant par Sparte, la vie était rude, mais organisée et rythmée. Aucun âge n'avait à l'époque une importance démesurée et, en quelque sorte, chaque âge avait ses codes à respecter, ce qui se passait le plus naturellement du monde.

I.1.2 - **Le Moyen-Age :**

Pendant le Haut Moyen-Age, la langue écrite des clercs érudits, reste le latin. On ne connaît alors aucune rigueur pour la désignation des différents âges de la vie. "Infans, puer, adulescens, juvénis, juvenculus" sont des termes mêlés, qui s'opposent au monde de "l'adultus" (adulte "fini").

Dans les écrits en ancien français, "adolescence" apparaît au XII^{ème} siècle, "adolescent" au XIV^{ème} et "adolescente" au XV^{ème}.

Mais l'existence d'un mot ne signifie pas qu'il soit usité. La réalité de l'époque montre un emploi langagier extrêmement rare du mot "adolescence". Il ne recouvre pas encore de réalité chronologique dans l'esprit de l'époque. Le jeune homme se dit en général "jovene" ou "jovente" (mais on rencontre aussi "jovenel" ou "jouvencel"). Ces termes pouvaient servir pour un jeune homme chevalier ou non. Cette époque est celle du paradoxe : d'un côté les érudits s'emploient à opérer un découpage des âges de la vie, et de l'autre les usagers de la langue ont à leur disposition une terminologie très riche, variée et souvent synonymique, mais en tout cas imprécise dans la désignation de l'âge des individus entre quinze et soixante ans. Ainsi, on retrouve en fonction du niveau social ou de la fonction : le "page", le "damoisel", l' "écuyer", le "valet", le "bachelier". Pour la jeune fille, elle sera : "jovene" si elle est noble, ou "pucelle" si elle est d'un rang inférieur.

Au Moyen-Age, l'importance des termes semble moindre que l'âge lui-même. Ce qu'on attend d'un enfant est qu'il produise, ce qui peut expliquer que cette période de la vie ne s'éternise pas. Dès la puberté, une jeune fille est déclarée majeure et le garçon, à quinze ans, a atteint sa majorité et peut être considéré comme "adultus". En général, le passage est marqué par le mariage pour la fille, et pour le garçon cette transition variera selon sa condition. Le fils de paysan participe aux tâches du domaine ; le fils d'artisan devient apprenti ; le fils de bourgeois entre en général à l'université ; et le jeune noble, écuyer ou valet jusqu'à dix-sept ans, sera fait chevalier (et homme par la même occasion) lors de la cérémonie de l'adoubement.

C'est par ailleurs l'époque de la reprise en main de l'éducation par la loi de Dieu et la discipline ecclésiastique, étendant le contrôle de l'Eglise à toute la vie sociale. La vie pulsionnelle à cette époque est très encadrée et surveillée. Ainsi, les vicissitudes de la puberté ne peuvent entraîner la distinction de l'adolescence comme classe d'âge à part. Au contraire, l'Eglise favorisa le regroupement des jeunes garçons en organisations structurées, comme les "confréries" ou les "milices".

A noter deux faits intéressants à cette époque. D'une part, à côté des étudiants riches se forment des bandes de pauvres qui, pour survivre, sèment la terreur et s'opposeront à la population dans des rixes souvent sanglantes.D'autre part, grâce aux progrès techniques des XI et XII^{ème} siècles, l'Occident est à la limite de la surpopulation, ce qui obligera à retarder l'âge du mariage, du premier enfant, ... Il n'est alors pas rare de voir des individus de vingt-cinq ans encore "vierges" de toute expérience adulte.

La comparaison avec notre époque est flagrante et nous retrouvons à l'époque cet âge "entre deux", même si la période adolescente n'est toujours pas identifiée comme telle.

I.1.3 - **De la Renaissance à 1795 :**

A partir du XV^{ème} et XVI^{ème} siècles, les collèges de l'époque classique se voient investis par un grand nombre de jeunes gens. L'enseignement général s'organise peu à peu autour du trivium (grammaire, rhétorique, dialectique) et du quadrivium (géométrie, arithmétique, astronomie, musique) et apparaît dans le système éducatif la notion de classes. On sépare les enfants - de sept à dix-sept ans - des adultes. Cette tendance à la séparation des classes d'âge et des matières - qui n'existait pas au Moyen-Age - n'ira qu'en se confirmant. Une des conséquences en est la façon dont on considère les enfants en fonction de leur âge, parallèlement à l'apparition de la ségrégation entre une société de jeunes gens et une société d'adultes. La scolarisation ne cesse par ailleurs de croître, même si les inégalités sociales héritées du Moyen-Age continuent de décider de l'orientation des uns et des autres.

En fait apparaissent au XVII^{ème} siècle deux grands groupes hétérogènes : le premier, celui de la moyenne et petite noblesse et de la bourgeoisie ; l'autre composé de la haute noblesse et des couches modestes.

Dans le premier groupe, les enfants dès huit ans, vont s'ouvrir à de nombreuses connaissances pour avoir acquis une somme de connaissances très étendues vers l'âge de douze - treize ans. Ceci s'explique en partie par l'extrême sévérité du régime scolaire, le moindre signe de paresse étant sévèrement réprimé. A cette époque, les premières forces vitales sont à domestiquer et même à considérer avec la plus grande méfiance. Il en est ainsi des manifestations de la puberté qu'on laisse peu s'exprimer, les notions de pêché héritées de l'enseignement religieux étant encore très présentes.

Dans le deuxième groupe, c'est la notion d'apprentissage qui prédomine. Pour le noble, l'adulte - référence se nomme "précepteur" et pour le futur artisan "patron".

On voit donc, selon l'appartenance sociale, s'organiser des devenirs différents pour un enfant. Pour les enfants des couches moyennes, constituant l'essentiel des collégiens entre sept et dix-sept ans, apparaît un âge intermédiaire, nouvellement créé par le système éducatif.

Au XVIII^{ème} siècle, l'éducation aura pour but de former un homme qui doit répondre aux attentes de la société du moment. Le "siècle des lumières" conteste l'école que lui ont léguée l'Antiquité, le Moyen-Age, la Renaissance et l'Epoque Classique.
Les enfants des classes les plus basses ont désormais accès plus facilement à l'école et à l'enseignement. L'esprit trop rigide de l'éducation ecclésiastique est dénoncé. La vie quotidienne des collégiens s'adoucit. Bien que l'univers reste clos et que l'on se méfie encore d'un être vulnérable, "proie rêvée pour le démon", les châtiments corporels se font plus rares et peu à peu la discipline se veut plus libérale. Paradoxalement, ce progrès éducatif va voir augmenter le processus de mise en marge d'une jeunesse de plus en plus coupée du monde adulte, avec notamment un temps de latence dans la maturité, qui s'étire démesurément pour certaines générations dont l'âge du mariage est retardé jusqu'à trente ans parfois.

La Révolution va voir apparaître un passage de l'enfance à l'âge adulte très bref, se traduisant essentiellement par une entrée en vie active, signant l'accès à l'âge adulte. L'apparition dans le dictionnaire de **FURETIERE**, puis dans le **LITTRE**, des mots "adolescence" et "adolescent" ne signifient pas la réalité de ces notions dans l'esprit social, même si dans les années 1780 - 1790, les moins de vingt ans représentent plus de 40 % de la population.
A cette époque, le système éducatif va prendre un tournant décisif. Ce ne sera plus la religion qui décidera, mais l'Etat. **CONDORCET** imagine un système éducatif englobant tous les âges, de l'école primaire jusqu'à douze ans, aux instituts (futurs lycées) et à l'université. Ce virage est important car **CONDORCET** estime qu'il revient à l'Etat et non à la famille d'assurer l'éducation de la jeunesse. Les théories de **SAINT JUST** vont dans ce sens : «*L'enfant, le citoyen appartiennent à la Patrie. Les enfants appartiennent à leur mère jusqu'à cinq ans, si elle les a nourris, et à la République jusqu'à la mort*». C'est l'époque également de grandes notions revenues "à la mode" récemment et fortement médiatisées : la "formation civique et républicaine" et la "formation à l'esprit citoyen".

Par ailleurs, une évolution radicale des mentalités va s'opérer à la Révolution. Ainsi, la majorité pénale (sous l'ancien régime à trente ans pour les garçons, vingt-cinq pour les filles) est ramenée à dix-huit ans pour les deux sexes. De plus, alors que la puissance paternelle s'exerçait jusque-là sur des enfants quel que soit leur âge, elle sera limitée en 1790 à vingt et un ans.

Enfin, des tribunaux domestiques sont créés, pouvant juger les enfants en dehors de la famille, et pouvant les placer en "maisons de redressement". Cette évolution témoigne d'une place nouvelle de la société et d'une certaine individualisation par rapport à la loi familiale.

I.1.4 - **La latence de l'adolescence : 1795 - 1848**

Cette période est marquée par une rupture démographique. La France passe de 24,6 millions d'habitants en 1740 à 36,35 millions en 1850. Le recul de la mortalité s'accompagne d'un glissement progressif vers une augmentation numérique des groupes plus âgés. Les conditions démographiques, par leur évolution accélérée depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, sont réunies pour que l'ébauche d'une "adolescence" adolescente se dessine.

Les modifications entamées concernant l'éducation se poursuivent et, parallèlement, de grands changements légaux vont avoir des conséquences importantes. Ainsi, en 1804, le Code Civil modifie l'âge légal du mariage le fixant à dix-huit ans pour les garçons, et à quinze ans pour les filles. Ce nouvel âge de nubilité paraît vouloir prendre en considération la notion d'âge minimal d'aptitude biologique. Simultanément, il abaisse la majorité de vingt-cinq ans à vingt et un ans et reconnaît une émancipation tacite résultant du mariage. Toutefois, le consentement des parents reste nécessaire pour le mariage, tout comme pour le divorce. On voit se dessiner un assouplissement relatif, les anciens principes d'éducation paternelle reprenant le dessus régulièrement quand la jeunesse fait entendre sa voix. Parallèlement à l'intérêt législatif porté aux jeunes, c'est également la période où les aliénés sont examinés avec soins. La loi de 1838 vise au départ à protéger la société autant que les "irresponsables".

Le système reste donc "paternaliste". Aux attitudes des pères, à leur justice codifiée, les jeunes répondent soit par une agitation débridée et violente, soit par un malaise profond annihilant leurs capacités d'action.
Un tournant dans l'esprit de la jeunesse va être le fait d'une œuvre littéraire, ayant eu un impact social des plus importants.
Cette œuvre, "René" de **CHATEAUBRIAND**, est publiée en 1802. Au départ destinée à décrire un phénomène jugé néfaste, c'est un véritable mouvement d'émulation qui va avoir lieu.

Le héros est un personnage romantique, personnage archétypal d'une époque de crise. La jeunesse va s'identifier à lui, à ses pensées, ses sentiments et ses états d'âme. L'auteur fera le désaveu de sa propre création, voyant le modèle qu'il est devenu. La jeunesse que l'on retrouve dans les rues en 1830, puis dans les émeutes de 1848, sera composée de jeunes passionnés, romantiques, manifestant une tendance aux excès et "prêts à tout". L'idéalisme romantique ambiant, ajouté aux conditions de vie difficiles d'une période de crise économico-sociale, va déboucher sur la révolte de 1848. Les jeunes éprouvent alors le besoin de dépasser les clivages sociaux, de regrouper leurs forces afin de défendre leurs potentialités et de lutter contre le blocage de leur évolution naturelle dans la chaîne des générations.
Sur le plan psychologique, l'abord de la pathologie mentale de l'enfant englobait au départ celle de l'adolescent, sans lui reconnaître de vraie spécificité, sinon pour des aspects disciplinaires et des questions institutionnelles liées à la poussée sexuelle de la puberté. De plus, cette "pathologie de l'enfant" était surtout une pathologie de l'intelligence. On doit à **ESQUIROL** une classification fondée non sur des critères évolutifs, mais sur le maniement du langage. On parle alors essentiellement "d'idiotie", selon l'acquisition du langage écrit et oral.

C'est la prise en charge de certains de ces enfants et adolescents qui va remettre en cause le paradigme de l'aliénation mentale. **VOISIN** et **SEGUIN** vont montrer qu'il est possible de traiter ou d'améliorer de tels "malades", sans mettre en œuvre le traitement moral de la folie. Ils utiliseront des procédés pédagogiques, l'appartenance de ces sujets "idiots" à l'aliénation mentale devenant problématique (la question se reposera plus tard avec **BOURNEVILLE**). On admettait comme un précepte absolu que la pathologie s'avérait d'autant plus grave que les troubles commençaient plus tôt. Il existait d'ailleurs à l'époque, à l'opposé de l'idiotisme d'**ESQUIROL** un type clinique de mauvais augure, celui de l'adolescent doué et sérieux, s'abîmant l'esprit dans un excès de travail scolaire et une rêverie abstraite. Cela entraînait une "lypémanie aboulique" qui se transformait en démence puis aboutissait à la mort. Nous voyons les prémices de la conception Kraepelinienne de la dementia-praecox, avec pour point de départ une personnalité schizoïde.

I.1.5 - **L'adolescence de l'adolescence : 1850 - 1936**

A partir de 1850 le terme "adolescent" va perdre sa connotation railleuse. Le substantif va s'installer peu à peu dans le lexique et le langage populaire.
Dans la littérature, les héros adolescents sont atteints de symptômes identiques, renvoyant à ce qui fait dans les esprits la particularité de ce groupe d'âge. Les traits de caractères communs à tous ces héros renvoient à l'Idéal romanesque de "René". Les personnages créés sont porteurs de signes inscrits dans le vécu ou l'inconscient de leurs créateurs, lesquels ont contribué, à leur échelle, et à leur insu, à l'enracinement de cette notion nouvelle dans un fond culturel et, par un jeu d'interactions, dans le quotidien des mentalités. Même si par le passé les textes littéraires ont toujours offert des modèles de protagonistes "adolescents" ("Tristan et Iseult", "Roméo et Juliette", "Paolo et Francesca", "Werther",...), il existe entre 1850 et 1900 un nombre important de héros âgés de seize à vingt-cinq ans, tous plus ou moins héritiers de "René". Les personnages, quelque peu caricaturaux parfois, traduisent une véritable révolution intellectuelle en France au début du XX^{ème} siècle, ce qui explique probablement cette évolution des intérêts envers les "jeunes".

D'après **ARIES** [12], c'est à la fin du XVII^{ème} siècle que l'enfant sort de "l'anonymat". La famille devient un lieu "d'affection nécessaire", entre les époux d'une part, et les parents et enfants d'autre part. En même temps, l'école se substituant à l'apprentissage auprès des adultes, l'enfant entre dans un "long processus d'enfermement" qu'on appelle la scolarisation.

La psychologie de l'enfant sort, elle aussi, difficilement du "Moyen-Age". **Bernard PEREZ**, en 1882, est l'un des premiers à s'y intéresser. Il insiste sur le rôle des facteurs innés, héréditaires, dans le comportement de l'enfant, alors assimilé à un animal inexpérimenté.
Pour **BINET**, "père" du fameux quotient intellectuel, le système éducatif n'est pas adapté aux aptitudes et aux besoins individuels. Par ailleurs, la psychologie en France est longtemps restée attachée aux théories des humeurs (bilieuse, sanguine, mélancolique, flegmatique) et à la caractériologie, avec des classifications pouvant en recenser jusqu'à douze types différents. De là à y voir l'origine du pouvoir de séduction de la psychiatrie anglo-saxonne sur nos pratiques ...

C'est justement à la psychiatrie américaine que l'on doit les premières véritables études sur "l'adolescence". Après les travaux de **BURNHAM**, **Stanley HALL** publie en 1904 un ouvrage à la fois psychologique et encyclopédique, reposant sur l'application des principes de la théorie de l'évolution à la compréhension du développement. Pour lui, les lois du développement sont inscrites dans les données biologiques et, c'est à la période pubertaire qu'apparaissent les changements qui vont se transmettre à l'espèce et faire progresser l'évolution de la race humaine. La confrontation aux pressions sociales va reproduire des tumultes ancestraux, définis par le concept "Storm and stress" (tempête et tension) qui caractérisent l'expérience adolescente. **HALL** va analyser les performances précoces de certains personnages célèbres et l'âge d'apparition de leur talent. Il étudie en outre les causes d'échec scolaire d'hommes de génie comme **WAGNER**, **HUXLEY**, **HEGEL**, par exemple. Il a eu le mérite d'avoir appelé les responsables de la pédagogie à travailler en plus étroite relation avec les psychologues et à se mettre à l'écoute des marginaux. Mais sa vision du rôle éducatif comme "remède" s'inspire des idées de **ROUSSEAU** : encourager les impulsions et les instincts pour les structurer et éviter une résurgence agressive à l'âge adulte [66].

Déjà, le paradigme change vers le dernier tiers du XIX^{ème} siècle et on entre dans l'ère des "maladies mentales". C'est l'époque où **MAGNAN**, devant un malade adulte, s'intéresse à son enfance et son adolescence, et plus précisément au développement de sa motricité et du langage, mais aussi à l'éventualité d'une énurésie dans l'enfance, d'une gaucherie manuelle, aux sentiments à l'égard de ses parents, en un mot à l'ensemble de son évolution et non plus simplement au trouble actuel.

La psychiatrie prend alors un nouvel essor. On relève des descriptions d'anorexie mentale par **MARCET** en 1860. **LASEGUE**, en 1884, effectue des travaux sur l'anorexie hystérique, affection typique des jeunes filles, et constituant par la même un aspect original de la pathologie de l'adolescent.
Aux Etats-Unis, **Stanley HALL**, crée en 1896 une chaire d'hébélogie, il y a donc un peu plus de cent ans. Cette «*science de la jeunesse*» s'appuie sur un triptyque : la physiologie, la psychologie, le social, en oubliant la sexualité.
FREUD, à l'époque, étudie la puberté et les transformations psychiques de cette période en ne parlant toujours pas de processus spécifique de l'adolescence.

FREUD, en 1905, publie les "*Trois essais sur la théorie sexuelle*", et s'intéresse aux mutations psychologiques qui accompagnent la puberté. Il n'étudie pas les deux concepts séparément, et il faudra attendre **E. JONES** en 1922 pour voir le terme "adolescence" se distinguer de celui de "puberté".

Il est important de remarquer qu'en fait la puberté n'a pas subi de remaniements historiques au cours des siècles, à la différence de ce concept d'adolescence, soumis aux variations et peurs sociales de telle ou telle époque. Ce qui va dominer de 1850 à 1950 environ, est la stigmatisation de la jeunesse, "facteur de désintégration sociale" pour **DURKHEIM**. Pour ce dernier, les adolescents sont «*portés à la violence, la brutalité, au sadisme, de par leurs pulsions sexuelles... Ils ont le goût du viol et du sang*». Les peurs actuelles, on le voit, ne sont pas nouvelles, comme en témoigne cette phrase de **LUMBROSO** : «*Quand on voit des jeunes gens ensemble, il faut se méfier, probablement ils font quelque chose de mal*».

De ces peurs d'adultes, les adolescents vont se protéger et le phénomène des bandes apparaît, avec la formation par exemple des fameux "Apaches", terrorisant peu à peu le monde bourgeois.

«*Depuis longtemps, chaque génération d'adultes affirme que la génération qui suit va plus mal que la précédente... Cela dépend en partie de ce que l'adulte peut supporter et une telle assertion montre surtout que l'adulte se sent mal parce qu'il est dérangé par l'adolescent*». Cette phrase de **HAIM** [91] résume l'ambivalence des relations entre cette nouvelle "classe d'âge" et les "Anciens".

La Grande Guerre va voir les adultes trouver en sa jeunesse un réservoir d'énergie vitale qu'elle appréciera alors à sa juste valeur.

En fait, vont se dessiner deux tendances en Europe francophone : des ouvrages à vocation éducative et pédagogique, inspirés des travaux précurseurs de **HALL**, et des travaux à valeur scientifique et psychologique. D'autre part, la presse va s'emparer de ce concept "d'adolescence", et les enquêtes sur la jeunesse vont fleurir. Par exemple un numéro de la revue "L'Education" est consacré en 1919 à la "crise de l'adolescence". A partir de cette époque, "rêve et crise", "fascination et crainte" vont caractériser l'ambivalence des relations adultes - adolescents. Ces derniers vont inspirer de la peur (on les taxera de "violeurs" et de "criminels nés" !).

A partir de 1935, **M. DEBESSE** va être l'un des pionniers de ce qu'il nomme l'hébélogie, en proposant une méthode fondée sur les entretiens libres et non sur une méthode scientifique. Il préfère une véritable psychologie différentielle de l'adolescent. C'est aussi la naissance de la notion de "crise d'adolescence" si souvent reprise par la suite.

Quelques années auparavant, **KAHLBAUM** et **HECKER** identifient et décrivent sous le non "*d'hébéphrénie*" une maladie touchant les jeunes gens après la puberté et les conduisant assez rapidement à un état de marasme affectif et intellectuel qui évolue vers la démence. Plus tard, avec le terme "*d'héboïdophrénie*", ils proposeront une autre entité morbide, débutant également à l'adolescence et se caractérisant par une symptomatologie variable et polymorphe (que d'aucuns appelleront par la suite "*état limite*"). Cette pathologie est d'autant plus intéressante qu'elle s'observe encore à la fin du XX^{ème} siècle, et qu'elle montre dans l'adolescence les singularités du comportement et que les difficultés d'adaptation sociale peuvent correspondre à une pathologie indiscutable.

Se dégage ainsi progressivement une psychiatrie propre à l'adolescence ne se réduisant plus aux désordres de l'intelligence et qui peut comporter des anomalies des conduites dont le caractère spécifiquement pathologique ne cesse de poser des questions diagnostiques et étiopathogéniques souvent bien difficiles.

I.1.6 - <u>De l'Après-guerre à nos jours</u> :

La résurgence après-guerre d'une adolescence dérangeante par ses excès rappelle tout ce qui a été perdu, manquant ou impossible pour des adultes ayant dû trop tôt assumer leurs responsabilités. La jeunesse, qui a pris goût à l'expression, va susciter des questions et poser des problèmes nouveaux comme pourrait le faire un être qui prend toute sa place.

Dans la mouvance d'une société qui n'en finit pas de découvrir sa jeunesse et à la suite des pionniers qui ont contribué à en inventer les contours psychanalytiques, l'après-guerre voit fleurir une grosse production d'articles sur le sujet, émanant pour beaucoup de penseurs américains. A partir de ce moment, les Etats-Unis feront d'ailleurs l'épreuve, par anticipation sur la "vieille Europe", de tous les mouvements qui affecteront nos jeunesses par la suite. On va assister à une inflation théorique, contribuant à asseoir l'existence naturelle et évidente de l'adolescence, bien loin des stades naturels décrits par les Anciens.

Aux Etats-Unis, la priorité sera donnée au pragmatisme et à la recherche "scientifique", se déployant à travers le courant dit de "l'ego psychologie".
L'adolescence semble alors fasciner les psychanalystes et les psychiatres qui vont se lancer dans une surenchère quant à la détermination précise de ce qu'est cette période. Les méthodes d'études, de soins à apporter, d'entretiens classiques vont s'avérer inadaptées aux adolescents. On a recours aux modes les plus variés de traitement, dans un flou théorique et pratique comparable au "flou psychique" vécu consciemment et inconsciemment par les jeunes gens de cette tranche d'âge. La délinquance juvénile devient l'objet d'une préoccupation sociale : le juge pour enfants et les mesures éducatives voient le jour le 2 Février 1945 avec la fameuse ordonnance du même nom. Ceux qui sont "hors normes" se retrouvent finalement à dépendre d'instances ou de circuits institutionnels conçus pour eux.

D'autre part, un changement s'opère concernant les manifestations de la crise pubertaire : désignées de plus en plus souvent comme pathologiques, elles se voient "enfermées" dans des instruments de repérage nosographique, comme si la puberté devenait une maladie (comme la grossesse et la vieillesse le deviendront). Nous assistons alors, parallèlement à des progrès technologiques sans précédent, à la naissance de la "standardisation" de tout et de tous, toute déviation devenant alors suspecte.

De cette ambiance générale de "normalisation" va naître, parallèlement à une période de guerre sans précédent (c'est l'époque de la décolonisation), un mouvement collectif de la jeunesse. C'est le début de l'idolâtrie de la "liberté absolue".
La littérature voit des auteurs comme **KEROUAC, GINSBERG, HUXLEY** par exemple, devenir les emblèmes d'une jeunesse bridée et que l'on veut à nouveau soumettre à la loi des Pères. Les mouvements musicaux suivront, et la jeunesse, en réaction au carcan moralisateur qu'on veut lui imposer va se révolter progressivement.
Cette révolte est la recherche du bonheur absolu, idéal et sans tâche. On retrouve ici la tendance à l'idéalisation propre à l'adolescence. Il est intéressant de remarquer le début de l'ère de la recherche de ce bonheur sans faille comme but, et l'utilisation des drogues pour atteindre ce but. Intéressante comparaison avec notre société moderne où la frustration entraîne dépression et où le "pharmakon" en est le traitement.
«*Father, I want to kill you, mother, I want to fuck you*» !. Cette phrase, tirée de la chanson "The end" [142] du group emblématique The Doors résume un esprit de libération des tabous, mais également fournit les racines du mal qui va progressivement grandir :

la négation de l'existence d'Oedipe et la tendance à la perversion. C'est le paradoxe de cette "liberté absolue" tant recherchée par l'adolescent.

Arrive donc Mai 68, historiquement dénommée "révolte de la jeunesse". Tous les ingrédients sont réunis pour que se constitue une "internationale de la jeunesse", déjà influencée par de grands gourous médiatiques. Leur influence s'exerce alors sur la fibre émotionnelle des adolescents et aura l'impact d'une grande excitation sexuelle. L'explosion de 1968 a signé l'apogée du phénomène de l'adolescence. Mais parallèlement à sa "reconnaissance", voici revenu le temps de l'indifférenciation entre enfants et adultes. Les enfants grandissent dans une adolescence interminable, tandis que les adultes cultivent l'art de la régression. On assiste à l'apparition de concepts, remis au goût du jour, comme la "pré-buberté, la pré-adolescence" et bientôt la "post-adolescence".

Le visage de la clinique psychiatrique va changer. Alors que jusque-là, la puberté avait toujours précédé et accompagné les transformations psychiques, désormais les manifestations extérieures traduisant les bouleversements internes de la psyché peuvent apparaître avant même la première pilosité (c'est le cas par exemple pour les conduites de délinquance ou les conduites addictives). Nous allons assister dès lors à une explosion de la demande psychiatrique concernant les adolescents. Constatons simplement que certains signes qui devraient à l'âge de la croissance pubertaire être tenus pour des manifestations de bonne santé sont de moins en moins bien tolérés.

La "normalisation" et la "standardisation" vont également toucher le domaine de la psychologie humaine et notre profession.

Dans l'entre-deux guerres, le paradigme des maladies mentales change peu à peu, et pour plusieurs motifs. Le plus simple tient à l'accroissement des espèces morbides individualisées. D'autre part, s'exerçait alors sur l'ensemble de la culture scientifique, le prestige de la "*Théorie de la forme*" développée par **KHOELER** et relayé en neurologie par **GELB** et **GOLSTEIN**, inspirateurs directs de ce qui deviendra un peu plus tard le structuralisme. C'était une critique radicale du pointillisme, de la réduction d'un tout à la juxtaposition de ses parties : la seule recherche légitime ne pouvait porter que sur un tout, considéré comme une entité autonome de dépendance interne. Le sujet devait alors être considéré dans sa totalité. Pareils préceptes faisaient écho à une certaine conception de la psychanalyse et trouvèrent une confirmation dans la pensée phénoménologique, avec les travaux de **BINSWANGER** ou **MINKOWSKI**.

Il en résulta alors un renouveau de la séméiologie, et surtout un intérêt particulier porté à l'histoire du sujet, enfance et adolescence prises en compte. Cette préoccupation prenait d'ailleurs plusieurs aspects. D'un côté, la recherche d'informations objectives sur l'histoire (grossesse, croissance, ...), et de l'autre côté, le vécu subjectif du sujet.
La psychiatrie de l'adolescent a d'ailleurs une position ambiguë par rapport au problème de la subjectivité. Il restera longtemps d'usage de s'entretenir avec la famille ou l'enseignant en l'absence de l'adolescent, puis de le recevoir dans un second temps, ce qui ne va pas sans poser un problème d'ordre transférentiel.

Les pratiques ont évolué, et la plupart du temps un entretien en face à face avec l'adolescent est nécessaire de nos jours avant de recevoir la famille, le travail restant bien sûr fonction des pratiques personnelles.
La psychanalyse se trouve directement en cause dans cet intérêt pour l'histoire personnelle du sujet et a beaucoup fait pour faire entrer ce souci dans la pratique psychiatrique.

En conclusion, un enfant de douze ans aujourd'hui, a subi en quelques siècles une métamorphose par rapport à ses pairs de l'Antiquité, parallèlement à l'évolution sociale et technologique à laquelle il est soumis, lui et ses parents.

Parallèlement, au cours du XX^{ème} siècle, la psychiatrie de l'adolescent a cessé de ne comporter que des calamités, pour prendre en charge des pathologies diverses et de meilleur pronostic.
Ainsi, au début du XX^{ème} siècle, le souci dominant était celui de l'intégration scolaire, et l'attention portait essentiellement sur le vice, l'indiscipline ou la transgression. Des auteurs comme **DUPRAT** ou **DURKHEIM** voyaient en l'adolescent un «*malade en puissance*» ou un «*sadique*».
C'est donc essentiellement après-guerre que naîtra réellement l'intérêt de certains psychiatres et psychanalystes pour l'adolescence en tant que processus psychique à part entière. Cet intérêt prendra d'autant plus d'importance que la scolarisation s'étendra aux deux sexes à partir des années 30, et à une classe d'âge de plus en plus large.

I.2 - APPROCHE PSYCHANALYTIQUE :

La perspective psychanalytique repose sur un postulat : la possibilité de décrire et comprendre l'adolescence comme un processus psychologique relativement homogène selon les sociétés.

A la suite de **S. FREUD**, chacun reconnaîtra l'importance de la puberté, le rôle joué par l'accession à la sexualité et par la même le regroupement des pulsions partielles sous le primat de la pulsion génitale.

Pour **S. FREUD**, la puberté voit s'accomplir «*une des réalisations psychiques les plus importantes, mais aussi les plus douloureuses de cette période, l'affranchissement de l'autorité parentale, grâce auquel seulement est créé l'opposition entre la nouvelle et l'ancienne génération, si importante pour le progrès culturel*» [79].

Pour **JEAMMET**, l'adolescence est «*exemplaire de l'articulation entre l'histoire du sujet, sa structure et sa conjoncture*» [101], avec pour but final l'autonomisation et le dégagement des figures parentales. L'histoire renvoie à un héritage trans-générationnel, avec tout le poids des contraintes du passé familial. La structure est celle de l'appareil psychique mise en place pendant l'enfance, consolidée ou non durant la phase de latence. Enfin, la conjoncture renvoie à la double dimension caractérisant l'adolescent : physiologique et psychosociale, à laquelle il faut adjoindre les évènements de vie pouvant la jalonner (deuils, séparations, rencontres, ...).

Si la théorie psychanalytique a tenté de donner une définition relativement homogène de l'adolescence et de la définir comme un processus intrapsychique spécifique, on peut opposer une certaine hétérogénéité des regroupements conceptuels. Par exemple, on peut distinguer celui qui assimile l'adolescence à une crise, et celui qui l'assimile à une étape de développement rappelant par bien des aspects la première phase de "séparation - individuation" de la petite enfance.

Globalement, le débat porte sur l'existence de l'adolescence en tant que "répétition de l'enfance" ou comme "crise" existentielle et individualisante.

Enfin, si pour **FREUD** adolescence et puberté étaient rigoureusement synonymes, l'accent est mis, selon les auteurs, sur divers aspects plus spécifiques : le corps et ses bouleversements, le deuil et la dépression, les moyens de défense, le narcissisme ou encore l'Idéal du Moi et le problème des identifications.

I.2.1 - **L'adolescent et son corps :**

I.2.1.1 - Les rapports psyché/soma [101]

«Le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi flottante. Il est le point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites... Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode» [104].

Cette phrase introductive de **JEAMMET** montre bien que le corps est l'élément pivot de l'adolescence. C'est sa transformation sous l'effet des modifications hormonales de la puberté qui introduit les changements de l'adolescence. Ces modifications ont des répercussions psychologiques aussi bien au niveau de la réalité concrète qu'au niveau imaginaire et symbolique. Le corps de l'adolescent révèle les particularités de son statut psychique. Il va participer activement à la vie psychique, sans pour autant se confondre avec elle. La matérialité de ce corps, la distance que la conscience réfléchie peut prendre par rapport à lui le rapprochent de la réalité externe ; «la réalité, c'est ce qui résiste» nous dit **JASPERS**, et c'est justement cette "résistance" du corps qui explique qu'il soit si souvent sollicité quand l'identité est mise à l'épreuve. Cette position d'interface entre la réalité interne et externe lui confère une place privilégiée dans l'organisation et l'expression des manifestations psychopathologiques. Ce corps "nouveau" fait partie intégrante de la représentation de soi, mais en même temps il est perçu par la psyché comme un "corps étranger". La psyché assiste en effet de manière passive aux transformations corporelles, qu'elle suit ou accompagne, mais ne décide pas. Il y a dans cet écart psyché/soma les prémices d'un double clivage.

Le corps de l'adolescent va donc le trahir :

- d'une part, il échappe au pouvoir de maîtrise du Moi, qui est l'un des acquis important de la phase de latence ;

- il n'est plus l'écran protecteur derrière lequel l'enfant peut cacher pensées et désirs ;

- il est le terrain privilégié de concrétisation et d'étalage de l'héritage des parents que les ressemblances physiques avec ceux-ci dévoilent au grand jour, au point que l'adolescent peut ne plus savoir ce qui lui appartient en propre.

Ce corps potentiellement étranger, qui perd avec l'adolescence sa familiarité, est aussi un corps "incestueux", fruit de l'union des parents, représentant privilégié de la scène primitive et des parents combinés. Les attaques ou les rejets dont il est l'objet sont des attaques contre les objets internes et les figures parentales et, à travers eux, atteignent bien sûr le narcissisme du sujet et la représentation de lui-même qu'ils contribuent à altérer et à amputer. En attaquant tout ou partie de son corps, c'est avec ses parents que l'adolescent règle ses comptes, mais c'est finalement tout ou partie de lui-même qu'il répudie, avec les risques qu'une telle attitude fait courir à son équilibre ultérieur.

En cas de conflit identificatoire majeur, le corps peut servir à assurer le maintien d'une identité défaillante. Le thème de la revendication du droit à la différence est l'un des moyens privilégiés dont dispose l'adolescent pour affermir une identité constamment menacée. C'est l'un des points où l'influence des modèles culturels apparaît la plus importante et permet d'expliquer en partie les changements récents dans l'expression de la psychopathologie de l'adolescence. Ce droit à la différence s'est exprimé dans les années 60 - 70 par le droit à une sexualité différente. De nos jours, cela s'est déplacé vers le droit à disposer de son corps à sa guise : droit au suicide, attaques symboliques du corps (piercing, tatouage, mode punk, ...), l'anorexie mentale, les automutilations devenues si fréquentes. On retrouve ainsi l'une des caractéristiques de l'adolescence : se servir de son corps et des plaintes dites somatiques comme mode d'expression de ses conflits, mais aussi comme moyen de relations.

SHILDER considérait que le corps représentait le véhicule de "*l'être au monde*", abordant la question dans une perspective phénoménologique ; le corps est ainsi au centre des échanges relationnels et affectifs entre individus.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous verrons que l'accueil des adolescents dans un service d'urgences met en évidence une augmentation des attaques du corps, et que celui-ci est vraiment le vecteur choisi pour entrer en "demande d'aide".

I.2.1.2 - La question de la sexualité et de l'identité sexuelle [5]

De tous les phénomènes en jeu dans le processus pubertaire, le plus déterminant est sans doute celui de la sexualisation. Elle intervient en fait bien avant la sexualité au sens strict. Il existe une nouveauté : l'acte sexuel est réalisable. Cette nouveauté, l'adolescent doit la gérer, et c'est là un des enjeux psychiques à l'adolescence. Ainsi est posée la question de l'identité sexuée, renvoyant elle-même à la question du narcissisme.

* L'émergence de la sexualité : les enjeux psychiques [62] [79]

Tant que le corps reste impubère, cette question d'identité et d'appartenance à un sexe ne se pose pas, ou du moins la réponse peut rester en attente ou dans l'ambiguïté. Protégé par ses parents, l'enfant se sent fantasmatiquement "tout-puissant", alors même que sur le plan sexuel il est "impuissant".
La puberté apparaît donc comme une situation de rupture par rapport à l'enfance, avec quand même une continuité sous-jacente.

A l'adolescence, les pulsions sexuelles prégénitales (orales et anales) vont voir leur importance se relativiser. Pour **FREUD**, pour qui puberté et adolescence sont synonymes, l'intérêt de la théorisation du sexuel est de définir une sexualité normale et une sexualité pathologique. Pour lui, la synthèse des pulsions partielles ne se fait qu'à la puberté. Il en fait une phase évolutive majeure : au stade sadique - anal (dans lequel n'existait dans l'inconscient que l'opposition actif - passif), succède ce qu'il nomme stade phallique (1923).
Du coup, ce n'est qu'à l'adolescence que s'affirme le véritable stade génital, avec l'opposition masculin - féminin.

Pour **FREUD**, le fondement de la sexualité humaine est le fait que le "choix d'objet" s'accomplisse en deux vagues : «*La première vague commence entre deux et cinq ans et la période de latence ; elle se caractérise par la nature infantile de ses buts sexuels. La deuxième intervient avec la puberté et détermine la confirmation définitive de la vie sexuelle*» [79]. C'est la théorie Freudienne de "*l'après-coup*", qu'il élabore sur le modèle du refoulement hystérique. D'où la possibilité que certaines pubertés fassent traumatisme si les excès de séduction dépassent les capacités de l'adolescent.

Pour **FREUD**, une relation d'objet peut s'établir dès l'enfance, ou du moins se préparer dès l'enfance. Si les premières satisfactions sont liées au plaisir oral, «*la découverte de l'objet est à vrai dire une redécouverte*» [79].

En fait, cette relation d'objet s'établirait en trois temps :

- **le sevrage**, opération par laquelle le sujet sépare "l'activité sexuelle" de l'ingestion d'aliments ;

- **la période de latence**, où l'enfant "apprend à aimer" et à "être aimé" ;

- **la puberté**, qui permet de rétablir le bonheur perdu d'avant le sevrage.

La découverte de l'objet ou la mise en place d'une relation d'objet ne serait donc que la répétition de l'enfance (une "*réédition*" selon le mot de **BLOS**). C'est la position la plus classique. Les acquis essentiels seraient établis dès l'enfance, et l'adolescence ne ferait que les mettre à l'épreuve en en révélant les faiblesses. Ainsi, tous les ingrédients essentiels de la personnalité seraient déterminés par l'enfance et plus particulièrement la première enfance : les identifications primaires et secondaires, les assises narcissiques, l'auto-érotisme, les liaisons pulsionnelles, et l'élaboration de la position dépressive [62] [101].

* L'identité sexuelle et le problème des identifications [133]

L'identité ou plutôt le sentiment d'identité sexuelle correspond au fait de se reconnaître homme ou femme. Ce sentiment d'identité relève de l'identification primaire. Les identifications sexuelles secondaires découlent du complexe d'œdipe dont elles sont la résultante.

Cette quête de l'identité par l'adolescent peut être appréhendée de deux façons différentes. Elle peut se situer dans la continuité de la quête d'identité depuis le plus jeune âge, mais également dans la recherche identificatoire qui part de l'adolescence vers l'âge adulte. Pour certains, l'identification représente un processus, pour d'autres un fantasme inconscient.
Dès les premiers travaux sur l'adolescence, la prise en compte de la ligne identificatoire a représenté un axe de compréhension essentiel, et posé une question restée centrale : assiste-t-on à une répétition ou à quelque chose de nouveau ?

De nos jours, la tension entre l'identité et les identifications, tend à être comprise comme le reflet de l'antagonisme narcissico-objectal, constituant le cœur du travail psychique de l'adolescence. Cette formulation reprend l'opposition classique proposée par **FREUD** entre l'identification primaire (liée à la relation d'incorporation orale et au lien à l'objet primaire) et les identifications secondaires (impliquant le choix d'objet sexuel). L'identité renvoie donc au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations et des soins précoces. Plus ces relations précoces auront été satisfaisantes, moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir (l'objet ne sera pas une menace).

Quand l'identité narcissique est assurée, l'adolescent peut s'engager dans une quête identificatoire, qu'elle soit mimétique ou oppositionnelle. C'est l'époque où il va multiplier les expériences, les nouvelles relations d'objet lui servant de support aux intériorisations puis identifications à venir. **BLOS** évoque ainsi la "*faim d'objet*" qui habite tout adolescent.
Si cette "appétence" objectale permet à l'adolescent d'enrichir sa personnalité et d'affirmer ses traits de caractère, elle a aussi certaines conséquences.

D'une part, l'adolescent est particulièrement sensible et vulnérable aux facteurs environnementaux. D'autre part, cette appétence peut être vécue par l'adolescent comme une insatiable envie le menaçant de débordement, d'une perte d'autonomie, c'est-à-dire d'une menace narcissique. Dans ce moment de fragilité, la relation identificatoire aux objets œdipiens n'est pas seulement oppositionnelle, elle est aussi mimétique. Nombre d'auteurs ont insisté sur la relation au parent isogénérique, c'est-à-dire dans le conflit oedipien, la relation oedipienne inversée : l'adolescent se soumet au parent de même sexe, pour se protéger de la menace incestueuse représentée par le parent oedipien direct, et ce faisant, il y retrouve aussi des bénéfices identificatoires.

Ainsi, la résolution du complexe d'œdipe se déroule en deux phases dont la seconde, déclin du complexe d'œdipe négatif, "achève" l'adolescence. L'Idéal du Moi représentera l'héritier de ce travail. C'est en se reposant sur ce lien œdipien indirect que l'adolescent réalise l'investissement libidinal de ses nouveaux attributs identificatoires, en particulier sexuels. Cela expliquerait peut-être la fréquence des questionnements sur l'homosexualité, la place de cette relation œdipienne indirecte étant centrale dans le processus d'identification.

Ainsi la construction des identifications à l'adolescence est un processus complexe, progressif, qui s'étaie sur la personne et les images intériorisées des deux parents mais aussi pour une bonne part sur le parent du même sexe.

I.2.2 - **Le narcissisme à l'adolescence et la place de l'Idéal du Moi**

I.2.2.1 - Le concept de narcissisme [143]

* Chez FREUD :

La référence au mythe de Narcisse, qui évoque l'amour porté à l'image de soi-même, pourrait faire croire qu'un tel amour serait indépendant des pulsions sexuelles. Dans le champ psychanalytique, il représente au contraire un mode particulier du rapport à la sexualité.

En 1898, c'est **Havelock ELLIS** le premier qui fait une allusion au mythe de Narcisse, à propos des femmes captées par leur image dans le miroir. Mais c'est **Paul NÄCKE** qui, en 1899, introduit pour la première fois le terme de "narcissisme" dans le champ de la psychiatrie. Il désigne par ce terme un état d'amour pour soi-même, qui constituerait une nouvelle catégorie de perversion. Il faut attendre 1910 pour que **FREUD**, en réaction aux déviations de certains de ses disciples, précise sa position sur le narcissisme. En 1911, dans son étude sur la psychose du président SCHREBER, il pose pour la première fois le narcissisme comme un stade normal de l'évolution de la libido (rappelons que la "libido" désigne l'énergie sexuelle partant du corps et investissant les objets).

FREUD distingue deux narcissismes, primaire et secondaire.

Il définit en 1914 le narcissisme primaire comme un état que l'on ne peut directement observer, mais dont on doit poser l'hypothèse par un raisonnement récurrent. Il serait caractérisé par un mode de satisfaction auto-érotique, les pulsions partielles cherchant, chacune pour soi, leur satisfaction propre. Le Moi n'est alors pas constitué et les objets investis sont encore les parties du corps même. **FREUD** met également en relief la position des parents dans la constitution du narcissisme primaire : «*L'amour des parents envers leur enfant, c'est leur narcissisme qui vient de renaître*» [75]. Les parents attribuent ainsi à leur enfant toutes les qualités, tous les rêves auxquels ils ont dû eux-mêmes renoncer. «*Sa Majesté Bébé*» accomplira «*les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution, assurant ainsi l'immortalité de leur Moi*». Le narcissisme primaire représente donc un espace de toute-puissance infantile.

Le narcissisme secondaire correspond au narcissisme du Moi. On assiste alors à un retournement de l'investissement des objets en investissement du Moi.

Le narcissisme secondaire se définit en fait comme l'investissement libidinal de l'image du Moi, cette image étant constituée par les identifications du Moi aux images des objets.

L'enfant va sortir du narcissisme primaire quand il se trouve confronté à un idéal à l'extérieur de lui.

Pour **FREUD**, le développement du Moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire. En réalité, le Moi aspire à le retrouver, et pour regagner l'amour et la perfection narcissique (de la mère), il passera par la médiation de l'Idéal du Moi. Ce qui est perdu, c'est l'immédiateté de l'amour. D'autre part, c'est le complexe de castration qui viendra perturber le narcissisme primaire. C'est par lui que s'opère la reconnaissance d'une incomplétude qui va susciter le désir de retrouver la perfection narcissique.

Remarquons d'ores et déjà que l'augmentation actuelle des pathologies du narcissisme peut être mise en corrélation avec la volonté sociétale d'efficacité et de "non-attente", c'est-à-dire une volonté croissante d'immédiate satisfaction et d'éviter la castration.

* Selon LACAN :

Ses premiers textes sur le narcissisme apparaissent avec l'étude de la paranoïa et l'étude du cas "Aimée", en 1932. Il s'appuie sur la notion freudienne de "choix d'objet narcissique" et ses recherches le mènent en 1936 à la théorie du "stade du miroir", qui représente pour lui la naissance même du Moi.

Le Moi étant liée à l'image du corps, l'enfant voit son image totale reflétée par le miroir, mais il existe une discordance entre cette vision globale de la forme de son corps (qui précipite la formation du Moi) et l'état de dépendance dans lequel il se trouve en réalité. Alors qu'il s'éprouvait jusque-là comme corps morcelé, il se trouve maintenant fasciné et capté par cette image. Celle-ci est celle d'une image idéale de lui-même, qu'il ne pourra jamais rejoindre.
C'est ce que **LACAN** appelle "*l'identification primordiale à une image idéale de soi-même*".

Ce stade peut être rapproché du narcissisme primaire. L'identification première au miroir prépare l'identification au semblable, au cours de laquelle il va rivaliser avec l'image de l'autre.
L'image dans le miroir et l'image dans le semblable représente un "Idéal du Moi".

I.2.2.2 - L'Idéal du Moi et le narcissisme à l'adolescence [28] [78] [103] [109] [117] [133]

La référence au narcissisme et à travers lui au fondement de l'identité, la place prépondérante que jouent les diverses identifications, rendent évidente la place particulière que l'Idéal du Moi peut occuper à l'adolescence. De nombreux auteurs estiment cette instance psychique comme centrale à cette période.

KESTEMBERG note que les adolescents sont à la recherche d'un Idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux-mêmes, image susceptible de leur apporter un soutien narcissique [110]. Pour **LEBOVICI**, le conflit Surmoi - Idéal du Moi est l'un des conflits - clefs de l'adolescence. **BLOS** et **LAUFER** ont abordé en profondeur la place de l'Idéal du Moi à cette période.

Pour **BLOS**, l'Idéal du Moi est l'héritier du processus de l'adolescence, de la même manière que le Surmoi est l'héritier du complexe d'œdipe [28]. L'Idéal du Moi trouve ses racines dans le narcissisme primaire, mais **BLOS** distingue l'idéalisation du soi propre à l'enfant et l'Idéal du Moi. Cette idéalisation de soi est alimentée par le sentiment de toute-puissance infantile, en particulier grâce à la position bisexuelle. La puberté va rompre cette bisexualité potentielle et porter atteinte à cette toute-puissance.
L'identification au père, mais surtout l'intériorisation de l'image paternelle au sein de l'Idéal du Moi prend le relais de la soumission homosexuelle au père et de cet état de passivité (résultat du conflit œdipien inversé ou œdipe négatif). En somme, c'est avec le renoncement œdipien passif qu'adviendra une réelle relation intrapsychique entre le Moi et l'Idéal du Moi, ce que **BLOS** illustre en nous disant que «*L'Idéal du Moi n'arrive à son organisation définitive que tardivement, au déclin du stade homosexuel de la première adolescence... C'est dans l'abandon irréversible de la position œdipienne négative (homosexuelle) pendant la première adolescence que se trouve l'origine de l'Idéal du Moi*». Ainsi, la fonction de l'Idéal du Moi est de contribuer à la formation de l'Identité sexuelle, puis de maintenir stable cette identité.

Pour **LAUFER**, l'Idéal du Moi apparaît au déclin du conflit œdipien en même temps que le Surmoi. Pour ce faire, il faut que les systèmes d'identification et d'intériorisation soient relativement stables. Cette stabilisation permet au conflit œdipien de se déployer, et par là même au Surmoi et à l'Idéal du Moi de se constituer.

Citant **RITVO** et **SOLNIT** (1960), **LAUFER** définit l'Idéal du Moi ainsi : «*On peut considérer qu'il provient de trois sources principales : l'idéalisation des parents, l'idéalisation de l'enfant par les parents, et l'idéalisation de soi par l'enfant...*». Il donne une définition de l'Idéal du Moi comme étant «*la partie du Surmoi contenant les images et les attributs que le Moi s'efforce d'acquérir afin de rétablir l'équilibre narcissique*». Pour lui, la caractéristique de l'Idéal du Moi est de se servir de l'extérieur comme relais d'identification et de gratification narcissique. Le groupe des pairs devient donc un support narcissique et une base identificatoire indispensable, jouant par là même un rôle d'étayage narcissique. Il reprend ainsi les hypothèses de **FREUD** concernant la psychologie des foules quand il dit que se forme «*en chaque individu de la foule une représentation déterminée de la nature, de la fonction, des réalisations et des exigences de la foule, de sorte qu'il en résulte pour lui un rapport affectif à l'ensemble de la foule*» [78]. Ainsi il y aurait une interaction entre l'adolescent et ses pairs, qui devient donc source de gratification et de soutien narcissique.

Que signifient le conflit et les tensions provoquées entre l'Idéal du Moi auquel il aspire et le Moi de l'adolescent ? Traduisent-elles une tentative de dégagement des liens œdipiens ou une lutte contre les exigences surmoïques ?
Pour **LACAN**, l'Idéal du Moi correspond à un ensemble de traits symboliques impliqués par le langage, la société et les lois. Ces traits sont introjectés et font médiation dans la relation duelle imaginaire : le sujet se trouve en un point - l'Idéal du Moi - d'où il se voit comme susceptible d'être aimé, dans la mesure où il satisfait aux exigences. **LACAN** dira que c'est l'Idéal du Moi, symbolique, qui soutient le narcissisme. Il représenterait une introjection symbolique, à opposer au Moi Idéal, assimilé à une projection imaginaire (et correspondant finalement au narcissisme primaire) dans le miroir. Remarquons d'ailleurs qu'en acceptant les transformations physiques de la puberté, l'adolescent reproduit le stade du miroir. Il va de nouveau s'abîmer dans la contemplation de cette nouvelle image de lui, cherchant au-delà d'elle ce qu'il a perdu avec la fin de l'enfance.

Ainsi, l'adolescence, en tant que processus psychique, doit-elle être considérée comme un deuil (à différents niveaux), ou bien comme une répétition de l'enfance ?

I.2.3 - **Les différents regroupements conceptuels :**

I.2.3.1 - L'adolescence vue comme répétition de l'enfance [101]

Cette position classique s'appuie sur une perspective essentiellement génétique et voit l'adolescence comme l'achèvement de l'enfance et dont l'aboutissement serait la plénitude de l'état adulte. Les acquis seraient établis dès l'enfance et l'adolescence ne fera tout au plus que les mettre à l'épreuve et en révéler les faiblesses, ne créant rien de fondamentalement nouveau. L'impact de la puberté se ramène à donner à cette organisation mise en place dès l'enfance les moyens de réaliser une des finalités du vivant : la procréation.

La phase génitale, atteinte avec la puberté, succède à la phase de latence, phase de "mise en sommeil" du développement libidinal et où on note l'importance du refoulement, opérant un changement de statut topique des désirs infantiles qui se trouvent refoulés dans l'inconscient. De nombreux psychanalystes ont insisté sur l'importance cruciale de la latence, autorisant le développement du secteur cognitif du Moi, ainsi libéré en partie de l'influence perturbatrice des conflits infantiles. Elle contribue donc à un renforcement du Moi et à la structuration du système préconscient et inconscient. L'adolescence s'oppose donc pont par point à la tranquillité de la latence, en entraînant une levée du refoulement infantile, avec réémergence des désirs refoulés. Par là, on a un risque d'affaiblissement du Moi, assailli par des désirs perçus comme étrangers à lui-même.

Ce qui va se répéter, c'est ce qui a donné lieu à fixation dans l'enfance, qui est demeuré refoulé ou même clivé au sein du Moi, comme une enclave, et n'a pas participé à la formation du Moi. Mais la notion "*d'après-coup*", théorisé par **FREUD** [79], montre qu'il y a changement dans le statut métapsychologique de l'élément refoulé ou clivé, qui va changer de topique. Il devient conscient : l'adolescent, suivant le modèle de l'hystérie, souffre alors de "réminiscences".
Ce qui peut ici avoir une portée traumatique, c'est la proximité des fantasmes incestueux et parricidaires, le «*corps pubère de l'adolescent devenant le représentant du parent incestueux dangereux*» selon **LAUFER** [118]. C'est l'une des raisons pour lesquelles il peut être l'objet d'attaques destructrices.

Un auteur comme **MÂLE** attache beaucoup d'importance à cette notion de répétition. Ce qui va se répéter constitue pour lui le paramètre conditionnant la vie du futur adulte, et pour lui c'est la qualité des interactions précoces qui va dessiner le visage de l'adolescent. Il écrit ainsi en 1970 : «*La crise pubertaire ouvrant à l'adolescence amène une mutation parfois décisive. C'est en effet l'âge auquel deviennent apparentes les névroses et les psychoses préparées dès l'enfance par les mouvements de la libido... Il faut également dégager à travers l'efflorescence des formes hystéro-phobiques, toute l'évolution engagée de l'œdipe et des relations antérieures*» [128].

En somme, dans ce point de vue de la répétition, l'adolescence est susceptible d'effacer le travail psychique de la phase de latence. Le Surmoi, "héritier du complexe d'œdipe" est censé protégé le Moi contre l'agression potentielle du retour du refoulé.

I.2.3.2 - L'adolescence vue comme crise [133] [109]

La référence au concept de crise est complexe. Il est utilisé aussi bien en sociologie, en politique, en économie, en médecine somatique qu'en psychopathologie.

Par son étymologie grecque, le mot "crise" appartient au vocabulaire juridique, puisque désignant le moment de la sentence. En médecine, la crise est par définition au départ salutaire (la fièvre venant chasser la maladie par exemple). Pour la médecine des réactions pathologiques, la crise vient désigner le processus pathologique, sans présumer de la guérison. Pour les tenants de la conception psychogénétique du développement, la vie entière est marquée par des crises maturantes et l'absence de crise serait pathologique. C'est le cas de **KESTEMBERG**, écrivant en 1980 : «*il n'y aura pas de crise d'adolescence à proprement parler, de réorganisation spécifique vécue comme telle par le sujet à ce moment là. Si cette absence d'aspect critique va au delà des apparences, elle ne peut être que de mauvais augure quant au remaniement ultérieur de l'appareil psychique, et d'assez mauvais aloi quant à l'organisation qui l'aura précédée*». C'est donc un point de vue évolutif, à l'opposé du point de vue systémique, pour qui la crise constitue une perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un système pouvant ou non faire le lit du pathologique.

En psychopathologie, le danger du concept de crise d'adolescence nous paraît résider surtout dans la confusion existant entre les modèles de compréhension souvent différents, voire divergents, auxquels se réfère chaque description.
Citons :

- Un modèle de compréhension où domine l'apport de la psychologie de l'enfant mais restant imprégné d'un système d'éthique philosophique. C'est «la crise d'originalité juvénile» de DEBESSE, décrite en 1936 en s'inspirant des travaux de Stanley HALL (1935) et de MENDOUSSE (1909).

- **MÂLE** parle de la «*crise juvénile*» et apporte une description clinique cohérente appuyée sur une compréhension analytique destinée à l'action psychothérapique. Il porte son intérêt à la reconnaissance des forces, aux conflits et manifestations présentés par les adolescents. Il distingue la crise juvénile simple (marquée par des modifications caractérielles, conduites d'opposition, rationalismes poussés, avec, pour finalité un détachement du milieu familial) de la crise juvénile névrotique (organisation moins souple et en fait pour lui prolongement d'une névrose débutée dans l'enfance) pouvant déboucher sur la névrose d'inhibition ou la névrose d'échec. Il développe également les risques d'une "dysharmonie pubertaire" pouvant favoriser l'apparition d'une psychose ou d'un déséquilibre psychique. Pour lui, la crise juvénile simple est féconde et se caractérise par une véritable mutation.

- L'approche psychosociale d'**ERIKSON**, qui porte son intérêt au concept d'identité et son équivalent pathologique : la confusion d'Identité (ou perte de l'Identité du Moi).
  Le concept de confusion d'identité est caractérisé par l'existence de «*jeunes incapables d'embrasser les carrières offertes par leur société et de créer ou de maintenir pour eux-mêmes un moratoire spécifique et personnel*» [68].

On retrouve des adolescents incapables de trouver une relation sentimentale, de s'engager dans un travail et qui "frôlent" par moment la psychose. On rencontre de plus en plus souvent de tels jeunes, "qualifiés" la plupart du temps d'états limites.

I.2.3.3 - L'adolescence comme processus de dégagement

Les concepts de **MALHER** sur le processus de séparation - individuation de l'enfant ont amené de nombreux psychanalystes à comparer l'adolescence à un second processus (donc par là à une répétition), mais avec pour but une autonomisation et un dégagement des objets internalisés pour aller "aimer" les objets extra-familiaux. Un jeu identificatoire complexe s'opère activement, jeu entre le développement d'identification mélancolique lié au travail de deuil et de séparation et la construction d'identification hystérique à l'origine d'une "image composite", et donc d'un processus d'individuation.

BLOS et **MASTERSON** ont repris les concepts de **MALHER**, à propos des adolescents "borderline" et les ont transposés à l'adolescence. On peut comparer le travail de dégagement du "tronc commun" et le dégagement des liens aux images parentales. C'est un travail d'aménagement de diverses contraintes qui attend l'adolescent, tout comme le sujet limite.

Pour faire face à ces difficultés d'aménagement psychique, l'adolescent va utiliser divers mécanismes de défenses psychiques. Pour aboutir, le travail de dégagement suppose une adéquation suffisante du milieu environnant aux besoins de l'adolescent, cette adéquation dépendant de la qualité de son organisation intrapsychique. Sa marge de liberté par rapport à son milieu familial sera d'autant plus grande que ses assises narcissiques seront plus assurées et ses structures internes plus différenciées. Toutes ces données dépendent des qualités des interactions précoces et des intériorisations.

Ce qui va donner la force et l'envie à l'adolescent de s'autonomiser sont, outre la résolution d'un complexe d'œdipe réactualisé, des assises narcissiques stables qui vont être un facteur de pare-excitation par rapport à l'attraction objectale.

Il va également falloir trouver en la réalité externe une médiation possible susceptible de renforcer l'appareil psychique, mais surtout de constituer un support efficace pour la prise de distance avec les objets internes.

C'est finalement un travail de deuil des liens œdipiens qui attend l'adolescent, avec un détachement de l'autorité parentale et des "objets infantiles".

II - L'EXPRESSION POLYSYMPTOMATIQUE DE LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT :

Beaucoup de présupposés théoriques ont longtemps contribué à retarder l'identification clinique de la dépression chez l'adolescent. On a cru, par exemple, que la maladie dépressive était rare à cette période et inexistante chez l'enfant par suite du développement insuffisant de ses instances psychiques. La "crise d'originalité juvénile" rendait compte des affects dépressifs fréquents à cet âge, sans que l'on distingue les aléas d'un processus maturatif et d'une pathologie à part entière. S'il y a une "composante dépressive" dans toute adolescence, les frontières se brouillent, les limites des cadres sémiologiques s'estompent. Si la conséquence en est une meilleure compréhension des évènements psychiques sous-tendant le processus d'adolescence ou la dépression, on ne peut que s'en féliciter. Si par contre, cela conduit à une méconnaissance de besoins thérapeutiques spécifiques, cela peut entraîner une entrave au processus psychique de l'adolescence. On a commencé à admettre la réalité d'une maladie dépressive du sujet jeune dans les années 60 - 70 et pu constater, avec la critériologie moderne, que le même noyau clinique de la dépression se retrouve à tous les âges de la vie, avec quelques inflexions sémiologiques liées à l'âge et l'expression symptomatologique.
On a pu constater le poids représenté par cette souffrance dépressive dans la population adolescente, avec globalement une prévalence de l'ordre de 5 %.
Fréquemment accompagné de troubles co-morbides, le syndrome dépressif de l'adolescent représente donc un risque d'entrave au processus maturatif, et un risque élevé de déboucher sur des conduites à risque, voire des tentatives de suicides itératives. Il représente un lourd poids en termes de santé publique, d'où l'intérêt croissant qu'il suscite et sa médiatisation grandissante.

II.1 - EPIDEMIOLOGIE :

II.1.1 - **Les chiffres de la dépression à l'adolescence :**

L'intérêt pour l'étude détaillée de la pathologie de l'adolescent passe par des enquêtes épidémiologiques descriptives (mesure de l'incidence et/ou de la prévalence) et analytiques (recherche des facteurs de risque ou pronostiques).
On ne saurait omettre, parlant des dépressions à l'adolescence, la fréquence des suicides (et des tentatives), mais aussi des conduites à risque dont certaines peuvent s'apparenter à des équivalents suicidaires. Rappelons que le suicide représente la deuxième cause de mortalité derrière les accidents de la circulation dans cette tranche d'âge.

Les études réalisées en population générale ont montré que les taux de prévalence ponctuelle de l'épisode dépressif majeur (EDM) sont situés autour de 5 % (0,4 à 8,5 % selon les études) [124] [27]. La prévalence sur la vie est estimée entre 15 et 20 % [124] [27], ce qui est sensiblement égal aux taux observés chez l'adulte si l'on tient compte de biais d'oubli rétrospectif qui diminuent artificiellement la prévalence sur la vie des troubles dépressifs chez les sujets les plus âgés. Ces résultats suggèrent que les troubles dépressifs débutent le plus souvent à l'adolescence et que les EDM débutant avant la puberté représentent un facteur de risque de troubles bipolaires [2].

Les études sur la dysthymie (DT) sont moins nombreuses, mais aboutissent à des prévalences du même ordre que pour l'EDM : autour de 5 % [82] [151]. Les dépressions chroniques sont ainsi beaucoup plus fréquentes que ce que l'on avait pu penser et représentent un objet privilégié de recherche pour l'avenir. Ces troubles, même sub-cliniques, auraient un pronostic plus défavorable que les troubles aigus, étant donné leur impact sur le fonctionnement psychosocial avec, en particulier, une baisse des performances scolaires et des difficultés majeures d'investissement relationnel extra-familial [27]. Cette notion de dépression chronique, avec son cortège de conséquences socio-affectives imprévisibles parce qu'individuelles mais bien présentes, doit nous interpeller quant aux modalités de dépistage et de "prévention" à mettre en place. Le travail en réseau paraît en théorie être nécessaire ou du moins un outil à développer.

Ces chiffres, il faut le remarquer, étudient deux entités individualisées sur un plan critériologique et catégoriel, selon les critères internationaux du DSM IV (cf annexes n°1). Si l'on étudie les taux de prévalence concernant l'EDM, on avance un chiffre tournant autour de 5 %. Les travaux utilisant des critères moins restrictifs, en particulier des instruments d'évaluation dimensionnelle, comme la CESD ou l'échelle de KANDEL, donnent des prévalences "d'ambiance dépressive" (tristesse, morosité, crises de larmes, ennui, ...) qui vont jusqu'à 30 % de la population générale, comme le montre l'enquête nationale de **CHOQUET** et coll. en 1994 [50]. On retrouve les mêmes chiffres dans d'autres études épidémiologiques [31] [69] [114].

La question à se poser est de savoir si cette "ambiance dépressive" est une simple variation de la "norme" à cet âge de la vie, ou si elle peut entraîner une "auto-stabilisation" du processus de dépression, une sorte de cristallisation ?

Les hypothèses psychopathologiques sont nombreuses et différentes selon les auteurs et le point de vue adopté.

Par rapport à des chiffres globaux et purement mathématiques, de nombreuses études se sont penchées sur les différences éventuelles que l'on pouvait retrouver en fonction du sexe. En effet, au contraire de l'enfance où les troubles dépressifs paraissent aussi fréquents quel que soit le sexe, c'est à partir de 13 ans qu'apparaît un sex-ratio de 2 sur 1 en faveur du sexe féminin, ratio d'ailleurs comparable à celui de la population adulte pour l'EDM [9] [27]. L'apparition de cette différence à ce moment précis n'est pas clairement expliquée. Plusieurs types de facteurs semblent intriqués, avec des relations complexes entre des facteurs génétiques, biologiques et socioculturels [144]. On retrouverait l'existence d'un déterminisme héréditaire de la dépression dont l'expression symptomatique serait favorisée au moment de la puberté par des mécanismes hormonaux et psychosociaux. On retrouve il est vrai, dans ces études, un but très scientifique et la volonté sous-jacente d'apporter des réponses objectivables et chiffrables, ce qui est critiqué par de nombreux auteurs, tenant à préserver l'idée d'une souffrance psychique plus dynamique et contextuelle. Le débat n'est pas nouveau et ne concerne pas spécifiquement l'adolescence.

Les études de cette "différence des sexes" en population générale montrent que la puberté est ressentie de manière plus négative chez les filles, avec une baisse de l'estime de soi et une perception négative du corps, impressions non retrouvées chez les garçons [3] [127]. Pour certains, il existerait une prédisposition féminine à l'introspection liée à une valorisation maternelle, ou du moins une valorisation sociale de la passivité féminine, entraînant de plus grandes difficultés de réaction aux évènements de la vie [147].

Ainsi, on constaterait des différences clairement installées à l'adolescence, se traduisant par une tendance à l'internalisation des conflits, avec une plus grande conflictualisation de la relation avec les parents chez les filles, en particulier pour les relations avec leur mère [82] [83]. Une enquête de **CHOQUET M.** et coll. (1988) [51], portait sur 327 adolescents suivis de seize à dix-huit ans (trois entretiens à un an d'intervalle chacun) représentatifs de cette classe d'âge. Cette étude cherchait les items suivants : déprimé (avis subjectif de l'adolescent), cafardeux, idées de suicide, envie de pleurer, ennui. On ne retrouve pas de progression majeure en fonction de l'âge ; en revanche deux fois plus de filles pensent au suicide (5 % de garçons contre 10 % de filles), s'ennuient (13 % de garçons contre 27 %

de filles), trois fois plus se sentent déprimées (7 % de garçons contre 21 %de filles) ou cafardeuses (9 % de garçons contre 32 % de filles), et enfin sept fois plus ont souvent envie de pleurer (5 % de garçons contre 35 % de filles). Les auteurs analysent également la fréquence des manifestations somatiques : ainsi, 33 % des adolescents se sentent fatigués (garçons 20 % ; filles 47 %) ; 30 % ont des troubles du sommeil (garçons 21 % ; filles 35 %), les filles faisant plus de cauchemars (garçons 5 % ; filles 9 %) et se réveillant plus la nuit (garçons 8% ; filles 19 %). On retrouve également des troubles des conduites alimentaires.
Tous ces troubles, s'ils ne constituent pas des manifestations dépressives proprement dites, peuvent néanmoins être considérés comme une "sensibilité dépressive", avec dans toutes les études ce ratio retrouvé en "faveur" du sexe féminin.

Des études en population générale et psychiatrique montreraient que les enfants et adultes nés les plus récemment ont un risque plus élevé de troubles de l'humeur d'apparition précoce puis de rechutes dépressives [126]. Différentes enquêtes ont été mises en route pour tenter d'expliquer ce phénomène ; elles aboutissent à trois explications, ou trois facteurs de risque devant être pris en compte pour interpréter ce phénomène :

* Premier effet : l'effet "âge" (changement de risque lié à l'âge).
  Le risque est ainsi plus élevé pour les adolescents que pour les enfants et pour les personnes âgées que pour les adultes jeunes. Ceci a été démontré pour les jeunes générations [27].

* Le deuxième effet est un effet "période" (changement de risque lié à une période de l'histoire). Ainsi, des sujets ayant vécu des évènements graves comme des guerres, accidents, ou crises sociales graves, ont plus de risque de développer des troubles réactionnels. Actuellement cet effet "période" pourrait avoir un poids important dans l'explication de l'augmentation des troubles dépressifs des adolescents ; ainsi l'urbanisation galopante, la destructuration familiale et les changements sociaux sont logiquement des facteurs influençant.

* Dernier effet, l'effet "cohorte" (modification de vulnérabilité d'une génération) ferait intervenir une interaction gène - environnement, c'est-à-dire un effet différent de l'environnement social selon le niveau de susceptibilité génétique pour les nouvelles générations [27].

II.1.2 - **Les chiffres de la co-morbidité** :

Les troubles dépressifs de l'adolescent sont rarement isolés. L'association à d'autres troubles psychiatriques est plus fréquente qu'à l'âge adulte, avec un taux de co-morbidité élevé non seulement en population clinique, mais aussi en population générale. Ainsi, entre 50 et 70 % des adolescents diagnostiqués EDM ont au moins un trouble associé [10].
La superposition de DT et EDM est fréquente (70 % des cas) et le risque d'évolution vers des doubles dépressions est plus élevé en cas de dépression à début précoce qu'en cas de dépression à début tardif. Enfin, l'association de la DT avec d'autres troubles psychiatriques est aussi fréquente que pour les patients présentant des EDM.

Il semblerait que les troubles dépressifs co-morbides aient un pronostic immédiat plus défavorable, avec une durée d'évolution de l'épisode dépressif plus longue et un impact sur le fonctionnement psychosocial plus important. Notamment on relève un risque suicidaire plus élevé, des difficultés scolaires plus graves et une réponse au traitement moins bonne [26].

Parallèlement, cette co-morbidité augmente l'accès aux soins ; la conséquence directe est que le profil psychopathologique des déprimés vus par les cliniciens, n'est pas représentatif du profil de l'ensemble des adolescents déprimés en population générale [26].
Cette co-morbidité représente donc t-elle un facteur de mauvais pronostic? Est-elle plus lourde de conséquences en cas de troubles précoces, ou encore en fonction du sexe ? Il semblerait de manière statistique, que la réponse à ces questions dépend du type de trouble co-morbide considéré et qu'une réponse univoque et absolue soit difficile à établir.

Nous allons voir rapidement les types de troubles rencontrés le plus souvent statistiquement, le développement de leurs rapports avec la dépression et surtout leurs conséquences faisant l'objet d'un chapitre ultérieur.

* Les troubles anxieux :

Les troubles anxieux sont les troubles les plus fréquents : entre 40 et 70 % pour les EDM et 40 % pour la DT [10] [112].

On retrouve très présents l'angoisse de séparation, les troubles paniques ou phobiques, facteurs de risques de dépressions bien identifiés. L'anxiété a un impact psychosocial très important, avec une incidence majeure sur la scolarité des jeunes déprimés.

Il existerait une tendance à la persistance de traits anxieux sub-syndromiques dans les deux ans qui suivent les EDM associés à des troubles anxieux [125]. On aurait d'après **LEWINSOHN**, un risque de chronicisation plus élevé, mais cette association n'augmenterait pas le risque de rechute dépressive.

* Les troubles du comportement et l'utilisation de produits psycho-actifs :

On retrouve d'une part 20 à 80 % des troubles du comportement associés selon les études. L'association avec l'utilisation de drogues ou d'alcool est elle moins souvent observée (20 - 30 %). Ces chiffres concernant l'EDM, l'association de troubles des conduites avec la DT s'élevant à peu près à 40 %.
Pour l'ensemble de ces troubles, la co-morbidité est plus élevée chez les garçons que chez les filles [26].

Il semblerait que les troubles des conduites préexistent aux troubles de l'humeur, et pour certains auteurs, ils constitueraient un facteur de risque [158]. Au contraire, d'après **RIGGS** et coll., l'association avec l'utilisation de drogues ou d'alcool serait le plus souvent secondaire au trouble dépressif lui-même.

Enfin, de nombreuses études montrent que l'utilisation de substances psychoactives pourrait être un facteur de risque de TS et serait un facteur aggravant de la symptomatologie dépressive.

* Les troubles de la personnalité :

Même s'il existe peu d'études sur le sujet, la plupart rapportent qu'au moins 60 % des adolescents déprimés présenteraient un trouble de personnalité. Le diagnostic le plus retenu est alors celui de "borderline" (30 % des cas).

Souvent, comme le remarque **BIRHAMER** et coll. [27], «*le trouble est transitoire, et n'est pas retrouvé plus tard*», comme souvent à cette période instable de la vie psychique.

Actuellement, l'étude des tempéraments, définis par **AKISKAL**, représente la principale perspective de recherche. Il chercherait à démontrer que certains types de tempéraments seraient des facteurs prédictifs de troubles dépressifs précoces (ainsi on aurait par exemple des tempéraments "affectifs" pour les troubles bipolaires, des types "inhibés" anxio-phobiques pour les troubles unipolaires) [2].
Il est tout de même intéressant de noter que, dans cette volonté actuelle de tout vouloir expliquer par la science et grâce aux "progrès", on puisse observer un tel retour sur les vieux précepts grecs concernant la bile, la lymphe, le sang.

* Les troubles somatiques :

Une méta-analyse des études portant sur les relations entre pathologies organiques et dépression montre que certaines maladies chroniques sont des facteurs de risque importants. On note en particulier l'asthme, des troubles digestifs organiques ou fonctionnels, et enfin l'anémie [19]. Il n'y a pas de relation directe entre la gravité de la pathologie ou la durée des troubles et le risque de dépression. On retrouve plutôt un lien de cause à effet avec le traitement en cours, avec un risque élevé de dépression en cas de traitement pénible ou douloureux et une baisse de la compliance thérapeutique en cas de troubles dépressifs. Bien sûr, l'effet psychotrope de certains traitements (corticoïdes, théophylline par exemple) peut induire des troubles dépressifs réversibles à l'arrêt du traitement [19].

Si les symptômes de l'hospitalisme décrits par **SPITZ** ne sont plus d'actualité en France, de par les progrès dans la prise en charge dans les services de pédiatrie, on peut observer, en cas d'hospitalisations longues, des troubles dépressifs graves, à distinguer des réactions psychologiques à la douleur par exemple. Ceci est vrai pour l'enfant, mais sûrement aussi pour l'adolescent. Chez ce dernier, on trouve une relation forte entre maladie chronique (en particulier inflammatoire digestive ; asthme ; maladie rénale) et dépression.

A une période d'investissement libidinal du corps et de la réactualisation des notions œdipiennes, parallèlement aux modifications hormonales bouleversantes de cette période, il est logique de penser que toute agression interne ou externe de corps - objet d'amour - sera ressentie très douloureusement par l'adolescent.

C'est probablement pour cela que l'on retrouve tant de troubles fonctionnels comme les plaintes douloureuses ou les malaises, motifs d'ailleurs fréquents de consultations ambulatoires ou en urgence.
Dans tous les cas, si la prise en charge du trouble dépressif peut améliorer le pronostic des troubles somatiques par le biais d'une meilleure compliance thérapeutique, le pronostic du trouble dépressif ne semble pas invalidé par l'existence d'un problème somatique.

II.2 - LA CLINIQUE :

Comme nous venons de le voir, le diagnostic de dépression à l'adolescence est doublement difficile. D'une part, il s'agit de distinguer un authentique état dépressif des affects à tonalité dépressive pouvant entrer dans le cadre du processus de maturation psychique de l'adolescence. D'autre part, sur le plan positif, l'état dépressif de l'adolescent peut s'exprimer par des conduites, des idées ou des comportements ayant valeur d'états dépressifs.

L'ensemble des facteurs communs au travail psychique du sujet au cours de l'adolescence et la psychopathologie de la dépression amènent l'adolescent à ressentir des affects à tonalité dépressive. Il va exister toute une gamme d'états affectifs à connotation dépressive, dont certains auteurs estiment qu'ils se situent au sein d'un continuum symptomatique [70]. Ainsi, à cette période de la vie, si les sous-catégories de dépressions majeures sont les mêmes qu'à l'âge adulte, certains tableaux cliniques, correspondant à des organisations psychopathologiques spécifiques, ont été isolés parce que particulièrement fréquents (menace dépressive, dépression d'abandon, dépression d'infériorité).

Nous discuterons également du problème posé par la notion d'équivalent dépressif et la diversité existante dans l'approche clinique de la dépression de l'adolescent.

Certains auteurs considèrent comme «*illusoire et quelque peu factice*», de proposer un point de vue unifié et univoque des différentes formes de dépression à l'adolescence, y compris d'un point de vue psychopathologique. **MARCELLI** [131] propose une approche psychodynamique en s'appuyant sur la qualité des intériorisations précoces, leurs possibilités de se différencier entre la part narcissique et la part objectale et les entraves en résultant quand cette différenciation n'est pas possible.

Voyons tout d'abord quelques états affectifs fréquemment retrouvés à l'adolescence, mais ne constituant pas des syndromes dépressifs, à savoir l'ennui, la morosité et l'humeur dépressive. Ils n'entrent pas à proprement parlé dans le cadre de la dépression, de par leur caractère intermittent, leur fluctuation rapide, et l'accessibilité conservée aux modifications de l'environnement.

II.2.1 - **Tristesse, morosité et ennui à l'adolescence** [132] [107]

II.2.1.1 - L'ennui :

Il se caractérise par un manque d'intérêt, peu d'ouverture sur l'extérieur, la sensation que le temps ne passe pas. Si l'on rencontre cette sensation à tous les âges de la vie, c'est sans doute à l'adolescence que "cette attente vague de quelque chose et cette incapacité à tolérer cette attente" [34] est le plus fréquemment rencontrée. L'adolescent s'ennuie, seul ou en groupe, et ces impressions de lenteur de l'écoulement du temps, que "tout sera toujours pareil", s'accompagnent presque toujours d'une inhibition affective et intellectuelle. On connaît tous des adolescents vivant dans une inertie presque totale, que ce soit sur un plan affectif, intellectuel ou même moteur !

L'ennui semblerait être une protection, une défense mise en place pour lutter contre des émotions et des pulsions vécues avec une intensité excessive. Vivant les émotions et les affects de manière passionnée, l'adolescent préfère se "barricader" derrière l'ennui plutôt que d'être envahi. Là encore, on retrouve une mise à distance de l'objet nécessaire, et même ressentie comme vitale par l'adolescent. Toujours dans l'excès de ses passions "amoureux ou malheureux" [129], l'ennui de l'adolescent peut être considéré comme une défense contre la dépression.

C'est une expérience considérée comme essentielle par la psychanalyse, correspondant à une érotisation du sentiment de la durée, à une tentative de maîtrise du temps.

II.2.1.2 - La morosité :

Aspect particulier de la "déprime" de tout adolescent. Pour **MÂLE** : "*nous n'avons pas trouvé d'autres mots pour définir cet état particulier à certains adolescents qui n'est pas la dépression avec son caractère d'angoisse, d'inhibition formelle, de culpabilité exprimée, et qui n'est pas la psychose... C'est un état qui manifeste plutôt un refus d'investir le monde des objets, des êtres, ... Rien ne sert à rien, le monde est vide. Ces formules peuvent apparaître dépressives, mais elles ne sont pas intégrées dans le cadre thymique. Elles sont compatibles avec une énergie apparemment conservée. Elles sont actuellement extrêmement fréquentes*" [107].
Ainsi, **MÂLE** explique cette différence entre l'état dépressif et le sentiment vague et susceptible de changement que constitue la morosité. Cela rejoint ce que l'on a appelé le concept de la "Bof Génération", où tout semble inutile, sans but, sans avenir. On retrouve des adolescents qui désinvestissent l'école, leurs amis, leurs loisirs et entretiennent avec l'objet des "relations fausses".

II.2.1.3 - L'humeur dépressive :

Regard dévalorisant porté sur soi-même, qui entraîne une coloration déplaisante des affects, des objets et de la vie en générale. Cette humeur, fluctuante et labile, peut s'accompagner de crises de larmes, de "sautes d'humeur". On retrouve ici une instabilité affective propre à cette période de la vie. Au gré des rencontres de la journée, des nouvelles (bonnes ou mauvaises), l'adolescent passe de l'apathie à l'excitation en un temps record.

On retrouve donc cette labilité émotionnelle propre à l'adolescence et qui parfois est déroutante pour le monde adulte, qualifiant le jeune de "non sincère", "hypocrite", etc..., de la même manière d'ailleurs que l'hystérique est taxée de "comédienne", "menteuse", "manipulatrice", etc...

Cette humeur dépressive peut s'accompagner d'anxiété, de troubles du sommeil, d'idées de mort là aussi fluctuantes. On peut, lors d'un raptus anxieux, observer des gestes suicidaires impulsifs. Il faut remarquer que l'adolescent conserve encore ses activités, mais que nous pouvons assister parfois à l'adoption de conduites à risque pour lutter contre ce sentiment dépressif diffus.

II.2.1.4 - Conclusion :

Ces états intermittents, aux changements rapides, si caractéristiques de l'adolescence, n'appartiennent donc pas à proprement parler au champ de la pathologie dépressive. Beaucoup de jeunes gens connaissent ces états labiles, avec un état affectif de base restant accessible aux modifications externes ou internes à l'individu. Mais elles constituent tout de même un "signal d'alarme" et la dépression peut survenir lors de l'échec du travail psychique. Une vulnérabilité des liens objectaux, du narcissisme ou un travail de séparation mal engagé peuvent éventuellement transformer un adolescent "morose" en un adolescent "dépressif".

La question que l'on peut se poser, au vue de ces états à mi-chemin entre un fonctionnement "normal" à l'adolescence et un état dépressif, est de savoir s'ils ne sont pas rattachables à ce que bon nombre d'auteurs appellent des "équivalents dépressifs".
La pratique clinique quotidienne dans un service d'urgence, par exemple, nous amène à prendre en charge de nombreuses tentatives de suicide d'adolescents. Souvent, comme nous le verrons, l'état psychique de ces jeunes individus en devenir, est proche de ces états de "morosité", "d'ennui", ou encore de l'humeur dépressive.

Voyons maintenant ce qui est décrit sous le vocable "d'équivalents dépressifs".

II.2.2 - **La dépressivité et le problème des équivalents dépressifs** [132] [107]

Plusieurs positions ont été adoptées par rapport à cette notion de dépression à l'adolescence [35] [133]. Pour nombre d'auteurs, la dépression est fréquente à l'adolescence, mais s'exprime de manière préférentielle sous forme d'équivalents dépressifs ou sous forme masquée.

Plus qu'une analyse séméiologique des conduites dépressives à proprement parler, il s'agit soit de rattacher diverses conduites à la dépression, soit d'une compréhension empathique de l'adolescent dans le cadre d'une approche psychothérapique. Comme le montre le tableau suivant, la presque totalité des conduites symptomatiques observables à l'adolescence ont pu être rattachées à la "dépression".

TOOLAN	* troubles du comportement (désobéissance, école buissonnière, colères, fugues) * ennui * nervosité * auto-destructivité (tendances masochistes, prédisposition aux accidents)
WEINER	* fatigue * ennui * morosité * concentration défectueuse * recherche d'attention * passage à l'acte * toxicomanie * conduite sexuelle anarchique * identité négative
GLASER	* troubles du comportement * délinquance * phobie scolaire * tendances névrotiques * plaintes psychosomatiques
HALMQUIST	* anorexie mentale * obésité * hypochondrie * hyperactivité * passage à l'acte
BAKWIN	* agressivité * problèmes scolaires * instabilité * passage à l'acte

Ainsi, dans les formes "masquées", sont rangées les plaintes somatiques : céphalées, asthénie, troubles digestifs, bouffées hypochondriaques aigues, préoccupations corporelles pouvant déboucher sur un véritable trouble dysmorpho-esthésique.

Pour **MARCELLI**, il faut au contraire y classer aussi bien les troubles somatiques, que les passages à l'acte, l'échec scolaire, les troubles de l'alimentation, ... Il suffit alors de rechercher les symptômes de la série dépressive.

Dans les "équivalents dépressifs" on ne retrouve pas ces signes, même en les cherchant attentivement. Par la suite, l'approche psychothérapique peut révéler l'existence d'une dépressivité sous-jacente au symptôme. On comprend alors, l'extrême variabilité de la fréquence des dépressions retrouvées par les auteurs travaillant sur des statistiques. Ainsi, certaines séries retrouvent des fréquences de dépression de l'ordre de 30, 40, voire 50 % ou plus. Selon **CORCOS** [54], jusqu'à 95 % d'adolescents hospitalisés ne présenteraient aucun signe de la série dépressive rencontrée chez l'adulte. Ainsi des tableaux très différents (comme l'anorexie mentale, les crises de boulimie, l'échec scolaire, les phobies scolaires, les conduites addictives, certaines conduites de délinquance, violence, ...) apparaissent, pour certains auteurs, comme autant de manifestations de lutte pour ne pas éprouver ces affects dépressifs. Par exemple, l'alcoolisme ou ta toxicomanie, de plus en plus fréquents à l'adolescence, peuvent être considérés comme une tentative d'auto-traitement, dont l'efficacité (relative) risque de masquer la problématique dépressive, tandis qu'au premier plan apparaissent les complications liées à l'usage de toxiques (conséquences somatiques, sociales, délinquance et désinsertion, ...).

Les concepts de "dépressions masquées" et "d'équivalents dépressifs" sont très contestés par certains auteurs issus de la psychiatrie nord-américaine. Ils reprochent par exemple à la notion de "dépression masquée" de reposer sur l'induction d'un diagnostic de dépression à partir d'une liste de symptômes de nature non dépressive, et de ne pas être spécifiques de l'adolescence (puisque retrouvés également chez l'adulte). Le concept d'équivalent dépressif, lui, est critiqué pour son manque de spécificité, puisque les formes décrites couvrent à peu près tout l'éventail des troubles de l'enfant et de l'adolescent. Ainsi, **STROBER** et al. [165] comparent la fréquence des symptômes considérés comme équivalents dépressifs dans un groupe de quarante adolescents déprimés (critères DSM III de l'époque pour l'EDM) et un groupe de quarante adolescents présentant des troubles mentaux non affectifs.

Il ressort que les symptômes considérés comme "équivalents dépressifs" sont plus fréquents dans le deuxième groupe.

Dans le groupe des sujets déprimés, la chronologie d'apparition des signes cliniques met en évidence que ces équivalents précèdent rarement le début du trouble affectif, mais se développent au contraire simultanément ou secondairement à une symptomatologie affective primaire.

II.2.3 - **Classification psychopathologique des dépressions de l'adolescent** [107]

II.2.3.1 - La menace dépressive :

Elle renvoie à une configuration psychopathologique dans laquelle deux représentations angoissantes entrent en conflit. D'une part la séparation d'avec les objets oedipiens, et d'autre part la liaison avec un nouvel objet sexuel. Le Moi va ressentir un sentiment de débordement qui peut l'amener à une position d'impuissance et de renoncement, avec le risque dépressif qui en découle. A cette configuration correspond un syndrome clinique individualisé par **BRACONNIER** [36]. On assiste à l'apparition plus ou moins brutale de la terreur d'être envahi par la tristesse, le cafard, les idées suicidaires, le désespoir. Cette anxiété peut s'accompagner du cortège classique de symptômes neurovégétatifs de la crise d'angoisse. Elle prédomine le matin, s'accompagne d'une irritabilité, d'une insomnie d'endormissement, de cauchemars.

On peut assister à l'éclosion de symptômes plus typiquement dépressifs, objectifs ou subjectifs : crises de larmes, sentiment de cafard, tristesse, anhédonie, ralentissement psychomoteur. Ces manifestations sont intermittentes, fluctuantes et surtout ne s'accompagnent pas de sentiment d'indignité, d'auto-accusation, d'abandon, ni de culpabilité excessive retrouvée dans la série dépressive.

D'après **BRACONNIER**, cette menace dépressive survient plus volontiers chez des adolescents ayant présenté, au cours de la période de latence (ou même dès l'enfance), des traits névrotiques (hystériques, phobiques ou obsessionnels). Pour certains auteurs, le sentiment de menace dépressive serait à rapprocher de celui d'anxiété anticipatoire, retrouvé dans la névrose d'angoisse (aujourd'hui dénommée trouble anxieux généralisé ou TAG).

II.2.3.2 - La dépression d'infériorité :

Là encore, elle touche les adolescents aux assises narcissiques vulnérables, et à l'estime de soi fragile.
Elle est basée sur un sentiment d'infériorité portant soit sur un domaine particulier, soit sur l'ensemble de la personnalité. L'adolescent a l'impression d'être stupide, inintéressant ou défavorisé sur le plan esthétique. Timidité, préoccupations esthétiques (voire dysmorphophobiques) font partie du tableau clinique. La conséquence directe en est le sentiment de ne pas être aimé, pas apprécié. D'autre part cela entraîne un désinvestissement objectal plus ou moins marqué, se traduisant par un désintérêt ou un intérêt exclusivement tourné vers ce qui peut lui apporter la preuve extérieure de sa valeur.

C'est une forme de dépression très fréquente à l'adolescence, et qui peut passer inaperçue pour l'entourage, devant l'absence de "bruit" de la symptomatologie. A la limite, l'adolescent passera pour quelqu'un "sans problème". A cette période de la vie, on observe un dégagement des imagos parentales idéalisées au cours de l'enfance, accompagné par un mouvement simultané d'investissement sur le Moi de la libido ainsi dégagée. Si à la période oedipienne, l'identification au parent de même sexe n'a pas pu se faire, la prise de distance avec les images parentales infantiles entraîne un sentiment de perte d'identité. L'adoption d'un idéal du Moi mégalomaniaque vient alors colmater le sentiment de vide angoissant que suscite cette perte d'identité, par un processus d'identification archaïque (dite identification primaire), réalisant une sorte d'appropriation magique de la toute puissance parentale imaginée par l'enfant [110].

Mais cette construction défensive d'un idéal du Moi mégalomaniaque (souvent entretenu par l'un des parents ayant projeté son propre idéal du Moi grandiose sur son enfant) confronte l'adolescent à un conflit narcissique, avec une impossibilité de réaliser ses exigences idéales. Il est alors confronté à un idéal du Moi inatteignable (auquel le Surmoi le compare). Il se trouve alors en permanence en auto-jugement, comme "sous surveillance", et développe des sentiments d'infériorité caractéristiques de ce type de dépression : dévalorisation de soi-même, auto-dépréciation douloureuse, absence de sentiment conscient de culpabilité.

Toute cette série d'états affectifs apparaît comme l'inverse du mouvement narcissique normal à cet âge, consistant au contraire en une réactivation d'un Moi mégalomaniaque, et donc à une surestimation de soi.

II.2.3.3 - La dépression d'abandon :

Semblant de plus en plus fréquente, l'expression symptomatique est ici dominée par le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Ce fonctionnement dans l'agir est là pour éviter la confrontation à l'affect dépressif. Si le passage à l'acte n'est pas possible, ou bien s'il a eu lieu et que l'adolescent doit s'en "expliquer" (c'est le cas aux urgences psychiatriques par exemple) on voit alors apparaître une symptomatologie plus typiquement dépressive, témoignant de la valeur d'équivalent dépressif de ce passage à l'acte. La symptomatologie est marquée par un sentiment de vide, d'abandon (apparaissent alors des souvenirs de séparations traumatiques) et apparaît une fragilité narcissique évidente.

Ce type de dépression se reconnaît chez des adolescents ayant souffert d'une carence précoce en soins maternels, mais souvent il peut s'agir aussi de carences extra-familiales par séparation précoce d'avec la mère (avec placements nourriciers multiples, à l'origine d'une instabilité affective et d'une estime narcissique précaire, et des identifications secondaires rendues difficiles).

Si l'organisation de la personnalité de ces sujets peut être variée, on retrouve un certain nombre de points communs [136] :

- relatif déficit intellectuel et linguistique
- relation d'objet de type anaclitique
- pauvreté de la dimension sexuelle génitale
- importance de l'angoisse de type abandonnique.

Pour **BRACONNIER**, il existe dans la dépression d'abandon, des corrélations significatives avec les modalités défensives d'un trouble limite de la personnalité :

- omnipotence et toute puissance infantile,

- projection,
- clivage,
- recours à l'agir.

L'hypothèse psychodynamique est que ce type de dépression représente, à l'adolescence, la réviviscence de sentiments d'abandon survenus lors de la première phase de séparation - individuation (entre un an et demi et trois ans). Une mère trop présente ou trop absente empêcherait l'individuation psychique de son enfant, en ne lui assurant pas l'appui nécessaire à ses tentatives d'autonomisation. L'enfant se retrouve bloqué dans son processus d'autonomisation intra-psychique et ressent alors un sentiment d'abandon qui va le suivre dans ses différentes étapes de maturation psychique.
L'adolescence, considérée comme la deuxième phase du processus de séparation - individuation, réactive cette angoisse abandonnique. Le sujet, ne pouvant se confronter aux affects dépressifs du fait de sa fragilité narcissique, se défend par le recours au passage à l'acte.

II.2.3.4 - La dépression majeure : [132] [107]

* Caractéristiques séméiologiques et psychopathologiques :

La séméiologie se rapproche de celle de l'adulte, surtout à partir de quatorze - quinze ans.
Ainsi, on peut observer :

. Le ralentissement psychomoteur (R.P.M.) :

L'expression mimique est pauvre, les gestes effectués au ralenti, mais, fait essentiel, l'adolescent porte rarement le masque de dépression qu'on observe chez l'adulte. On ne retrouve pas d'oméga mélancolique, les traits ne sont pas tombants, le front n'est pas froncé, il ne présente pas l'aspect abattu de l'adulte. En revanche, l'adolescent peut avoir l'air hostile, renfrogné ou encore renfermé, inhibé ou totalement indifférent à l'entretien, répondant d'une voix monocorde des réponses stéréotypées. Pour le clinicien, cette attitude peut au départ passer pour de la simple hostilité, du dédain ou encore un refus d'entretien ou de soins.

Enfin, et nous retrouvons la fluctuation symptomatologique propre à l'adolescence, le ralentissement n'est pas permanent et, à certains moments de la journée, le sujet peut temporairement retrouver une gestualité fluide et non ralentie.

Sur le plan idéique : on a une perte de la fluidité des pensées, une lenteur des réponses, une lenteur dans l'enchaînement des idées et une tendance à un certain appauvrissement idéique. L'adolescent semble envahi par une pensée unique, figée, persistante et permanente. Il revient sans cesse sur cette idée fixe et sa pensée semble "bloquée" dans un couloir associatif.

. **L'humeur dépressive** est rarement exprimée directement, mais assez facilement exprimée si l'on pose la question à l'adolescent. Les entretiens préliminaires se passent un peu comme s'il avait honte d'éprouver des affects dépressifs. En revanche, le manque d'entrain, d'intérêt ou de plaisir, est souvent évoqué : désintérêt pour l'école, les amis, les loisirs, traduisant un désinvestissement objectal intense.

. **L'anxiété** s'observe, mais est exprimée différemment de celle de l'adulte, et moins fréquemment que dans une crise anxieuse et dépressive mixte classique.

. **Le retrait social, affectif, familial**, conséquence du désintérêt et du désinvestissement objectal, est fréquemment observé. L'adolescent s'enferme dans sa chambre des heures durant, regarde la télévision sans s'y intéresser, écoute de la musique sans l'écouter, ..., bref, il n'arrive plus à fixer un intérêt à aucun sujet. Il a tendance à s'isoler de ses amis ou de son groupe habituel. On peut également assister à des manifestations d'impulsivité, de colère, d'irritabilité si un proche essaie de rompre ce repli et de le stimuler.

. **L'auto-dévalorisation** : on retrouve également la série d'affects d'auto-dévalorisation, sentiment d'indignité ou d'incurabilité. Le sentiment de culpabilité est moins fréquent. Quand il existe, il porte sur la famille, les amis ou les études.

. **Les idées de mort** sont fréquentes, depuis la simple pensée "à quoi ça sert de vivre ?", entrant dans le cadre d'une idéation à tonalité morbide, jusqu'au vrai désir de mort ou de suicide. Le passage à l'acte est assez fréquent, soit pour se débarrasser de ses pensées, soit comme renoncement à la lutte.

. **Les difficultés de concentration et d'attention** sont habituelles, accompagnant le désinvestissement, et entraînant des difficultés d'adaptation scolaire, avec un fléchissement voire un désinvestissement scolaire massif.

. **Les symptômes somatiques** : on retrouve toute une série de symptômes somatiques accompagnant la dépression majeure comme chez l'adulte. On retrouve une asthénie et une perte d'énergie, soit reliées au désintérêt, soit alléguées indépendamment. L'alimentation peut être perturbée, dans un sens comme dans l'autre, avec les conséquences éventuelles sur le poids, suscitant (parfois) l'inquiétude de l'entourage. De la même manière, le sommeil est modifié, soit dans le sens d'une diminution, soit au contraire d'un accroissement, avec notamment des phases d'hypersomnie diurne.

. **La dépression atypique** : rappelons l'importance de ne pas méconnaître une dépression atypique (hypersomnie, hyperphagie, hyperinvestissement scolaire et désinvestissement affectif) d'une part, et d'autre part ne pas oublier qu'à l'adolescence tout symptôme peut être fluctuant et non constant sur la journée. Cette notion est importante afin de ne pas "banaliser" certains symptômes ou certaines conduites.

* Les différences par rapport à l'adulte déprimé :

Même si l'adolescent peut présenter la même symptomatologie, il faut noter les différences habituelles. Premièrement, il ne présente pas le masque dépressif et il ne présente pas "l'oméga mélancolique". S'il dit qu'il s'ennuie, qu'il a la "tête vide", qu'il en "a assez", il se déclare rarement triste et encore moins déprimé, du moins de façon spontanée.

Il est rare qu'il cherche de l'aide et une compréhension auprès d'un adulte ; il a plutôt tendance à refuser l'aide, à déclarer qu'il n'a besoin de rien, à être hostile ou indifférent. Enfin, la fluctuation symptomatologique ne doit pas induire le clinicien en erreur comme elle induit si souvent la famille en erreur ("*il le fait exprès ; c'est un comédien, ...*"). On voit donc par exemple que l'humeur dépressive peut être remplacée par une simple irritabilité ou des aspects pseudo caractériels, induisant là encore la famille en erreur et l'entraînant dans une non compréhension ("*il est agressif ; il est méchant, ...*") [133]. **BRACONNIER** souligne que chez le jeune adolescent vont dominer les plaintes somatiques, le retrait social ou l'irritabilité, la culpabilité et la perte d'espoir étant rarement exprimées. Chez l'adolescent plus âgé, nous retrouvons fréquemment la confusion, les idées délirantes, l'hypersomnie, donc un tableau plus atypique.

Une étude de **MITCHELL** [141], comparant les aspects phénoménologiques de la dépression de l'adulte et de l'adolescent, met en évidence que la perte de l'estime de soi, les plaintes somatiques, le sentiment de culpabilité et les tentatives de suicide se retrouvent plus souvent chez l'adolescent que chez l'adulte. A l'inverse, les symptômes "endogènes" (anorexie, perte de poids, insomnie et tristesse matinales) affecteraient plus souvent l'adulte.

L'étude des sous-groupes de dépressions est d'un apport précieux. Certains auteurs insistent sur la fréquence de la dépression atypique (au sens DSM IV du terme - cf Annexes 1) chez les adolescents. Cette variété d'EDM, se caractérisant par la réactivité de l'humeur, l'hyperphagie, l'hypersomnie et la sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles, serait beaucoup plus souvent observée qu'à l'âge adulte.

* Dépression avec manifestations psychotiques :

Il est assez fréquent, à l'adolescence, de constater l'existence concomitante de manifestations psychotiques et de manifestations thymiques.

D'un point de vue sémiologique et nosographique, la question posée est celle d'un début possible de pathologie psychotique chronique, que ce soit un trouble de l'humeur (appelée PMD il n'y a pas si longtemps) ou une pathologie de l'ordre de la schizophrénie.
Ainsi, **STROBER** et al [165] retrouvaient, dans leur échantillon de quarante adolescents déprimés (selon les critères DSM III de l'époque), les mêmes sous catégories de dépression que chez l'adulte, mais dans une moindre fréquence.
Des hallucinations auditives avec thèmes délirants congruents à l'humeur s'observent dans 10 % des cas. Des symptômes psychotiques, non congruents à l'humeur, aussi fréquents que chez l'adulte, à type d'idées délirantes persécutives, de troubles de la pensée formelle, ou de symptômes de premier rang, sont notés dans certaines dépressions unipolaires de l'adolescent.

La dépression majeure de l'adolescent peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie uni ou bipolaire. 20 à 40 % des adolescents présentant une dépression majeure développent par la suite un trouble bipolaire de type I dans un délai de 5 ans après le début des troubles. Les caractéristiques cliniques associées à une augmentation du risque de bipolarité type I sont :

- début précoce des troubles
- RPM
- des signes psychotiques
- histoire familiale de bipolarité ou de troubles de l'humeur
- virage hypomaniaque sous traitement.

Celles associées à un risque d'évolution vers un trouble bipolaire de type II sont :

- début précoce
- caractère atypique
- caractère saisonnier
- une humeur labile
- un abus de substance
- taux élevé de problèmes psychosociaux [27]

Par ailleurs, nous l'avons dit, l'adolescence se caractérise par un travail psychique dominé d'un côté par l'intégration de l'image nouvelle d'un corps sexué, et de l'autre par l'élaboration d'une série de pertes et de séparations. Le premier axe implique l'identité et le narcissisme, le second les investissements d'objets et les dérivés pulsionnels. Il serait donc logique, en cas de pathologie grave, de voir apparaître une intrication de ces deux problématiques, dont la trace clinique serait l'association fréquente entre manifestations thymiques et psychotiques.

Une prise en charge précoce de ces troubles semble indispensable.
Les tableaux 4, 5 et 6 - Annexes 2 montrent combien il peut être difficile, face à un syndrome dépressif de l'adolescent, d'acquérir la certitude diagnostique de ne pas être face à une phase prodromique de psychose. Ainsi, face à de tels symptômes, longtemps l'adolescent va rester démuni et sans traitement. C'est le temps, et malheureusement souvent à l'occasion de l'éclosion brutale de la psychose, qui va démasquer le processus morbide insidieusement en route.
Le tableau n°5 montre tout particulièrement et de manière très simple que les symptômes présentés sont ceux d'une dépression majeure de l'adolescence. C'est bien sûr le résultat d'enquêtes rétrospectives, mais, heureusement en pratique, l'expérience peut amener à "sentir" une psychose naissante. Cela n'est plus une démarche rigoureusement scientifique (comme le voudrait la psychiatrie actuelle), mais plutôt un travail fondé sur une analyse psychodynamique et le travail répété au cours des entretiens, et de la relation duelle.

II.2.4 - **Approche psychodynamique : les trois figures de la dépression à l'adolescence** [131]

Il est sans doute illusoire de proposer un point de vue unifié et univoque des diverses formes de dépression à l'adolescence, y compris sur le plan psychopathologique. **MARCELLI** nous propose une approche psychodynamique en s'étayant sur la qualité des intériorisations précoces, et les possibilités de différenciation qui s'offrent à l'adolescent. Il établit ainsi trois types de dépression en fonction des liens retenant le sujet aux objets internes.

II.2.4.1 - La dépression par excès de lien aux objets internes : "l'objet comblant"

Dans ce cas de figure, l'adolescent ne peut renoncer aux investissements objectaux de l'enfance, en particulier à ses investissements oedipiens. **BRACONNIER** [35] résume ce lien excessif en disant que «*l'adolescent ne peut s'éprendre (de l'objet d'amour) par incapacité de se déprendre (de l'objet oedipien)*». On peut trouver plusieurs causes à ce lien excessif :

- Lien de proximité affective entre un parent et un enfant au statut particulier : enfant unique, enfant malade ou vulnérable, grand prématuré, enfant de remplacement, ...

- Lien de dépendance entre un adolescent et un parent qui se présente comme vulnérable ou fragile : parent isolé, malade physiquement, psychiquement, au chômage, ...

- Lien d'idéalisation intouchable entre un enfant et un parent occupant une position "grandiose" dans l'idéal infantile.

Dans ces situations, l'adolescent est confronté à la problématique suivante : «rien n'est jamais et ne sera jamais à la hauteur de ce que j'ai perdu ou de ce que je risque de perdre». Dans sa forme typique, cette dépression prend la forme de la dépression d'infériorité. L'objet "comblant" est cet objet infantile libidinalement investi, et qui comble tous les besoins et les désirs de l'adolescent en lui empêchant d'éprouver le manque.
C'est ce que **LAUFER** [118] appelle la "dépression avec objet intériorisé", qui, certes, s'apparente aux formes les plus névrotiques, mais qui néanmoins représente pour l'adolescent une entrave majeure aux exigences développementales.

II.2.4.2 - La dépression par défaut de tissage narcissique : "l'objet défaillant"

La nécessité imposée à l'adolescent de s'éloigner de ses objets d'amour infantiles le confronte à un néant de solitude, de pertes, voire d'abandon.

Si le passé est fait de ruptures, de pertes de liens, de délaissements, l'éprouvé affectif sera fait de tristesse, de pertes imposées par le processus d'adolescence qui devient difficile, menaçant voire intolérable. Dans ce travail de désengagement ou de "dégagement" du lien œdipien, l'adolescent doit pouvoir s'appuyer sur un objet fiable et "sécure".

"L'objet défaillant" peut être représenté comme l'intériorisation d'un objet sur lequel le sujet ne peut compter car il n'est pas disponible quand il en a besoin. Nous sommes proches des théories de **BERGERET** [21] [22], concernant le défaut de «*structuration ou la structuration vacuolaire*». Face à cet "objet défaillant", l'adolescent est habité de la conviction suivante : «*Jamais rien ne pourra me satisfaire ou me remplir (parce que cela s'écroule ou s'échappe à mesure que cela rentre : je suis incapable de contenir ou de retenir quelque chose...)*».

Sur le plan séméiologique, la forme typique est la dépression d'abandon, et sur le plan psychodynamique on retrouve les pathologies de la carence et du narcissisme. Ces dépressions se caractérisent par l'intolérance aux frustrations, l'impulsivité et la tendance au passage à l'acte comme lutte contre l'éprouvé abandonnique.

Se pose ici la question de la relation avec la personnalité et notamment avec les "états limites" ou personnalités "limites". Dans la pratique, et notamment aux urgences psychiatriques (lieu de "passage de nombreux passages à l'acte"), il semblerait que nous observions une augmentation de ce type de personnalité et de cette forme de dépression abandonnique.

II.2.4.3 - La dépression par agrippement à l'omnipotence infantile : "l'objet excitant"

Nous sommes ici face à un excès d'investissement de l'objet et des défauts de tissage narcissique. Cela correspond au maintien d'une relation d'objet de type symbiotique. En effet, la fragilité narcissique peut venir d'une carence de soins maternels précoces, mais elle peut aussi venir de liens symbiotiques marqués par leur exclusivité et leur aspect souvent teinté d'anxiété. Ceci explique que la qualité de la séparation à l'adolescence dépendra de la qualité des expériences de séparation vécues dans l'enfance. Le travail de différenciation narcissico-objectale est brouillé, estompé.

L'objet excitant est investi comme cet objet venant immédiatement en temps et lieu pour se substituer à la perception du manque ou de la souffrance, par les stimulations ou les sensations qu'il procure. C'est ce qu'on retrouve en pratique avec les toxicomanes et l'ensemble du champ des addictions.

L'adolescent ressent les choses comme ceci : «*Non, je n'ai besoin de rien, non je ne souffre pas, je ne suis pas déprimé ; je suis libre, je fais ce que je veux ... et avec mon joint je suis cool...*».

Ainsi l'agrippement à l'objet excitant maintient l'illusion de la toute-puissance infantile, de la continuité narcissico-objectale et répond au besoin d'être calmé avant même que le manque soit éprouvé. Nous pouvons simplement d'ores et déjà remarquer que ce fonctionnement semble se généraliser également avec une demande pharmaco-thérapique grandissante, tous âges confondus.

II.3 - APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE :

Aborder la psychopathologie de la dépression de l'adolescent peut conduire à se poser deux questions. D'une part est-ce que le travail psychique de l'adolescence représente un facteur de risque de dépression ? D'autre part, est-ce que la psychopathologie de l'adolescent déprimé présente des particularités, notamment par rapport à celle de l'adulte ?

La première interrogation renvoie à une conception dimensionnelle de la dépression, où le lien entre trait de personnalité et problématique dépressive s'inscrit le long d'un continuum quantitatif.

La seconde question suppose une approche plus catégorielle, même si globalement une approche psychopathologique est plutôt orientée vers la première perspective. Ceci est important dans le sens où les recherches actuelles s'appuient soit sur des instruments d'évaluation dimensionnelle, soit sur des outils standardisés d'évaluation catégorielle. On voit là deux approches différentes, la dépression étant étudiée tantôt comme une entité "maladie" supposée distincte de la personne en souffrance, tantôt comme l'exagération de traits de personnalité (liée à l'expérience individuelle, au processus d'adolescence en tant que tel, à cette classe d'âge dans un contexte particulier).

Les travaux d'épidémiologie descriptive, et par exemple l'étude de la prévalence, posent la même question. En effet, selon qu'on étudie l'ambiance dépressive d'un côté, l'entité EDM (critères DSM IV) de l'autre, on n'aboutit pas aux mêmes résultats ni à la même évaluation du problème.

Ainsi, tous les adolescents vivants "en ambiance dépressive" ne présentent pas tous une dépression grave. Mais doit-on les considérer comme une variation de la normale, représentant d'une certaine façon la "trace" épidémiologique et clinique de la problématique adolescente ? Ou au contraire, sont-ils confrontés à une "menace dépressive" les engageant déjà dans un processus pathologique ? Cela conduit à se poser deux nouvelles questions, que nous aborderons successivement.

Tout d'abord, le travail psychique de l'adolescence et la dépression présentent-ils des points communs expliquant la fréquence de "l'ambiance dépressive" à cet âge ?

Ensuite, l'adolescence est-elle une période sensible, où la "dépression" se construit, "s'auto-cristallise" et s'exprime pleinement ? L'adolescence en tant que processus de construction de la personnalité adulte possède-t-elle un potentiel de "fixation" dépressive ?

II.3.1 - **Points communs entre adolescence et dépression :**

Dès 1915, **S. FREUD** compare chez l'adulte l'état de deuil et la mélancolie.

De cette comparaison entre processus de deuil et processus d'adolescence a logiquement découlé celle de dépression et adolescence. Notons qu'au départ, il s'agissait avant tout d'une compréhension théorique du processus de l'adolescence, et non d'une description clinique d'un état pathologique particulier. On prenait donc initialement le même chemin que pour l'étude de la dépression chez l'enfant, avec pour hypothèse préalable une "position dépressive" (**Mélanie KLEIN**, 1934), avant même d'avoir une description clinique de la dépression chez l'enfant. Nous pouvons supposer que cette antériorité d'un cadre théorique posé comme tel ait pu gêner les cliniciens dans leur tentative d'étudier le concept de dépression à l'adolescence, en obscurcissant la différenciation entre processus psychologique et état psychopathologique.

La référence au deuil et à la dépression est omniprésente quand on aborde cette question du travail psychique de l'adolescence. **P. BLOS** (1962), **FRANK** et **HELLMAN** (1963) [72], **LAUFER** [118] reprirent la comparaison entre processus de deuil et travail psychologique, parallèle déjà établi en 1958 par **A. FREUD** [73].

MÂLE établit pour sa part le concept de morosité à l'adolescence et établit une analogie entre dépression et adolescence, de la même manière que les auteurs sus-cités en trouvèrent une entre deuil et adolescence.
HAIM [91] écrit en 1970 : «*Comme l'endeuillé, l'adolescent reste un certain moment abîmé dans le souvenir de ses objets perdus, et comme lui, l'idée de mort lui traverse l'esprit*». Les conduites à risque, les tentatives de suicides, les automutilations (de plus en plus fréquentes), l'usage de substances toxiques sont autant de "symptômes" d'une société fragile que les témoins d'un processus psychique flirtant avec la dépression de l'humeur.

Les facteurs se retrouvant à la fois dans le processus psychique de l'adolescence et dans la psychopathologie de la dépression, sont au nombre de trois [132] :

- les pertes et les séparations auxquelles l'adolescent et le déprimé sont confrontés ;

- le difficile maniement de l'agressivité et de la culpabilité, avec les conséquences parfois dramatiques engendrées par le conflit ;

- une rupture de l'équilibre entre les investissements objectaux et les investissements narcissiques, avec toutes les difficultés nées des mouvements libidinaux.

II.3.1.1 - Les pertes et les séparations [132] :

Réelles ou fantasmatiques, l'adolescent se trouve confronté tout au long du processus, à toute une série de "ruptures internes". Ces pertes, ces séparations jouent un rôle en tant que moteur de maturation, mais peuvent être source de souffrance, souffrance pouvant passer inaperçue aux yeux du monde adulte.

* Transformations corporelles :

L'adolescence est une période marquée par des transformations corporelles externes, mais ressenties aussi de "l'intérieur" par l'adolescent.

Ainsi, la paix interne, la "quiétude" du corps de l'enfant pré-pubère va céder la place à une tension interne.
Ce phénomène n'était pas connu de l'enfant, pour qui la plupart des besoins pouvaient être satisfaits par la présence de la mère ou une satisfaction purement physiologique.
L'irruption de la puberté déclenche un manque nouveau ; l'adolescent se dit souvent "énervé", ou bien il nie cette tension, lutte contre elle et cherche à la contrôler par le repli et la passivité. Cette brusque montée de tension semble être liée à l'émergence de la pulsion sexuelle, et des besoins qu'elle détermine, avec la mise en place d'une relation objectale sexualisée. Parallèlement à cette tension, cet éprouvé affectif s'accompagne d'une transformation de l'image du corps. La puberté vient modifier la connaissance que l'enfant avait de son schéma corporel. On assiste à une modification de l'image dans sa dimension statique (fonction de l'image), dynamique (la cinétique) et interactive (fonction sociale).

Nous sommes habitués en clinique à constater les préoccupations des adolescents par rapport à leur corps et à son esthétique. Le plus souvent de simples interrogations anxieuses, elles peuvent prendre l'aspect de ruminations quasi-obsédantes, voire de plaintes hypocondriaques. Enfin, nous pouvons assister à la formation de véritables syndromes dysmorpho-esthésiques, ou dans les cas plus graves d'une dysmorphophobie invalidante, entraînant un repli sur soi quasi autistique. Ce ressenti d'une image du corps imparfaite avec un retrait de l'objet de tout investissement libidinal, sans être délirant, est pour le moins proche d'un symptôme de la lignée dépressive. La perte de la maîtrise spatiale du corps peut déboucher sur la même attitude de repli, dans le sens où l'adolescent maladroit, inélégant, peut se considérer comme régressant par rapport à l'enfance. Enfin, le corps change comme support des échanges interactifs symboliques sociaux et culturels : l'adolescent veut changer d'aspect et se distancier par rapport aux habitudes de son enfance et de ses images parentales. Mais ce mouvement de distanciation peut entraîner l'adolescent dans un sentiment d'étrangeté ou d'altérité, chaque jour étant pour lui une quête de l'image stable, et de trouver "qui il est".

Les adolescents un peu passifs et moroses que l'on croise souvent sont sans doute pris dans les tourments de ces questions angoissantes.
En population adulte, nous croisons sans doute des "ex-adolescents" toujours en quête de leur image, et ayant donc des difficultés d'établir des relations objectales stables. Ainsi, l'estime de soi peut ne jamais apparaître solide pour certains individus. C'est là aussi un point commun avec des symptômes dépressifs.

* La perte de la bisexualité potentielle :

Une fois la puberté inscrite dans le corps, l'individu se voit assigner un sexe et un seul. Même si le garçon connaît son sexe, il peut encore "jouer à la fille" et inversement pour la fillette. Il est porteur d'une idéalisation parentale, et d'une bisexualité potentielle à l'origine de ce sentiment d'omnipotence infantile. L'irruption de la puberté va faire s'écrouler cette toute-puissance, et le corps sera désormais porteur d'une béance que personne ne viendra combler. Remarquons que ce "trou" n'est pas sans rappeler le manque fondamental dont nous sommes tous porteurs, qui s'exprime au niveau de la psyché individuelle et qui est ce que l'on pourrait appeler le "moteur" de notre Désir. L'adolescent apprend que le manque est générateur de Désir, mais que ce ne sont pas ses parents qui le combleront. Il se pose une deuxième question existentielle : «qui va venir combler ?», après s'être demandé qui il était. Il va devoir faire face au Manque et au trou béant de la lacune fondamentale inhérente à la nature d'être humain. Cette transition d'une position de toute-puissance à un état manquant a toute les caractéristiques symptomatologiques d'un état de dépression. On pourrait même dire que l'individu adolescent est contraint de passer d'un état de mégalomanie de type "maniaque" (l'enfance) à un état de passivité et de perte d'estime de soi.

* La séparation du lien oedipien :

Même si l'on peut considérer avec **BLOS** que l'adolescence est une réédition de l'enfance (idées déjà défendues par **A. FREUD**), la rupture nécessaire et qui est imposée à l'adolescent est bien cette séparation d'avec ses

figures parentales, au moment même où les notions oedipiennes refoulées pendant la latence refont surface.

BLOS reprend le concept de "séparation - individuation" de **MALHER**, et il écrit en 1967 : «*ce qui dans l'enfance est l'éclosion de la membrane symbiotique pour laisser advenir un bambin individu est à l'adolescence la rupture des liens de dépendance à la famille, la perte des objets infantiles afin de devenir un membre de la société à part entière ou plus simplement un membre du monde des adultes*» [29].

Il y a donc nécessité de perte d'objet oedipien, de séparation, de rupture pour justement mettre à distance ce lien oedipien dangereux. La conséquence directe en est la perte du refuge maternel et de ce "pare-excitation" dont parle **S. FREUD** ; les tensions internes et l'angoisse vont devoir être gérées par l'adolescent - futur adulte. Mais cette mise à distance s'avère d'autant plus nécessaire que l'intensité pulsionnelle avive les besoins, les fantasmes incestueux et rend encore plus impérieuse la nécessité pour l'adolescent de mettre une distance entre lui et son objet oedipien, d'autant que ce moment intra-psychique se complique du fait de la présence réelle et concrète des parents. «*Il s'agit de faire le deuil de l'investissement oedipien et de la dépendance aux parents tout en aménageant un nouveau mode de relation tant interne qu'externe avec eux*» [84].

II.3.1.2 - Le maniement de l'agressivité et la culpabilité inconsciente :

La puberté, et la "montée pulsionnelle" qui l'accompagne, est caractérisée par l'intensification de la pulsion sexuelle, mais aussi de la pulsion agressive. **FREUD**, au moment de l'étude de la sexualité, parle de la puberté en tant que phénomène physiologique, mais ne parle pas de la sexualité des adolescents. L'importance accordée à celle-ci va croître au même rythme que celle accordée au concept d'adolescence (voir la partie historique sus-citée).

L'accroissement pulsionnel se traduit par une tension interne ressentie par l'adolescent dans un premier temps, qu'il va tenter d'éliminer (au début de l'adolescence) avant d'y trouver des issues à travers les voies de la sublimation. Ce travail de sublimation n'est pas nouveau puisque l'enfant, entre six et dix ans, a déjà eu à l'effectuer (avec un investissement scolaire important lors de la scolarisation primaire) pendant la phase de latence. L'excitation ressentie est souvent interprétée

comme de l'agressivité de la part de l'adolescent, mais aussi de son entourage, ce dernier présentant souvent l'adolescent comme "irritable, impossible, agressif, ...". **WINNICOTT** [171] résume ce point en disant que «*grandir est par nature un acte agressif*».
Il explique en substance que «*si dans les fantasmes de la première croissance il y a la mort, dans celui d'adolescence, il y a le meurtre*».

Contre cette excitation pulsionnelle, le jeune met en place un certain nombre de défenses psychiques et/ou comportementales. La traduction de ces défenses en clinique est importante ou occupe souvent le devant de la scène ; d'ailleurs pour de nombreux auteurs, une adolescence "saine" se doit d'être bruyante. Le cas le plus classique est sans doute le retournement sur soi de l'agressivité, procédé défensif dont parle **A. FREUD** [74].

Les conduites à risque, les équivalents suicidaires, les idées suicidaires ou même les tentatives de suicides peuvent représenter le retournement sur soi d'une agressivité d'abord dirigée vers les objets oedipiens, ce dont il se culpabilise. L'objet oedipien est excitant pour l'adolescent, "énervant", ce qui se traduit par ces paroles fréquentes : «il (ou elle) m'énerve, si je continue, je ne vais pas pouvoir me retenir !».
On assiste à un double mouvement d'attraction - répulsion, l'adolescent étant terrifié par ses propres fantasmes, vécus dans la culpabilité. On peut ainsi voir des contre-réactions caractérisées par l'inhibition, la passivité, le désinvestissement, désintéressement (attitudes à l'origine d'une expression populaire lourde de sens : «*c'est l'âge bête !*»).
Les manifestations d'inertie physique et psychique permettent sans doute d'ouvrir la voie à un état dépressif plus ou moins patent, ou tout au moins à un vécu dépressif. C'est sans doute une des clefs de l'incompréhension réciproque si fréquente entre adolescents et parents.

II.3.1.3 - <u>Le remaniement de l'équilibre entre investissements objectaux et narcissiques</u> :

On assiste à un besoin de rupture par rapport aux intérêts et investissements infantiles, parallèlement à une mise à distance culpabilisée des objets oedipiens, vécus comme persécuteurs et voulant soumettre cet adolescent.

C'est le moment également où l'on peut assister à un surinvestissement de soi, avec le besoin pour l'adolescent de se replier sur lui-même et sur son propre fonctionnement mental.
Il se confronte alors à des questions existentielles, concernant la vie et la mort, sur son identité, questions auxquelles tout un chacun doit se confronter un jour. Ce questionnement est d'autant plus douloureux que l'adolescent perçoit les changements, les incertitudes, les contradictions dont il est porteur.
D'autre part, le travail d'identification à l'adolescence, les doutes sur l'identité et la reconnaissance de soi, peuvent amener à un repli sur soi et tout le cortège de questions ontologiques auxquelles d'ailleurs aucun adulte ne peut répondre.

Parallèlement à ces questions identitaires et ces essais de réassurance par des identifications secondaires, c'est toute une modification du système d'Idéal à laquelle on assiste. Pour certains auteurs, dont **BLOS**, c'est la construction de l'Idéal du Moi qui se fait, héritier de l'adolescence comme le Surmoi serait celui de la période oedipienne.

Le système d'Idéalisation de l'enfant se fait autour de trois axes :

- l'idéalisation de l'enfant par ses parents ;
- l'idéalisation des parents par l'enfant ;
- l'idéalisation de l'enfant par lui-même.

A l'adolescence, les deux premières phases sont attaquées, voire éliminées. C'est un mouvement de retrait constituant l'essence même du "meurtre parental symbolique". Parallèlement l'adolescent est moins soumis aux projections idéalisantes des parents que ne pouvait l'être l'enfant. A l'inverse, on observe fréquemment des oscillations dans l'idéalisation de soi. L'adolescent passe par des phases de contentement de lui-même (voir de contemplation d'un Soi grandiose) puis par des périodes de repli, de mésestime, les deux mouvements libidinaux pouvant être très extrêmes, comme souvent à l'adolescence.

La perte d'estime de soi peut s'accompagner d'un sentiment flou de malaise, de désintérêt, d'ennui, de vide. Ces "symptômes" sont retrouvés dans la dépression, et également dans la symptomatologie du patient "limite" (ou borderline). Même si l'on

peut considérer ces mouvements de libido comme la traduction de la mise en place de son système d'idéal, tous les signes présentés peuvent empêcher ou menacer le processus psychique en cours.

Nous pouvons constater que la psychopathologie de la dépression présente d'étranges similitudes avec le travail psychique de l'adolescence, les deux s'organisant autour de trois axes principaux :

- les pertes d'objet (réelles ou fantasmatiques) ;

- l'agressivité et la culpabilité ;

- les mouvements de la libido narcissique et la remise en cause du système d'idéal.

Ces points communs pourraient expliquer la fréquente coloration thymique des manifestations de souffrance psychique des adolescents. On retrouve ainsi fréquemment d'incessantes oscillations de l'humeur, des sentiments de vide, une morosité, que **MARCELLI** appelle la "*dysphorie pubertaire*".
Celle-ci se retrouve dans les études épidémiologiques utilisant des outils d'évaluation dimensionnelle, à travers "l'ambiance dépressive" si fréquente. Ces oscillations dysphoriques représentent-elles un risque de fixation dépressive ? Certaines études [51] [112] tendent à montrer l'importance des évènements de vie négatifs comme points de fixation dans un fonctionnement dépressif.

II.3.2 - **Adolescence et "cristallisation" dépressive :**

Au-delà des signes de tensions psychologiques ouvrant à la "dysphorie pubertaire", et en dehors d'éventuelles influences hormonales, nous allons essayer d'étudier les potentiels points de fixation dépressifs. Il faut désormais garder à l'esprit que c'est probablement à l'adolescence qu'apparaît la dépression tant dans sa forme clinique que sa fréquence, comparable à ce qui est retrouvé chez l'adulte.
Quand elle apparaît, elle nous incite à nous poser plusieurs questions : est-elle en continuité avec d'éventuels troubles dépressifs de l'enfance, l'accès à la subjectivation

permettant l'expression sur un mode dépressif de souffrances autrefois exprimées différemment ? Quel est le lien entre dépression et travail intrapsychique de séparation ?

II.3.2.1 - Le devenir des troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence :

* Les troubles dépressifs de l'enfance à l'adolescence :

Passant d'une prévalence de 0,5 à 3 % chez l'enfant à un taux compris entre 5 et 10 % pour l'adolescent, la question du devenir des troubles dépressifs aux différentes périodes de l'évolution, semble occuper une place centrale dans leur compréhension.

D'après certaines études [48] [111], il semblerait que la survenue d'un trouble dépressif de l'enfance ne représente pas une destinée inexorable, mais constitue un facteur de risque possible d'un trouble du même ordre au cours de l'adolescence. Citons **Stella CHESS** et al. ayant rapporté en 1983 l'histoire clinique détaillée, sur une durée de dix-huit à vingt-deux ans, de six sujets ayant présenté un épisode dépressif dans l'enfance. Cette étude rapporte six histoires différentes, avec la mise en évidence d'une continuité entre les troubles de l'enfance et ceux de l'adolescence. Les études sus-citées confirment le syndrome dépressif de l'enfance comme facteur de risque d'un autre épisode à l'adolescence.

KOVACS [111] affirme qu'en fait le risque de "rechute" dépressive lorsqu'un premier épisode est survenu dans l'enfance est le même que lorsqu'il survient pour la première fois à l'âge adulte (40 % dans les dix mois qui suivent la rémission d'un épisode dépressif majeur).

Les études prospectives ont aussi essayé de différencier les risques de récidive ou de fixation dépressive selon le type de trouble dépressif en cause dans l'enfance.
CARLSON et **STROBER** [45] montrent, ou essayent de montrer, que les dépressions de l'enfant et de l'adolescent débouchent dans 20 % des cas sur un trouble de l'humeur à l'âge adulte ; **KOVACS** [111] donne un chiffre de 30 %

et affirme que le risque de passage d'une dépression unipolaire à un trouble bipolaire est plus fréquent avant vingt ans.

Toujours d'après cette étude de 1996, elle affirme que le risque de récidive sur un mode dépressif majeur était nul après une "dépression réactionnelle" de l'enfance (que l'on nomme "trouble de l'ajustement avec humeur dépressive") ; au contraire elle évalue à 69 - 72 % de risque s'il s'agissait d'un EDM ou d'une dysthymie. Elle conclut en expliquant que l'enfant multiplie les risques s'il présente une "double dépression".

Ces considérations "mathématiques" ne doivent donc pas faire oublier que nombres d'épisodes dépressifs de l'enfance ne débouchent pas sur un trouble à l'adolescence. Ainsi, dans les antécédents des adolescents dépressifs, on retrouve également des troubles des conduites, de l'attention, une hyperactivité (HADA) et, bien sûr, des évènements de vie souvent négatifs, avec retentissement cognitif.

* Troubles dépressifs de l'adolescence à l'âge adulte :

Une étude française [33] a montré que 52,9 % des adolescents ayant présenté un EDM ont récidivé dans les quatre ans. Un travail plus récent [155] confirme ces données : 69 % d'un groupe d'adolescents déprimés (EDM) avaient rechuté sur le même mode dans les sept ans, et 19 % étaient "devenus" bipolaires. Dans le groupe témoin, seuls 21 % avaient présenté un épisode dépressif dans le même temps. Parmi les adolescents ayant faits deux dépressions avant dix-sept ans, 95 % rechutaient à l'âge adulte.

Ceci amène à développer des recherches sur les éléments de continuité possible entre les troubles affectifs de l'enfance, ceux de l'adolescence et ceux de l'âge adulte, d'un point de vue clinique, évolutif et peut être thérapeutique.

Les difficultés rencontrées pour ce genre de recherche sont doubles. La première est la détermination précise de l'âge de survenue des premiers symptômes, des premiers signes de retentissement, de la première hospitalisation, du premier traitement (ou plus justement de la première "prise

en charge"). La seconde réside dans la difficulté à la fois humaine et financière d'études de ce type, et à grande échelle.

Ainsi, les médecins généralistes et les psychiatres "d'urgence" étant souvent les premiers sollicités, en regroupant leur point de vue et le confrontant avec les pédiatres et pédopsychiatres par exemple, pourraient jouer un rôle important dans l'approche d'une meilleure connaissance de la question.

II.3.2.2 - Le conflit narcissico-objectal de l'adolescent :

L'étude du lien entre dépression et travail intrapsychique de séparation implique d'étudier les possibilités pour l'adolescent de disjoindre ses représentations internes de ce qu'on appelle l'objet du besoin d'un côté, l'objet du désir de l'autre, ou en d'autres termes l'objet d'étayage et de complétude narcissique d'un côté, l'objet libidinal de l'autre. Pour **JEAMMET** [103] cet écart est à la base du conflit narcissico-objectal, et il est une "spécificité de l'adolescence". C'est la loi du "tout ou rien". Cela se passe comme si les investissements objectaux ne pouvaient se faire qu'aux dépens des investissements narcissiques, et vice-versa. On trouve l'origine de cette conflictualité dans l'opposition, d'un côté les objets du besoin, et de l'autre les objets du désir. L'objet du besoin s'inscrit dans une relation d'étayage (relation anaclitique) satisfaisant aux besoins vitaux du bébé. Ainsi, la perte ou l'absence entraîne-t-elle une désorganisation du Moi du bébé, au contraire de la relation triangulaire de l'adolescent, où celui-ci éprouve une souffrance psychique et non pas une désorganisation somato-psychique.

L'impérieuse obligation de se séparer des objets oedipiens "excitants et dangereux" dévoile brutalement les assises narcissiques sous-jacentes, et met en lumière la qualité de l'intériorisation des liens interactifs aux "objets primaires". Devant s'éloigner de ceux-ci, devant le ressenti insupportable de l'actualisation des deux fantasmes originaires (inceste et parricide), l'adolescent est mis à nu et se retrouve à la fois dépendant des autres objets, et vulnérable dans son assise narcissique.

Nous retrouvons là l'importance du "tissage" des premiers liens, et des identifications primaires. Quand celles-ci ont donné au narcissisme une assise

suffisante, cette sécurité ainsi acquise permet à l'adolescent de s'éloigner des objets oedipiens sans se sentir menacé, ni appauvri. Nous voyons ici toute l'importance que revêtent les relations primaires dans la construction d'une assise narcissique solide. Les relations entre dépression précoce et récidive à l'adolescence peuvent s'expliquer par ces notions essentielles dans la construction d'une personnalité.

II.3.2.3 - Dépression de l'adolescent : objets intériorisés de différenciation ou objets défaillants :

L'adolescent, engagé dans un processus de perte, ne poursuivra son développement psychique que s'il a la conviction (ou du moins l'espoir) qu'il y a un gain possible, à la hauteur de la perte. L'objet à conquérir doit donc être "à la hauteur de l'objet œdipien ". Ainsi, du côté des représentations de soi et d'objet, l'adolescent doit supporter l'écart entre le plan de la préservation du narcissisme, qui s'appuie sur l'objet primaire incorporé et le plan du désir objectal qui voie l'objet œdipien d'identification, autre manière de formuler les enjeux du conflit narcissico-objectal.
Si l'assise narcissique a été fragilisée, ou à l'inverse quand l'objet œdipien a été trop satisfaisant, l'adolescent peut refuser le travail psychique de différenciation entre le plan de l'investissement objectal (prometteur de satisfaction du désir) et le plan du narcissisme (garant de la satisfaction des besoins). L'adolescent menace alors de se figer sur l'un des pôles, fixation à l'objet d'amour infantile, repli violent sur la préservation de l'intégrité narcissique. Ce figement contient les germes de l'évolution dépressive.

La dépression de l'adolescent «*s'apparente plus à un refus d'une réalité décevante et un repli sur des positions fantasmatiques infantiles liées justement au maintien de l'investissement des liens à ces images archaïques qu'à un renoncement et un abandon de ces liens*», dit **JEAMMET** [103].
L'adolescent déprimé s'accroche ainsi à l'objet précoce incorporé, garant de cette continuité narcissico-objectale et aussi du sentiment d'omnipotence infantile. D'où peut être la multitude de symptômes, d'attitudes, de comportements bruyants et infantiles rencontrés si fréquemment en pratique clinique. C'est justement un point important de la clinique de la dépression à l'adolescence que nous allons aborder, où nous allons voir la diversité des masques adoptés par l'adolescent afin de mettre à distance ces affects dépressifs. Le "masque" d'Arlequin psychiatrique que peut

prendre l'adolescent en détresse psychique, nous le rencontrons quotidiennement au service des urgences psychiatriques.

DEUXIEME PARTIE :

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LA SOUFFRANCE DEPRESSIVE DE L'ADOLESCENT

En 1967, il y a près de quarante ans, on assistait à la création du premier grand centre d'urgences psychiatriques parisien, le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA), appelé Centre Georges Daumezon. On ne parlait pas encore d'urgences mais d'accueil et d'orientation, ce qui obligeait déjà à un travail de discernement clinique, environnemental et administratif, travail de séparation aussi tel que l'indique l'étymologie du mot "crise" : krisis (littéralement "décision").

Maintenant l'urgence en psychiatrie a droit de cité, tant par son rôle thérapeutique (le travail de crise justement) que pour permettre l'inscription dans la diachronie des soins. Le nombre des urgences psychiatriques dans les services d'urgences des hôpitaux généraux, a considérablement augmenté ; ainsi, la demande a augmenté de 35 % entre 1992 et 1996 [41]. Certains patients y auront recours quelques fois, d'autres jamais, d'autres connaîtront une compulsion à s'y faire entendre jusqu'à trouver un cadre thérapeutique adéquat. Si nous prenons en charge de réelles urgences psychiatriques (accès maniaque, moment fécond d'une schizophrénie ou éclosion première d'un processus dissociatif, crise clastique, accès mélancolique, ...), 60 % de notre travail concernera des "états psychiatriques aigus", étant l'expression de situations de crises individuelles débordant les capacités d'adaptation de ces personnes [60].

Le service d'urgence devient alors un lieu où se cristallise la situation de crise, une opportunité d'entrouvrir une porte de sortie à une souffrance devenue intolérable, grâce à l'émergence de la parole en un lieu neutre. Il apparaît difficile, voire impossible, pour certains psychiatres de réunir deux concepts aussi distincts que la psychiatrie et l'urgence. Mais ce lieu (l'hôpital général) apparaît propice à la mise en confiance de patients n'ayant pour la plupart jamais rencontré de psychiatre auparavant. Ce sera un lieu où seront pris en charge en globalité les problèmes rencontrés par telle ou telle personne (le corps, la psyché, le contexte social, ...).

La rencontre entre l'adolescent dépressif et l'urgence paraît sinon inévitable, du moins logique et compréhensible. Sans aller jusqu'à la caricature, une adolescence "normale" se doit d'être bruyante. La traduction symptomatologique de la dépression à cette période est polymorphe et conduit l'adolescent et sa famille fréquemment à la rencontre du généraliste, puis du service d'urgence. La demande appelle une réponse immédiate et non différée, point commun avec l'adolescence, mais aussi avec le fonctionnement actuel d'une société fondée sur l'efficacité et le "risque zéro".

I - QUELLE URGENCE EN PSYCHIATRIE ?

I.1 - NOTIONS DE CRISE ET D'URGENCE PSYCHIATRIQUES :

Etymologiquement, le mot urgence dérive "d'urgent", du latin "urgens - urgere" : "presser, qui ne souffre pas de retard" [15].

La notion de crise en médecine comporte un élément aigu, l'imminence d'un élément catastrophique et, par là même, exige une réponse et une décision. Dans le temps bref et limité de la tragédie, du suicide ou du meurtre - comme dans l'insuffisance respiratoire aiguë - se décide la mort ou la survie d'un individu [85].

La crise au sens psychiatrique, aussi aiguë soit-elle, a peu de points communs avec l'urgence vue par le médecin et, à vrai dire, avec l'urgence tout court.

Les psychiatres, pour leur usage interne, considèrent comme critique tout ce qui n'est pas passé chronique. Ainsi, le terme de crise caractérise-t-il souvent, en psychiatrie, ce qui évolue, mûrit et se résout à son rythme. Dans le sens courant, comme en politique ou en économie, la crise s'étale dans le temps. Elle suggère une difficulté durable, une déstabilisation dont l'issue reste longtemps incertaine : il paraît donc sage alors de ne rien décider.

En urgence, si on veut conserver à ce mot son poids, c'est à sa définition médicale qu'il faut se référer. Mais peut-on parler de crise suicidaire, comme on parle de crise comitiale ou "cardiaque" dès lors qu'on envisage le suivi d'un sujet suicidaire sur plusieurs semaines ?

De la notion de crise, on est passé à celle d'accueil des urgences et, pour finir, à l'accueil pur. Ce terme reste équivoque en psychiatrie. Selon le contexte, priorité est donnée au pôle technique de l'accueil ou à l'inverse à ses vertus humanitaires. L'un n'empêche pas l'autre, mais si le premier contact avec les usagers se doit d'être chaleureux, le centre d'accueil de crise doit rester un lieu de soins spécialisés et non un asile [85].

L'urgence apparaît comme le trop plein de l'organisation médicale et sociale. Il est logique d'y rencontrer le désordre, le désarroi et l'imprévu. La population rencontrée aux urgences médicochirurgicales, même si elle doit être renvoyée ou dirigée ailleurs, doit l'être avec prudence. Adolescents errants, vieillards solitaires, alcooliques égarés, toxicomanes, posent généralement peu de problèmes médicaux.

Ils constituent cependant un groupe à risque dans la mesure où la dramatisation, la misère ou de grosses difficultés personnelles peuvent faire méconnaître une véritable urgence médicale, chirurgicale ou ... psychiatrique associée. Nous verrons que l'un des rôles du psychiatre aux urgences est d'être vigilant à ce que d'authentiques souffrances psychiques ne passent pas inaperçues et ne soient pas classées rapidement comme peut l'être le dossier d'une entorse de cheville. Le travail en collaboration avec les somaticiens est l'un des intérêts de la présence d'un psychiatre aux urgences.

Cette étape initiale mixte de la prise en charge permet que l'orientation psychiatrique se fasse sans la scansion traumatisante d'une psychiatrisation formelle, sans non plus que le patient ait à faire la démarche de se positionner lui-même comme demandeur conscient de soins psychiatriques. Cette notion est d'ailleurs discutée par de nombreux psychiatres.

Peu à peu la présence d'équipes psychiatriques dans les services d'accueil et d'urgence des hôpitaux généraux a permis d'identifier une réalité clinique spécifique de l'urgence : le travail de crise [15]. L'évolution vers une pratique de la psychiatrie aux urgences s'est manifestée et avec elle des possibilités de prise en charge précoce lors d'un moment fécond initial, au décours immédiat d'un passage à l'acte, permettant un premier contact privilégié. Notre présence permet sans doute de traiter une crise aiguë à sa juste mesure, sans minimiser ni dramatiser, le tout dans l'intérêt de la personne.

Il ne peut y avoir de "recette" permettant au soignant de gérer avec le patient, la crise telle qu'elle se présente en service d'urgence, car à autant d'hommes différents, autant de situations de crise différentes. L'assistance au sujet en crise ne saurait se limiter à l'administration de psychotropes même si elle s'avère parfois utile ou indispensable. Le personnel soignant se doit d'apprendre une manière d'être, un mode relationnel lui permettant de suspendre l'évolution de la crise voire de l'arrêter. Il s'agit bien d'un apprentissage de la relation car le plus souvent les relations entre individus, y compris entre soignant et soigné, se déroulent dans un climat de tension guidée par une rivalité de pouvoir parfois au nom de la raison, «*alors que l'irrationnel paraît si souvent guider les comportements*» [41].

Le soignant n'est donc pas en dehors de la crise, il est dedans, et fait partie du système relationnel du patient dès qu'il est appelé, et même peut être avant qu'il soit là. Elément participant de l'événement, car la crise est éminemment relationnelle.

En effet, nous considérons la pathologie de crise comme une pathologie recouvrant toute une série de situations caractérisées par leur allure aiguë et dramatique, leurs implications relationnelles constantes et la fréquence d'un recours au passage à l'acte. Ces situations ne sont pas obligatoirement corrélées à un processus psychopathologiques défini, mais cela ne disqualifie en rien leur signification.

La crise est un acte surdéterminé qui va projeter le sujet de "son espace privé sur la scène publique" [168], ce qui va entraîner qu'il s'impose aux autres, qu'il en force l'attention, la relation et l'intervention. Une des principales caractéristiques de la crise, notamment suicidaire, est, comme le souligne **VEDRINNE,** «*d'attaquer les limites entre le réel et l'imaginaire, en privilégiant ce dernier avec la toute puissance qui lui est attachée*» [168]. A partir de là, la situation critique va s'organiser en événements par le biais de la réaction urgente déclenchée par l'angoisse du sujet et/ou de l'entourage, parfois du médecin, provoquant une hospitalisation renforçant l'impact évènementiel.

La situation de crise est ainsi pour le thérapeute une extraordinaire opportunité. La crise est mouvement, et c'est au soignant de saisir ce moment quand il y est confronté, pour permettre au patient l'amorce d'un changement ou l'émergence d'une parole. L'évaluation de l'urgence et la mise en place du dispositif de réponse est un processus complexe et aléatoire, mais qui constitue un analyseur privilégié des relations entre le sujet et son environnement.
Si le moment est privilégié, tout l'avenir du patient ne va cependant pas se jouer lors de la crise. Il s'agit d'entrouvrir une porte de sortie d'une situation difficile, de débroussailler un chemin, d'ouvrir, éventuellement, un espace thérapeutique ultérieur. C'est là que nous pouvons intervenir avec notre spécificité et notre expérience.

I.2 - LA QUESTION DE L'ACCES AUX SOINS :

Dans une optique de Santé Publique, la question de l'accès aux soins après une intervention aux urgences est souvent posée. Dans ce cadre, nous voyons un certains nombre de sujets qui rencontrent un psychiatre pour la première fois. Ils représenteraient environ 20 % des sujets rencontrés [167]. Un des enjeux sera alors de transformer l'urgence en demande de soins. A l'occasion de la rencontre, le suivi ultérieur est abordé, renseigné, conseillé.

Un rapport du Conseille Economique et Social (dit rapport Debout) montre que moins de 10 % des suicidants se présentent à un premier entretien, et parmi eux 25 % se présenteront à un deuxième rendez-vous.

La première difficulté tient au contexte de la rencontre. Nous avons à faire à des sujets en "crise" (existentielle, familiale, professionnelle, ...) et la rencontre est souvent marquée par une tension psycho-affective pénible pour le sujet devenu patient. Un premier point important sera de s'extraire de cette tension, d'apaiser la souffrance affective et de traiter la "poussée de fièvre émotionnelle" de la personne.
D'autre part beaucoup de sujets sont méfiants à l'égard de la psychiatrie et vivent notre intervention comme intrusive. C'est particulièrement le cas chez l'adolescent où la difficulté d'accorder son identité avec la réalité extérieure est si forte [110]. Ainsi l'entretien psychiatrique avec l'adolescent sera long et teinté d'une méfiance voire d'une réticence à livrer son vécu psychique. On comprend alors que beaucoup d'individus (adultes comme adolescents) ne prolongeront pas leurs efforts vers un suivi psychiatrique.
Enfin, en situation de crise, le sujet n'est pas seul : il vit dans l'urgence de ses interactions avec l'environnement.

La deuxième difficulté tient à la qualité et aux caractéristiques de l'alliance thérapeutique en situation de crise. Notre position de soignant dans ce rôle de l'accueil fait qu'au-delà de l'écoute, nous devrons nous limiter dans la plupart des cas à un travail de relais et d'orientation. Nous effectuerons un travail de lien avec les structures extérieures et le réseau de Santé Mentale. Nous essayerons de réintroduire la notion de lien chez des patients souvent en perte de repères et en situation de rupture. C'est justement ce lien créé, puis une "alliance thérapeutique" urgente, qui peut entraver le suivi ultérieur comme nous le dit **ANDREOLI** [8]. Cette interaction entre un patient et son interlocuteur en urgence est forte : elle peut constituer un obstacle temporaire à l'introduction d'un tiers et le renvoie à un suivi à distance. D'une part, le sujet aura des difficultés à envisager de livrer sa souffrance à ce tiers nouveau et hypothétique ; d'autre part, cela l'oblige à une temporisation et à se projeter dans un futur que la crise anéantit souvent. Ces deux points constituent un obstacle essentiel à l'accès aux soins de suivi ultérieur ; c'est tout particulièrement le cas à l'adolescence.

I.3 - CLASSIFICATION DES URGENCES :

L'abord des situations d'urgences psychiatriques est devenu aujourd'hui un enjeu essentiel pour l'élaboration d'une politique cohérente de soins psychiatriques [60].
Le nombre des urgences a considérablement augmenté, ou du moins le nombre de demandes urgentes. La psychiatrie est particulièrement touchée par cette demande croissante, et les raisons en sont multiples [61] :

- on observe de nouveaux comportements de la population qui présente davantage de troubles de l'adaptation à son contexte de vie (social, familial, professionnel, ...) ;

- ouverture de services d'accueil et d'urgences polyvalents, particulièrement dans les grands hôpitaux généraux ;

- on note une difficulté croissante dans la prise en charge du nombre de ces situations par les équipes médicales ;

- l'augmentation du nombre de psychiatres affectés aux urgences, à temps plein ou au travers d'un système d'astreinte.

Les urgences psychiatriques présentent une symptomatologie très polymorphe : tentative de suicide, éthylisme aigu, problèmes de toxicomanie, état délirant aigu, agitation, crises d'angoisse, agressions, enfants battus, plaintes somatiques fonctionnelles, ...
Cet aspect protéiforme rend bien sûr difficile une classification nette et catégorielle ! Globalement, on peut distinguer trois grands types de situations, regroupées dans le tableau suivant :

- la psychiatrie en urgence ou psychiatrie pure ;

- les états "mixtes" ou intrications médico-psychiatriques ;

- les urgences psychiatriques et situations de crise ou états aigus transitoires.

PSYCHIATRIE PURE	* Manifestations aiguës. * Décompensations. * Premiers épisodes. * ATTENTION AUX REFUS DE SOINS on doit évoquer : - état mélancolique ou maniaque - bouffée délirante aiguë - moment fécond d'une psychose chronique * "Expression corporelle" de pathologies psychiatriques : - nosophobie - hypochondrie (névrotique ; délirante) - anxiété généralisée (névrose d'angoisse)
PSYCHIATRIE MIXTE	* Tentative de suicide grave (avec conséquences somatiques). * Ivresse pathologique. * Syndrome confusionnel dans le cadre d'une affection organique. * Toxicomanie. * Pathologie géronto-psychiatrique.
ETATS AIGUS TRANSITOIRES	* Ivresse. * Tentative de suicide sans trouble psychiatrique structuré. * Troubles du comportement. * Conflit (conjugal, familial, professionnel, ...). * Etats de stress post-traumatique aigu. * cas particuliers : - personnes âgées abandonnées - adolescents en rupture - transplantés.

I.3.1 - <u>La psychiatrie en urgence</u> :

Des études montrent que 10 % des motifs de consultation aux urgences correspondent à une demande de soin psychiatrique [81]. Sur ces 10 %, dans seulement 30 % des cas, il s'agirait de réelles "urgences psychiatriques" dans le sens de la décompensation de pathologies psychiatriques. **PASCALIS** et **CHAUVOT** [145] parlent de "psychiatrie en urgence", donc de décompensations aiguës de diverses pathologies connues ou découvertes à cette occasion (psychoses, personnalités pathologiques, psychopathies, troubles de l'humeur, ...).

Ces pathologies sont celles que nous avons l'habitude de rencontrer dans nos services de psychiatrie hospitalière ou dans nos centres de consultation. Les antécédents psychiatriques de ces patients, le déclenchement de la symptomatologie, nous mettent sur la voie. De plus, l'entourage du patient, s'il existe, est souvent débordé par la situation et devient un protagoniste à part entière de ce qui se joue. S'il faut soutenir et écouter les proches du malade, la stratégie d'intervention se focalisera sur le patient en essayant de tenir compte du projet de soins déjà mis en place et de l'attitude prise lors d'urgences précédentes.

Le plus souvent, la décision d'hospitalisation s'impose d'elle-même en cas de décompensation aiguë avec mise en danger de la personne, de délire floride et manifestement d'inobservance thérapeutique, d'un état mélancolique ou maniaque ; toutes ces situations correspondent à la nécessité impérieuse d'une reprise en main du cadre thérapeutique, d'un réajustement du traitement, parfois d'un changement d'orientation de la prise en charge. En somme le passage par l'hospitalisation paraît inévitable.

C'est dans ce genre de contextes que notre travail prend un sens. D'une part, nous éviterons à un sujet psychotique réticent de "passer inaperçu" ou à un adolescent violent et "toxicomane" d'être simplement mis à la porte de l'hôpital sans que sa souffrance n'ait été ne serait-ce qu'entraperçue. D'autre part, un premier travail de liaison entre l'hôpital général et le CHS peut être effectué dans de bonnes conditions par notre intermédiaire.

I.3.2 - **L'intrication médico-psychiatrique :**

Parfois trompeuses et souvent polymorphes, les urgences psychiatriques se distinguent par la fréquence des intrications médico-psychiatriques et la difficulté devant certains tableaux aigus (délire, agitation, angoisse, ...) d'affirmer de manière tranchée une étiologie organique ou psychiatrique. La prudence doit rester la règle et une "urgence en psychiatrie" doit rester une urgence médicale jusqu'à "preuve négative" du contraire. L'examen somatique doit toujours être pratiqué et sur la base de constatations cliniques, un certain nombre d'examens para-cliniques effectués [85].

C'est là, de façon étonnante qu'un autre rôle nous incombe : être vigilant que les antécédents du patient, ainsi que son "étiquette" psychiatrique, n'aient pas entraîné un examen rapide ou inexistant.

Notre pratique aux urgences d'un hôpital général nous a permis de constater une certaine peur persistante par rapport au malade dit "psychiatrique". A titre d'exemple révélateur et dans un souci d'éclairage, voici l'histoire d'un bref passage aux urgences.

> Un jeune homme de 30 ans est accompagné par son père qui l'a retrouvé chez lui, prostré, incurique, vivant au milieu d'immondices. Il ne l'avait pas vu depuis 1 an, date d'une hospitalisation en psychiatrie au CHS du secteur. A son arrivée, ce jeune homme est allongé sur un brancard disposé dans le couloir, ce jour étant un jour "d'affluence" aux urgences.
>
> Il est 10h00 du matin et il a été décidé que son cas était "psychiatrique". Nous ne sommes appelés qu'à 16h30. Nous trouvons un patient hagard, le regard vitreux, le teint oscillant entre le grisâtre et le verdâtre, incapable de se situer dans le temps ou l'espace ni même d'articuler un mot. Nous demandons un examen somatique et un bilan para-clinique. Ce dernier révéla une insuffisance rénale aiguë, une rhabdomyolyse aiguë et un début d'encéphalopathie. Transféré en réanimation, il décèdera dans la nuit.

Cet exemple ne se veut pas polémique et montre bien le manque de moyens humains et matériel dont souffrent les services d'urgences en ce moment. Mais ce patient a été marqué à son entrée du sceau de la maladie mentale. Nous voyons ici un patient effectivement apragmatique, athymhormique probablement et clinophilique, mais les conséquences d'un tel état déficitaire ou négativiste ont été avant tout somatiques. Probablement que ce patient avait en plus ingérer des médicaments.

A une époque où la consommation de toxiques, licites ou non, est si fortement banalisée, voire encouragée, l'examen somatique semble de plus en plus indispensable face à des tableaux à priori d'origine psychogène.

I.3.3 - **Urgences psychiatriques et situations de crise (états aigus transitoires)** [61]

Dans près de 70 % des appels pour troubles d'apparence psychiatriques, le symptôme est visiblement lié à un dysfonctionnement de la communication au sein du couple, de la famille, d'une institution ou du contexte social du patient. Ces situations de crise mettent en jeu le contexte de vie du patient.

Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas ou peu d'antécédents psychiatriques. Certains auteurs préfèrent d'ailleurs utiliser des concepts tels que "l'urgence psychosociale" ou encore "la détresse psychosociale".

Ces urgences mettent donc en jeu une situation de crise touchant l'environnement du patient.
Cette crise s'amplifie d'ailleurs souvent quand l'entourage à recours à des instances sociales importantes et symboliquement chargées : médecin de garde, ambulance, SAMU, police, service des urgences, ...

L'urgence psychiatrique doit beaucoup à ce phénomène de crise du contexte de vie. Le "problème" psychiatrique du patient pourrait sans doute être abordé dans le cadre d'une simple consultation s'il n'y avait la dramatisation de la symptomatologie - menace de suicide, tentative de suicide, acting violent, prise de toxique - et surtout l'amplification de celle-ci par l'entourage qui refuse d'assumer plus longtemps le problème et adresse un appel au secours aux instances médicales.

Pour **ANDREOLI**, la crise «*étant un phénomène intersubjectif, l'urgence psychiatrique et la demande d'hospitalisation se présentent comme le résultat d'un déraillement, ou d'une impossibilité de développement de la crise*» [8].
Ainsi, l'adresse du patient au psychiatre d'astreinte ou de garde correspond très souvent à un rejet et/ou à l'absence d'indication thérapeutique faisant appel à des objectifs à la fois spécifiques et positivement investis par le patient, la famille et/ou les soignants [8].
Pour le psychiatre intervenant, le danger sera de se confronter uniquement au symptôme du patient sans pouvoir tenir compte du contexte dans lequel ce symptôme a émergé. La décision d'hospitalisation est alors souvent plus en rapport avec la gravité des troubles de la dynamique intersubjective de la maladie mentale, plutôt qu'avec la gravité du trouble ou de la psychopathologie. C'est tout particulièrement le cas pour un adolescent en souffrance pour qui souvent vient se jouer sur la scène des urgences une tragédie de la dynamique familiale. Le danger, nous le verrons, serait alors la médication ou la psychiatrisation intempestive, sans avoir pu donner du poids à une parole, tout en se donnant du temps.

I.4 - UNE DEMANDE EN EVOLUTION

I.4.1 - **Les nouvelles nosologies** [85]

Les catégories morbides "classiques" - névrose, psychose, psychopathie, ... - ont pris leur essor durant la Belle Epoque, sorte "d'âge d'or" de la psychiatrie en Europe. **CULLEN** introduit le terme de "*névrose*" au XVIII^{ème} siècle, **FESCHTERSLEBEN** celui de "*psychose*" en 1845. Nos maîtres se sont intéressés à ces états et à d'autres (psychopathie, états limites, arriération mentale, ...). Ainsi, l'héritage de **FREUD**, **KRAEPELIN**, **BLEULER**, **EY**, pour ne citer qu'eux, est considérable et les psychiatres contemporains se réfèrent heureusement encore à leurs legs intellectuels.

Cependant, le domaine de la psychiatrie a continué à s'élargir vers les pathologies moins graves et partage souvent avec les médecins généralistes (et les autres acteurs du réseau de Santé Mentale) ce vaste champ que constituent les "troubles psychiques en population générale". Il semblerait, par exemple, qu'à la "science séméiologique" ait fait place une "science" du passage à l'acte. On constate en effet qu'au déséquilibre psychique et aux névroses des auteurs classiques s'est substituée une pathologie moins structurée, moins riche en symptômes élaborés.

Ainsi, entre névrose et psychose, on retrouve un certain nombre de troubles psychiques, que l'on pourrait appeler (peut être à tort) les nouvelles classes nosologiques. Citons :

- les troubles de la personnalité et les personnalités pathologiques ;
- les troubles de l'adaptation ;
- les états limites ;
- les pathologies dites narcissiques.

Ainsi, en "psychiatrie d'urgence" aurons-nous à prendre en compte un certain nombre de paramètres, en plus de l'aspect diagnostique, si tant est que l'on puisse en poser un. Nous apprécierons :

* L'état global du patient : symptôme(s), personnalité, état physique, épreuves récentes, capacités d'adaptation.

* La personnalité, même s'il est difficile en urgence d'effectuer une analyse structurale. La notion d'immaturité affective doit rester présente à l'esprit, de par ses conséquences possibles (notamment en ce qui concerne le passage à l'acte).

* Des réactions inquiétantes : réactions émotives disproportionnées, fuite dans l'action, égocentrisme, relation thérapeutique provocatrice.

* Les facteurs de vulnérabilité, aux premiers rangs desquels on trouve les évènements de vie négatifs.

* Les capacités d'adaptation et à la tolérance à la frustration.

Tous ces facteurs sont des indicateurs de gravité ou de "risque", car l'une des nouvelles missions qui s'impose à nous est de réduire à zéro le risque de décompensation ou le risque vital. C'est par exemple ce qu'on nous demande en ce qui concerne le suicide (et notamment celui des adolescents).

Ces éléments permettent aussi d'évaluer les "chances" d'accès aux soins à court, moyen ou long terme. Ainsi, face à l'augmentation des problématiques inscrites dans le passage à l'acte, comme c'est le cas à l'adolescence, le pronostic est défavorable quand à l'accès aux soins immédiats. Il faudra souvent plusieurs rencontres avant qu'une alliance thérapeutique aux urgences puisse se dessiner, et par là même une orientation possible en ambulatoire.

La demande de consultation psychiatrique aux urgences augmente parallèlement à celle des urgences médicochirurgicales. Ces dernières sont souvent débordées par l'afflux de patients n'ayant pas consulté leur médecin traitant, ce qui aurait suffi à traiter le problème en cause dans bon nombre de cas. Notre profession n'échappe pas à la règle. Ainsi, parallèlement à une modification des tableaux séméiologiques présentés, on assiste à une diversité des missions qu'on nous confie, et notamment dans un champ bien particulier : le domaine social.

I.4.2 - **La multiplication des problématiques sociales :**

Une dérive nous paraît préoccupante, elle concerne la demande croissante d'une intervention psychiatrique en urgence pour des situations relevant de l'urgence sociale.

Tout se passe comme si les "cas sociaux" devaient venir rejoindre les patients au rang des exclus. Il semblerait que notre système social tende à médicaliser des situations qu'il ne peut résoudre. Dans un monde en mouvement et perpétuelle accélération, tendant à réduire les risques (quels qu'ils soient) à zéro, et visant l'efficacité absolue, toute détresse doit pouvoir être évitée. C'est le cas pour la détresse sociale. Si les difficultés sociales ont un retentissement certain sur l'état psychique des sujets, et si certaines masquent d'authentiques pathologies psychiatriques, toute difficulté sociale n'est pas pour autant sous-tendue par une pathologie psychiatrique [71].

La psychiatrisation de telles situations pose un réel problème en termes de Santé Publique puisque le système hospitalier fonctionne de plus en plus selon un mode de rentabilité et d'économie. Il paraît donc de moins en moins à même d'accueillir les personnes en détresse sociale. La présence d'une assistante sociale aux urgences est une nécessité absolue et le sera sans doute de plus en plus. En effet, notre société libérale entraîne une augmentation de l'exclusion sociale, et laisse de nombreuses personnes sur le bord du chemin, puisqu'elles sont inefficaces et non-rentables. Sans doute serons-nous amenés à assumer des soins de soutien psychologique pour ces personnes n'ayant pas pu « *accrocher un des wagons du train du progrès* ». Les troubles de l'adaptation sont un des exemples de ces nouvelles nosologies, nées en faite d'un décalage entre notre société déshumanisante et la psyché individuelle en quête de lien social.

Ainsi, le constat d'un accroissement des demandes dites "sociales" ne doit pas nous faire perdre de vue les conséquences destructrices d'une situation sociale précaire et notamment la perte de repères qu'elle est susceptible d'entraîner.

Toutefois, les structures d'accueil à visée sociale devraient rester les premières sollicitées et pouvoir faire appel à notre spécificité dans un deuxième temps. Le recours à la psychiatrie évolue, mais on ne doit sans doute pas effectuer un retour en arrière, et redevenir l'asile des siècles passés, lieu d'accueil des exclus et des sujets dérangeants.

Un exemple de "sujet dérangeant" et souvent bruyant est bien l'adolescent, d'autant plus l'adolescent en souffrance dépressive. Face à sa souffrance, il va tenter de s'exprimer de multiple manière, mais souvent de manière brutale et dérangeante.

II - CARACTERISTIQUES DE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE A L'ADOLESCENCE : UNE EXPRESSION POLYMORPHE DE LA SOUFFRANCE DEPRESSIVE

Les urgences psychiatriques à l'adolescence posent, outre les problèmes communs aux urgences de l'adulte, un certain nombre de difficultés spécifiques liées aux caractéristiques psychiques de cette période de la vie, mais aussi à l'importance de la dimension interactive familiale.

Cette phase critique du développement est typiquement le théâtre de symptômes bruyants et conduit nombre d'adolescents à se présenter aux urgences hospitalières. On estime ainsi qu'environ 10 % des passages sont constitués par une demande concernant les adolescents, toutes pathologies confondues [4].

Si les symptômes bruyants ne prédisent pas le plus souvent une organisation pathologique ultérieure, ils sont néanmoins vécus par l'adolescent et son entourage, comme appelant une réponse immédiate, en urgence [25].

L'adolescent dépressif, exprime sa souffrance de multiples manières. Rarement le tableau séméiologique s'apparentera à celui de l'adulte, et deux grandes caractéristiques se dégageront : la tendance à agir sa souffrance et la plainte somatisée.

D'autre part, un des rôles du psychiatre aux urgences sera d'accueillir la souffrance dissimulée derrière une "non demande" de soin. Notre travail de gestion de la crise et d'orientation se fera ainsi dans le respect de la temporalité et de l'individualité de chaque adolescent.

II.1 - UNE NON DEMANDE DE SOINS EN PSYCHIATRIE :

II.1.1 - **Faire émerger la demande :**

L'adolescent est très rarement l'auteur de la demande en urgence. La collaboration du jeune n'est pas toujours acquise et le défi sera d'amener l'adolescent vers un mode d'expression de sa souffrance plus symbolisé.

Une des visées ambitieuses du secteur est de "rabattre" vers les structures de soins ceux dont la souffrance psychique reste méconnue par le sujet ou son entourage.

En se préoccupant ainsi de ceux qui ne viennent pas à elle et dont l'état ne justifie pas le soin sous contrainte, la politique de secteur reconnaît la spécificité de ce nouvel objet qu'est la souffrance psychique : dans certaines pathologies, c'est ce qui manifeste le trouble qui sert le plus à en méconnaître la nature ou la dimension psychique [32].

Sous une terminologie à peine différente, ces mêmes questions se trouvent aujourd'hui réactualisées par les défaillances croissantes des processus d'intégration et de contenance sociale qu'emblématisent les figures de l'exclus et celles de «*l'adolescent sans avenir prévisible*» [32] dans un monde qui met l'inclusion au sommet de ses préoccupations du moment. Dans les troubles de ces deux populations cliniques, les déterminants sociaux, économiques et politiques occupent bien une place essentielle, et la psychiatrie peut d'ailleurs s'interroger sur l'expansion de ce qu'on lui demande de prendre en charge.

Pour ce qui est des adolescents, les interrogations sont d'autant plus vives que :

- beaucoup de demandes relèvent de soins ponctuels et se soldent par un simple passage aux urgences où l'intensité du travail, la rotation rapide et la formation même des soignants empêchent souvent toute prise en compte plus globale ;

- certaines demandes apparaissent floues, l'adolescent (et/ou son entourage) ne sachant trop qu'attendre du milieu hospitalier ou pouvant refuser les soins [4].

Cependant s'il est nécessaire de ne pas méconnaître ces déterminants essentiels que sont les données sociales, économiques et politiques, il est au moins aussi important de laisser toute leur place aux processus psychopathologiques qui peuvent être la conséquence de ces éléments ou peuvent les utiliser pour permettre au sujet de traiter sa problématique ou son drame personnel.

En matière d'adolescence, ceci est d'autant plus nécessaire que la réalité clinique nous confirme la pertinence de ce point de vue psychopathologique : faible fréquentation des dispositifs de soins habituels, fréquence du recours à l'urgence, passages à l'acte divers précédés de manifestations symptomatiques restées généralement méconnues, ... [32].

Nous savons par exemple qu'un adolescent sur deux viendra à un rendez-vous de reconvocation après un premier passage. Puis un sur quatre ira à un rendez-vous dans une structure externe [4]. Il s'agit donc ici d'une occasion à saisir pour créer un climat de confiance et permettre à l'adolescent et à sa famille d'accepter ensuite des rendez-vous programmés.

L'accès d'un sujet aux soins suppose :

- une capacité à percevoir sa souffrance ;
- une capacité à exprimer sa demande ;
- qu'il croit à la possible efficacité d'une aide ;
- qu'il supporte l'établissement d'un lien psychique suffisamment investi [25].

En effet, quand bien même le sujet se reconnaît-il souffrant, il n'est pas toujours prêt pour autant à se reconnaître malade, c'est-à-dire à être renvoyé à toute une série de représentations imaginaires importantes de dépendance, de perte de contrôle ou de liberté, de limite de soi, voire à un vécu persécutif où le médecin, les infirmiers, l'hôpital sont assimilés à un monde externe mauvais et destructeur avec lequel le patient ne peut pas établir de relation rassurante [168].

Ainsi, les modalités d'accueil en urgence, le temps accordé à l'écoute de la parole de l'adolescent, le respect de son intimité psychique et souvent une séparation transitoire avec la famille vont permettre l'émergence d'une confiance dans notre propre parole et notre proposition de soins. Le but premier est d'établir un lien transférentiel ; cette question du lien est au centre de la psychopathologie de l'adolescent, mais également un des buts probables de la psychiatrie à l'hôpital général. La rencontre paraît donc, sinon inévitable, du moins logique et compréhensible. Le recours à l'autre soulage probablement l'adolescent d'un poids de souffrance, mais c'est justement ce soulagement qui le blesse et le menace. En effet, un soulagement tensionnel fait partie de la problématique de l'adolescent, en ce sens qu'il constitue une rupture du lien avec sa souffrance. Comme le dit **JEAMMET**, «*l'adolescent ne craint rien tant que les objets dont il ressent le plus grand besoin*» [98].
Nous pouvons penser qu'il a besoin de nous, mais que ce rapprochement psychique a quelque chose d'effrayant et de potentiellement envahissant.

Le passage des adolescents en souffrance psychique et l'expression protéiforme de celle-ci apparaissent singuliers et font partie d'une triple quête [153] :

- se libérer de la souffrance psychique ressentie, en rompant avec une réalité douloureuse (croyant prendre le contrôle par l'Agir par exemple) ;

- éprouver des sensations fortes, "se sentir exister au risque d'en mourir" ;

- se signaler avec insistance auprès des adultes, dans l'attente plus ou moins secrète d'être reconnu et contenu par eux.

Ainsi, il faut apprendre à respecter la singularité de cette "non demande" , et à entendre cet "appel silencieux" afin de pouvoir répondre par une «*écoute à haute voix* » [130] (appel silencieux parfois bruyant !), pour préserver sa singularité et son individualité, et par la même de fournir une protection identitaire. C'est toute la question de la distance à trouver pour établir un lien thérapeutique avec l'adolescent. Le médecin se trouve ainsi dépositaire, voire garant, de la capacité du sujet à se trouver et à se projeter dans un avenir proche où il sera possible de lui restituer son altérité. Là peut naître la capacité du soignant à créer les conditions transitoires de sortie de la crise d'où pourront émerger les termes d'un consentement [168].

Une des difficultés de ce travail de crise avec l'adolescent en souffrance sera de prendre garde à ce que le lien psychique ainsi établit ne soit pas trop fort. On sait la promptitude des adolescents à investir passionnément ce qu'ils refusaient radicalement juste avant. Si les urgences peuvent représenter un "espace transitionnel", si nous rentrons dans cet "espace psychique élargi" proposé par **JEAMMET** [171], nous jouons alors temporairement le rôle d'une "circulation psychique extra corporelle".
En cas de rupture (et c'est le propre de notre présence aux urgences) du lien, un nouvel abandon peut être vécu par l'adolescent. Nous verrons l'intérêt de pouvoir assurer la gestion du temps de crise et celui de la post-crise.

II.1.2 - <u>Qui est en crise ?</u>

L'urgence est un état subjectif, soumis à l'appréciation du sujet ou de l'entourage dans un premier temps.

Si l'adolescent est rarement à l'origine de la demande, nous avons à identifier l'auteur de cette demande et à confronter les troubles allégués avec ce que l'on peut constater lors de l'examen. On peut se trouver face à une situation de crise évoluant depuis des mois, et être sommé de trouver une solution immédiatement. Les urgences psychiatriques pures iront finalement plus vite car la décision s'impose en général rapidement (état mélancoliforme, véritable accès mélancolique, éclosion délirante, état dissociatif, ...), mais, nous l'avons vu, ne représentent qu'une faible proportion des consultations en urgence. La plupart du temps, nous allons avoir à affronter non pas une structure psychopathologique, mais un contexte et un ensemble de protagonistes. «*Le bébé seul, ça n'existe pas*» disait **WINNICOTT**. On peut reprendre cette citation au profit de l'adolescent. En effet, il est dans la majorité des cas accompagné par sa famille ou par un travailleur social (éducateur de foyer, assistante sociale, ...). Ce tiers extérieur va initier la demande et va participer par là même à «*l'espace psychique élargi*», étant concrètement engagé dans la contenance quotidienne du patient [32].

Un des premiers temps de l'urgence est de comprendre qui fait la demande. Nous avons vu que c'est rarement l'adolescent, ou alors pour mettre en avant une plainte somatique (malaise, "spasmophilie", douleur aiguë, ...).
Les jeunes placés en foyer sont très méfiants à l'égard de la demande émanant de leur éducateur référent ou du directeur du foyer. L'expérience montre qu'ils ont raison, la demande a souvent comme but le soulagement du désarroi de l'équipe éducative face à un adolescent qui l'inquiète ou la dérange.
Souvent notre rôle est ainsi vu par les foyers comme une fonction de trieur pour protéger l'équipe sociale de la charge du fou [32]. Nous nous rendons compte que la plupart des situations relèvent du ponctuel et/ou du contextuel et ne sont pas sous-tendues par une pathologie psychiatrique. Un de nos rôles sera justement un travail d'articulation des soins avec les structures sociales et les professionnels de la Santé Mentale y travaillant (psychologue, psychiatre vacataire, ...). Ces structures contiennent effectivement des jeunes en grande difficulté, chez qui le travail de restauration du lien est primordial, mais chez qui malheureusement le vécu de rupture et d'abandon apparaît au premier plan, y compris à l'intérieur du foyer d'accueil.

Le travail avec les familles apparaît légèrement différent, même si de temps à autre nous ressentons une volonté d'exclusion similaire.

C'est le domaine là aussi des urgences "ressenties", situation de crise familiale où l'adolescent souffrant est désigné comme le "malade" à exclure et à isoler du groupe. Ainsi, les membres de la famille ou de l'entourage du patient ne peuvent en aucun cas être considérés comme victimes de la pathologie, mais bien comme protagonistes à part entière de la crise qu'ils rencontrent [60]. Leur demande a souvent une importance énorme : elle est moins de soigner la souffrance du patient que d'éteindre leur propre angoisse et leurs propres peurs, en les délivrant de celui qui, devenant seul objet de soins, les laisserait indemnes de toute remise en question de leurs attitudes. Les plaintes de l'entourage insistent sur les aspects dérangeants, "anormaux" et bruyants de la conduite du patient. La famille met en évidence l'agitation, l'agressivité, les troubles du comportement là où notre jeune patient va privilégier l'angoisse ou une plainte somatique [60]. On assiste ainsi à un décalage entre les différentes paroles.

Ces groupes familiaux arrivent aux urgences parce qu'ils n'arrivent plus à trouver en eux les ressources nécessaires pour résoudre la crise. Ce qui les amène sur la "scène" de l'urgence, c'est un dépassement du seuil de tolérance par rapport à une situation ou des troubles évoluant pourtant depuis de longs mois parfois. C'est quand il y a sentiment de rupture du soutien ou de la communication que le sujet répond par une transgression : plainte, malaise, crise d'angoisse, violence, acting. L'entourage dépassé va faire appel à une instance tierce (SAMU, pompiers, urgences, psychiatre, ...) devant venir colmater la brèche faite dans l'espace psychique de l'adolescent. On voit typiquement ici l'importance de l'évaluation du contexte et des interactions familiales ayant amené tous ces protagonistes à notre rencontre.

Nous avons vu la difficulté pour l'adolescent d'exprimer une demande de soin psychologique. Il n'est pas rare, par contre, que l'adolescent "accompagne" sa famille vers des soins, ou du moins vers un début de remise en question. En effet, en parallèle, la famille aussi est en souffrance. Les parents de leur côté peuvent être confrontés à une crise du milieu de vie, au décès éventuel de leurs propres parents, au déclin de leur sexualité, mais aussi au questionnement relatif à leur vie, leurs valeurs, leurs rôles, la mort, ...

La négociation d'une alliance de travail, tant avec le patient qu'avec la famille, est indispensable dans de nombreux cas. Ménager aux uns et aux autres un temps de parole, apprécier le poids de cette parole dans leur contexte de vie apparaît comme essentiel.

Mais tout ceci demande du temps, et c'est là l'un de paradoxes de l'urgence et de la crise : parfois il faut temporiser !

II.1.3 - **L'accueil de l'adolescent en urgence :**

Les premières rencontres s'avèrent capitales. Il existe une véritable difficulté à verbaliser à l'adolescence. Nombre d'entre eux sont silencieux, voire opposants à celui qui prétend les faire parler de leur souffrance. Souvent ils affirment n'avoir rien à dire, que cela ne servira à rien, et qu'aucune aide n'est possible. Le premier mouvement est souvent celui du retrait. Ce repli participe à la fois en tant que cause et conséquence à certaines souffrances psychiques de l'adolescent. Semblant nous repousser en silence, il nous confronte à notre idéal de thérapeute. Il nous amène, tantôt à essayer un "devinement" de sa pensée et alors à devenir intrusifs, tantôt à faire aveux de notre impuissance en nous désintéressant de lui [130]. C'est là aussi une occasion à saisir en situation de crise, car ce silence ne donne que rarement matière à un bilan clinique. Or si le silence permet à la souffrance de passer inaperçue, il risque de recouvrir des organisations pathologiques pouvant déboucher chez l'adulte sur des restrictions et organisations de caractère pouvant à nouveau être source de souffrance [43].

A l'opposé de ce silence et de ce calme apparent, nous pouvons être confrontés à une agitation (sous-tendue ou non par une prise de toxique), avec menaces auto et hétéro-agressives. Dans tous les cas, il nous faut, comme **WINNICOTT** le conseille aux parents «*rester vivants dans cette tempête, toujours là, stables, inentamés, insubmersibles*» [64].

Pour tous ces adolescents, au moment où ils arrivent, la solution institutionnelle est la seule possible. On est face à une urgence, de séparation, de mise à l'abri. Mise à l'abri d'eux-mêmes, mais aussi d'interactions familiales perturbées. Il nous faut d'abord contenir la crise, et ensuite pouvoir lui donner un sens.
L'important va être que l'adolescent se sente entendu, écouté et qu'il comprenne l'importance de sa parole. Ainsi, la première rencontre est un temps préalable à la prise en charge, puisqu'il offre au thérapeute une représentation du lien transférentiel. Par ailleurs la dimension contre-transferentielle, en jeu dès les premiers entretiens, constituera le fil rouge de l'intervention de crise. C'est notre conviction et notre détermination qui serviront de boussole à l'adolescent.

BRACONNIER nous dit, cité par **PESTRE**, que «*nous naviguons à vue dans nos associations, nos constructions et la façon dont on se laisse affecter*» [146]. "L'écoute flottante" n'est jamais plus importante qu'en situation de crise face à un adolescent. Nous devons maintenir une distance respectable («*ni trop près, ni trop loin* »), tout en proposant aux patients une temporisation et un temps pour réfléchir. Notre proposition peut paraître paradoxale : en urgence, on peut prendre son temps !

Si le monde psychiatrique ne peut imposer son fonctionnement et son cadre conceptuel, mais au contraire se mettre au niveau de la plainte du patient et de son entourage, il semble indispensable par ailleurs de réintroduire la notion de durée et de redonner sa place à l'attente. L'urgence n'est ainsi pas d'agir, d'évaluer, puis de répondre par l'Agir, mais de répondre dans l'urgence. Il est alors essentiel de réfléchir, d'aménager un temps d'écoute et de parole. Celle-ci sera privilégiée, associée au temps, puis par des entretiens avec le patient, la famille, les somaticiens, ce qui jouera d'emblée un rôle possible de médiateur de la situation. Cette temporisation va peut-être ouvrir la voie à la mentalisation et d'autre part permettre de resituer le patient dans son histoire, avec un avant et un après. La crise étant par définition un forçage des limites, une tentative de les faire exploser, tant sur le plan temporel que spatial et interne. Notre rôle est de faire "tenir" ces limites et de trouver un sens thérapeutique à notre action.

Ainsi apparaît très important le premier entretien aux urgences. Certains moments d'une vie demande autre chose qu'un rendez-vous différé, nécessitant de donner du poids et un sens à un acte de mort par exemple. L'orientation sera également très importante (lit de crise, hospitalisation en psychiatrie, rendez-vous à distance, ...), mais dans tous les cas où nous faisons face à un adolescent en détresse (qu'il exprimera de diverses manières) sachons «*montrer notre conviction dans l'utilité de l'aide que l'on propose*» nous dit **JEAMMET** [102].

Un bref cas clinique va nous permettre d'illustrer les difficultés rencontrées à obtenir l'adhésion du patient, mais aussi et surtout celui de l'entourage qui peut constituer, malgré notre conviction et notre bonne foi, une grave entrave au processus de réparation et de prise en charge psychiatrique.

CAS CLINIQUE N°1 : **Marina S., ou l'impossible individuation.**

Arrivée en urgence la veille au soir suite à une IMV, c'est le matin que nous sommes appelés à évaluer Marina, adolescente âgée de 16 ans $^1/_2$. L'intoxication médicamenteuse était importante, faite de 14 comprimés de Paroxétine ®, 10 comprimés de Zopiclone ® et 15 comprimés de Bromazépan ®. Au moment de l'entretien Marina est encore un peu somnolente, mais capable de dialoguer.

La présentation est adaptée. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans $^1/_2$, grande, très longiligne, cheveux noirs, un "piercing" au niveau du nez. Son visage est fatigué, les yeux cernés, le teint très pâle. La mimique est réduite à une expression de tristesse et d'anxiété sous-jacente.

Sur le plan clinique, on note un ralentissement psychomoteur et une lenteur de l'idéation. Le discours spontané est pauvre, les réponses courtes, stéréotypées et méfiantes. Le contenu idéique apparaît triste, avec une douleur morale importante et une impression subjective d'impasse psychique.

Elle décrit une anhédonie, des difficultés de concentration scolaire (avec résultats en baisse) et un repli progressif sur elle-même et sa relation *«de couple»*. Elle vit en effet une relation passionnée depuis deux mois, ce qui semble être à l'origine d'un conflit avec son père.

La famille, à l'arrivée aux urgences, apparaît inquiète, exaltée et prête à tout pour *«sauver»* Marina. L'entretien initial va nous éclairer sur la problématique parentale. Leur demande première est que l'on *«traite»* leur fille pour sa *«toxicomanie»*. Marina a pris l'habitude, depuis qu'elle habite à Metz chez son père, de consommer du canabis régulièrement et à essayer la cocaïne en inhalation deux fois.

Le père et la mère, enfin réunis autour d'une cause commune, nous demandent de forcer leur fille à effectuer une analyse d'urine et, si elle refuse, exigent qu'on la *«pique en sus-pubien»* ! Rapidement le sujet dévie sur leur propre séparation, l'éducation laxiste de la mère (propos du père), l'absence du père (propos de la mère), ...

L'alliance thérapeutique fut difficile à établir, les parents voulant eux-mêmes interner Marina dans un centre de désintoxication pour toxicomanes, voire de l'exiler !

Devant ce contexte conflictuel, une adolescente en crise de repères et l'absence de critique de son geste, un séjour de rupture est décidé après avoir gagné un début de confiance des parents et obtenu leur accord.

Par manque de place dans les structures spécifiques pour adolescents, et en l'absence de lits de crise en hôpital général, Marina est hospitalisée en secteur adulte pour une évaluation psychiatrique (unité spécifique de prise en charge de patients dépressifs ou nous intervenons depuis peu, parallèlement à notre travail aux urgences).

Rapidement, dans un milieu sécurisant et étayant, la symptomatologie dépressive fait place à une morosité associée à une incapacité de projection dans l'avenir. Le geste suicidaire prend une valeur d'appel pour Marina qui aspire à plus de dialogue familial. Vivant chez son père depuis six mois environ, elle décrit celui-ci comme intrusif, excessif et le définit comme un surveillant. Vivant auparavant chez sa mère, l'éducation de son père, quasi-militaire, semble être en train de l'étouffer.

Si l'on note une amélioration thymique rapide, l'anxiété reste présente, et Marina semble vivre dans la peur de son père.

Les entretiens familiaux sont organisés en présence d'un médecin du Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents (C.A.S.A.), avec qui nous espérons faire un relais par la suite. Les entretiens vont s'avérer difficiles devant la rigidité psychique et le narcissisme omniprésent du père de Marina. Ce que nous remarquons chez elle c'est la recherche d'un appui auprès de nous. En effet, elle n'a pas eu la parole depuis longtemps, et au travers du thérapeute, elle tente de s'exprimer, de donner un sens à ses comportements et à son mal-être. Adolescente à l'identité mal établie, aux assises narcissiques fragiles, elle recherche un allié neutre et bienveillant.

L'hospitalisation durera quinze jours, permettant une amélioration de l'humeur. Cela aura permis de prêter attention à la parole de Marina, de lui accorder une écoute et de conférer un sens à son geste.

Si nous notons une amélioration thymique, une baisse relative de l'anxiété de Marina, un long travail sur le plan familial reste à faire au moment de sa sortie.

A noter que nous n'avons pas eu à prescrire d'antidépresseur ni d'anxiolytique alors que la symptomatologie initiale aux urgences, au décours du geste aurait pu faire pencher le diagnostic vers un "syndrome dépressif sévère".

L'histoire personnelle de Marina est parsemée de ruptures et d'abandon. Fille unique, son père abandonne sa mère quand elle a six mois. Pendant seize ans, elle va vivre chez sa mère, cette dernière se remariant et ayant deux enfants. Son père, lui, va vivre d'aventures en aventures, avant de se stabiliser il y a deux ans. Sa compagne actuelle vient d'accoucher un mois plus tôt d'un petit garçon.

Il y a six mois, le beau-père de Marina décide de l'exclure du foyer familial, décision avalisée par la mère, expliquée comme étant la conséquence du comportement de sa fille décrite comme «*insolente et impossible*».

Depuis l'arrivée chez son père, Marina est morose, sans entrain, et ses résultats scolaires chutent. Son entourage affectif se limite à son petit ami, âgé de 23 ans. C'est à partir de cette relation que le père de Marina, dans un espoir probable de colmater seize ans d'absence, entreprend une éducation rigoureuse et intrusive. Il ne supporte pas que sa fille fréquente un garçon, à fortiori plus âgé qu'elle.

Marina décrit son père comme jaloux, explique qu'il entre dans sa chambre sans prévenir, qu'il réclame une chaleur affective physique («*des câlins*», nous dira-t-il !) et l'empêche de sortir. Marina vit la situation comme un «*danger psychique*» (selon ses propres termes) et trouve l'attitude affective de son père déplacée.

L'impression de relations incestueuses sur un plan symbolique sera confirmée par les différents entretiens, la personnalité du père semblant se situer dans un registre de perversion narcissique.

Nous nous posons la question d'un signalement, mais devant le peu de matérialité des arguments et sur les conseils d'un médecin de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), nous nous abstenons.

La difficulté pour Marina réside dans le droit à s'individualiser d'un père vécu comme persécuteur et à qui elle reconnaît peu de droits de "papa". Ce dernier, dans une pseudo culpabilité par rapport à son absence d'une durée de seize ans, vit inconsciemment une relation de couple avec sa fille.

Il n'a pas appris à être père, enchaîne des relations amoureuses sans véritable lien objectal. Marina, au moment de la recherche d'une Identité et de l'apprentissage de la relation génitale, vit son père comme une menace. Devant cet "objet comblant" que voudrait être le père, la symptomatologie de Marina apparaît clairement morose, voire dépressive par moment.

Ce cas clinique illustre bien, à notre sens, la difficulté rencontrée parfois d'établir une alliance thérapeutique avec l'entourage. Nous rencontrons une triple problématique : une dépression de l'adolescent, la personnalité pathologique d'un parent et la séparation parentale réactualisée.

Le travail initial aux urgences a nécessité une temporisation, afin de donner la parole à Marina, et d'insister sur l'importance de sa souffrance subjective, afin de mettre à distance, au moins temporairement la notion "d'évolution toxicomane", seule réelle crainte des parents. Ces derniers, remis en cause dans leurs rôles et missions parentaux, apparaissent comme aveuglés et sourds à la détresse psychique de leur fille.

Un long travail sur le lien familial est à envisager, à moins que la majorité civile ne vienne sonner le glas de cette relation symboliquement incestueuse et rendant le travail de séparation très douloureux.

A notre sens, Marina est venue à notre rencontre par le biais d'un passage à l'acte, ce qui témoigne de sa souffrance psychique, mais elle a également accompagné ses parents, et tout du moins son père, à la rencontre d'un thérapeute. La modalité qu'elle utilise pour entrer en communication avec l'instance médicale, à savoir le passage à l'acte suicidaire, illustre également bien la difficulté pour un adolescent d'aller demander de l'aide à un psychiatre. Peut-être notre présence aux urgences aura-t-elle contribué à l'ébauche d'un travail psychothérapique personnel pour Marina et familial pourquoi pas.

II.2 - UN AGIR PATHOLOGIQUE PLUS QUE LA PAROLE :

Habitué à négocier les demandes de thérapie, le praticien peut être désorienté face à des patients qui passent à l'acte, qui "agissent" leurs émotions, leur angoisse, leur souffrance dépressive. Souvent chez ces patients, la parole est vécue comme dangereuse, plus difficile à manier que l'Agir.

Ils multiplient les tentatives de suicide, s'alcoolisent, se droguent et par là même sont incapables dans un premier temps de véhiculer par la parole la souffrance d'un deuil, d'une blessure narcissique, ou d'une séparation. Ne pas y voir une demande de soins serait une erreur. La demande de changement par rapport à un état de souffrance est là, contenue dans cette conduite agie.

Cette demande doit être traitée sur le lieu où elle s'exprime, «*utilisant l'intensité de son expression comme levier pour mettre en évidence son interprétation intra-psychique ou son aspect métaphorique par rapport à l'histoire du sujet et de sa famille*» [60].

L'opposition entre conduite agie et mentalisation prend toute son importance à l'adolescence. L'Agir est ainsi considéré à cet âge comme l'un des modes d'expression privilégié de la souffrance et des conflits pulsionnels bouleversant le sujet en évolution [133]. Cette tendance à l'Agir va se traduire dans la vie quotidienne de l'adolescent, expliquée par la "tempête pulsionnelle" l'animant et de façon concomitante par la "tempête corporelle" et les possibilités que lui offre ce corps pubère en développement. Elle va aussi se retrouver dans les troubles du comportements et constituer ce que l'on nomme "l'Agir pathologique". Pathologique parce que bruyant sans doute, mais surtout parce que dangereux. On retrouve ainsi le passage à l'acte comme cause d'accueil dans huit cas sur dix de l'urgence à l'adolescence, intriqué dans 50 % des cas avec une symptomatologie délirante, mais surtout dépressive [88].

La gravité de certaines conduites ou de certains passages à l'acte, l'attaque des liens ou du corps de l'adolescent, peuvent nécessiter un soin institutionnel. Bien souvent, nous l'avons vu, le jeune ne peut formuler une demande verbale et le refus de soins est fréquemment la première réponse possible. Le passage à l'acte sera l'expression de la difficulté de faire correspondre des mots avec le "cataclysme" interne venant buter souvent sur une réalité externe vide de sens. «*Les mots n'ont plus d'efficace*» nous dit **MELMAN** [138] et la pensée même paraît dénuée d'efficacité. La conduite agie signe une carence de mentalisation, une impossible représentation face à une difficulté.

Au travers des tentatives de suicide et des troubles du comportement de l'adolescent, nous voyons chaque jour aux urgences la souffrance dépressive s'installer chez des jeunes en recherche de sens et de symbolisation.

II.2.1 - **Le problème du suicide :**

II.2.1.1 - Considérations générales :

Le suicide, meurtre de soi, désigne l'issue fatale d'un acte délibéré pour provoquer sa propre mort [113]. On parle parfois de suicide accompli (le terme de suicide "réussi" pouvant être évité !) pour l'opposer à la tentative de suicide, qui elle est une conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.

Le suicide est loin d'avoir la même signification selon les tranches d'âge. Ainsi, il représente l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes entre 15 et 29 ans.

Il n'est certes pas le privilège de l'adolescence, mais lorsque les jeunes meurent, c'est avant tout par suicide. Si la mortalité globale des adolescents et jeunes adultes a nettement diminuée entre le début des années 80 et celui des années 90, cela s'explique avant tout par la baisse de la mortalité par accidents (surtout dans le sexe masculin). Parallèlement, on remarque une augmentation des décès par suicide, durant la même période, en continuité avec un phénomène noté depuis les années 60 [5].

La France est un pays à fort taux de suicide, estimé à onze milles décès par an, aux alentours de vingt pour cent mille habitants.

L'incidence, après une baisse de 1986 à 1990, et une augmentation importante entre 1975 et 1985, est à nouveau en hausse sensible surtout chez les hommes jeunes de 20 à 40 ans (cf. tableau n°7 - Annexes 3). Elle atteint + 27,2 ‰ dans la tranche des hommes de 30 à 49 ans. A titre de comparaison, il existe des écarts importants entre les pays comme le montre le tableau n°8 - Annexes 2

On voit clairement que le taux de suicide accompli augmente avec l'âge ainsi que le sex-ratio. D'un écart de 4 garçons pour 1 fille entre 15 et 24 ans, il passe à 6 garçons pour 1 fille chez les plus âgés. Le ratio en faveur de l'homme persiste tout au long de la vie.

On peut ainsi "définir" des groupes à risques et des facteurs de risques de suicides [85].

GROUPES A RISQUES	FACTEURS DE RISQUES
- les jeunes - les personnes âgées - les alcooliques - les toxicomanes - la maladie mentale - les sujets isolés - certaines catégories socio-professionnelles - le sexe masculin	- l'alcoolisme - antécédents suicidaires - maladies mentales (+++ la dépression et les psychoses) - dissociation du couple parental - difficultés d'insertion sociale

On peut voir que les adolescents présentent des facteurs de risques importants à partir de ce tableau simple et succinct.

Nous accueillons de plus en plus d'adolescents toxicomanes (voire polytoxicomanes), dépressifs (ou en tout cas en souffrance dépressive), à l'avenir socio-professionnel incertain, et vivant des situations familiales difficiles, disloquées et peu soutenantes et constructives en termes identificatoires. Ainsi, les adolescents sont des candidats au suicide, mais également à toute forme de mort violente dites "accidentelles". Ces morts accidentelles ne sont pas classées dans les tentatives de suicide mais sont inquiétantes en terme de "conduites à risque".

Les tableaux suivants montrent comment est répartie la mortalité des adolescents.

	TOTAL	GARCONS	FILLES
POPULATION	8182.10^3	4162.10^3	4020.10^3
DECES, TOUTES CAUSES	6027	4465	1562
(taux pour 100.000)	(73,6)	(107,3)	(38,9)
MORTS VIOLENTES	4252	3328	924
(% TOTAL DECES)	(70,5 %)	(74,5 %)	(59,1 %)
MALADIE	1527	993	534
(% TOTAL DECES)	(25,3 %)	(22,2 %)	(34,2 %)
AUTRES	238	140	98
(% TOTAL DECES)	(3,9 %)	(3,1 %)	(6,3 %)

Mortalité des 15-24 ans en France en 1993
(d'après l'annuaire des statistiques sanitaires mondiales, Genève, 1995) [5]

	TOTAL	GARCONS	FILLES
DECES, TOUTES CAUSES	6027	4465	1562
MORTS VIOLENTES			
(% TOTAL DECES) :			
ACCIDENTS	2933	2292	641
	(48,6 %)	(51,3 %)	(41 %)
SUICIDES	966	756	210
	(16 %)	(16,8 %)	(13,4 %)
HOMICIDES	79	58	21
	(1,3 %)	(1,3 %)	(1,3 %)
AUTRES	274	222	52
	(4,5 %)	(5 %)	(3,3 %)

Mortalité des 15-24 ans en France en 1993
Morts violentes (détail) [5]

L'augmentation du nombre de tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse, leur quasi banalisation et l'amélioration globale de leur pronostic sont des données nouvelles en matière de suicide. Ces tentatives, en augmentation chez l'adolescent sont considérées comme un facteur de mauvais pronostic pour l'évolution, en termes de mortalité, morbidité somatique et psychiatrique, mais aussi en termes de handicaps psycho-sociaux. Malgré tout, elles sont encore souvent banalisées, à commencer par les adolescents eux-mêmes.

Une partie de la définition proposée par l'**OMS** est intéressante. La tentative de suicide pourrait être «*un acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel, qui, sans l'intervention d'autrui causera des dommages auto infligés ; ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire*» [113].
C'est ce dernier point qui nous semble crucial en matière de suicide des adolescents : une volonté de changement par rapport à un état antérieur. Les adolescents que nous rencontrons sont souvent dans une situation d'impasse psychique, avec un sentiment d'avenir "bouché". L'intentionnalité est difficile à définir, même si certains abordent le sujet suicidant armés de leur échelle de BECK (cf Tableau n° 9 - Annexes 4)! Souvent effectuée dans un contexte d'impulsivité, témoignant d'une agressivité retournée sur soi, la tentative de suicide d'un adolescent est un acte à la fois individuel, mais aussi un geste social qui interroge l'environnement du sujet. Elle suscite des explications en termes de causalité linéaire, alors même que ses déterminants sont multiples. Suscitant chez l'adulte des contre-attitudes négatives, la tentative de suicide met en cause le sens même de la fonction médicale. C'est pourquoi elle reste difficile à comprendre et à reconnaître [5]. Elle est devenue un enjeu en termes de Santé Publique, mais interroge surtout la réflexion en terme de Santé Mentale.

Au début du siècle, la majorité des psychiatres considéraient le suicide comme le symptôme d'une maladie mentale, ou à défaut d'une «*maladie-suicide*» [5]. Ce point de vue fut radicalement contesté par les études épidémiologiques des années 60 - 70 portant sur les adolescents suicidants, qui ne retrouvaient qu'un nombre réduit de pathologies psychiatriques identifiées dans cette population.

On en vint alors à une sorte de "banalisation" de la tentative de suicide à l'adolescence, considérant que ce geste pouvait s'intégrer à la fameuse crise de l'adolescence. Il a été classique de dire que la dépression ne concernait qu'une minorité des adolescents suicidants. Cependant, si le diagnostic de "dépression" était rarement posé, comme nous l'avons vu plus haut, de nombreux troubles associés étaient retrouvés : abus d'alcool, de drogues, troubles de la personnalité, retard scolaire...

En fait, s'il existe à l'adolescence des conduites suicidaires où la problématique dépressive semble inexistante, il apparaît cependant de plus en plus que les interactions entre dépression et suicide sont nombreuses (c'est notamment l'étude du vaste champ des équivalents dépressifs et des équivalents suicidaires). Chez l'adulte, la corrélation entre séméiologie dépressive, tentative de suicide et suicide réussi est forte.

Peut-être est-ce la même force de corrélation chez l'adulte qui a fait douter de son existence chez l'adolescent suicidaire, lequel ne semble pas présenter une symptomatologie dépressive aussi patente et constante que l'adulte. C'était néanmoins méconnaître les particularités de l'expression séméiologique dépressive à l'adolescence et la fréquence des manifestations comorbides (ou faisant partie intégrante de l'expression de la dépression à cet âge) susceptibles d'avoir un «*effet de masque*» [133], comme nous l'avons vu en première partie.

Nous allons étudier maintenant l'épidémiologie de ce phénomène qu'est le suicide des adolescents.

Il existe de grandes difficultés dans le recueil des données, expliquant probablement le décalage entre la pratique quotidienne de la psychiatrie aux urgences et les chiffres rendant compte du nombre de tentative de suicide. En effet, de nombreuses tentatives de suicide restent ignorées. Selon l'enquête de **CHOQUET** et **LEDOUX** (1994) [50], une tentative de suicide sur cinq seulement ferait l'objet d'une hospitalisation. D'autre part, en dehors des tentatives de suicide dites "visibles" (pendaison, ingestion médicamenteuse, ...) des conduites d'auto-agression (l'auto-mutilation en est l'exemple type) ou des prises de risque irraisonnées peuvent (doivent ?) être interprétées comme de véritables tentatives de suicide. Ainsi, il semblerait que l'on assiste à une augmentation des tentatives de suicide parmi les adolescents, surtout chez les garçons dans les pays d'Europe occidentale [5].

II.2.1.2 - Données épidémiologiques :

* Le suicide des adolescents :

Les conduites suicidaires sont donc un grave problème de Santé Publique. La France fait partie des pays occidentaux à forte mortalité par suicide, avec 11.300 décès en 1996 (soit 19 ‰ habitants) toute tranche d'âge confondue. Il devance ainsi les accidents de la circulation par le nombre de décès annuels.

Même si le nombre de suicide chez les 15-24 ans est inférieur à celui des suicides dans les classes d'âge plus élevés, cette catégorie (les adolescents et adultes jeunes) est particulièrement touchée ; le suicide représente ainsi la deuxième cause de mortalité après les accidents (respectivement 16 % et 48,3 % en 1993, alors que le suicide n'était responsable que de 2 % des décès de l'ensemble de la population) [6].

Si depuis le début des années 80 on note une baisse de la mortalité des 15-24 ans, c'est essentiellement dû à la baisse de la mortalité par accidents, comme nous l'avons déjà dit.
Sur la période 1991-1993, on observe une hausse du nombre de suicides dans cette tranche d'âge, exclusivement parmi les garçons (15,4 ‰ contre 4,4 ‰ chez les filles).
Sur la période 1994-1996, le suicide apparaît en diminution et le nombre de suicides est plus faible chez les adolescents de 15 à 19 ans que chez les adultes jeunes de 20 à 24 ans [113] [6].
Ces données sont établies à partir des certificats de décès déclarant le suicide comme cause principale de décès. On estime qu'il existe une sous-estimation du suicide chez les jeunes d'environ 20 % [154]. Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- Certains certificats retiennent comme cause de décès "traumatisme et empoisonnement causés de manière indéterminée quant à l'intention", "accidents non précisés", ou encore "cause inconnue" [121].

- D'autre part, qu'en est-il de certains accidents de la circulation, où le jeu avec la vie et la mort peut s'apparenter à une conduite suicidaire ?

- Un autre phénomène en augmentation est la consommation de toxiques. Combien d'overdoses ne sont-elles en fait qu'une conduite évidemment suicidaire dans le jeu qu'entretient le consommateur avec la mort ?

- Enfin, la violence nouvelle chez les jeunes, au-delà de son aspect médiatique, n'est-elle pas le signe de l'emprise de Thanatos ?

Terminons en soulignant l'importance du moyen utilisé par les jeunes afin de mettre fin à leurs jours. Les suicides accomplis le sont généralement par des moyens violents. Chez les garçons, la pendaison occupe la première place, suivie par les armes à feu ; les intoxications et la défenestration sont utilisées dans 7 % des cas. Chez les filles, la pendaison arrive en tête, suivie par les intoxications puis la défenestration (18,8 % des cas) et les armes à feu. Le tableau suivant résume les moyens utilisés.

	TOTAL (803 suicides)	GARCONS (622)	FILLES (181)
Pendaison	36,1 %	38,7 %	27,2 %
Armes à feu	30,5 %	35 %	14,9 %
Intoxication	11,5 %	7,2 %	26 %
Défenestration	10,1 %	7,6 %	18,8 %
Noyade	2,2 %	2,3 %	2,2 %
Armes tranchantes	0,7 %	0,8 %	0,6 %
Autres modes	8,8 %	8,4 %	10 %

Mode de suicide chez les 15-24 ans en France en 1995 [6]

Une comorbidité psychiatrique est retrouvée dans 60 à 90 % des cas de suicidés, alors que la prévalence n'est estimée qu'entre 10 et 30 % chez les suicidants. Il s'agit essentiellement de dépression majeure, psychose et trouble de la personnalité (type limite ou psychopathique). Les deux tiers des suicidés n'ont bénéficié d'aucune prise en charge avant leur suicide [6].

* Les tentatives de suicide (TS) :

A l'opposé des chiffres retrouvés en ce qui concerne les suicides accomplis, les tentatives de suicide chez les 15-24 ans seraient trente à soixante fois plus fréquentes. Des chiffres importants, 120 à 140.000 tentatives de suicide par an, toute tranche d'âge confondue, sont avancés, dont 40.000 chez les moins de 25 ans. On estime qu'il y a 22 tentatives de suicides chez les garçons pour 160 chez les filles. Le sex-ratio est donc complètement inversé par rapport au suicide accompli [6].

La méthode la plus fréquente est l'absorption orale de médicament ou ingestion médicamenteuse volontaire (IMV), qui constitue 80 à 85 % des TS à l'adolescence, avec un sex-ratio étonnant comme on vient de le voir [5]. Les produits les plus fréquemment retrouvés sont le paracétamol et les psychotropes.
L'absorption de produits toxiques (ménager, insecticides, ...) est plus rarement utilisées. L'overdose, simple "accident" de l'ingestion intraveineuse, d'héroïne le plus souvent, est difficile à distinguer d'une TS et prend, comme nous l'avons vu, l'aspect d'un équivalent suicidaire au moins.

La phlébotomie se situe à la limite entre le geste automutilateur et l'intention suicidaire. On retrouve fréquemment associé à ce geste un trouble de la personnalité (limite, psychopathie, névrose de caractère).
Les moyens tels que pendaison, défenestration, armes à feu sont le plus souvent le fait de suicide accompli.

Il est classique de dire qu'il n'y a pas de parallélisme entre la gravité de l'acte en termes de vie ou de mort, l'intensité du désir de mort et la profondeur des perturbations psychopathologiques. Il conviendrait de ne pas s'attacher uniquement à la nature de la méthode employée et plutôt d'évaluer dans quelle mesure elle porte atteinte à l'intégrité corporelle. Les méthodes à visée désorganisante ou mutilante du corps (défenestration, AVP, ...) «*s'intégrant le plus souvent dans une organisation psychopathologique dans laquelle le*

schéma corporel et la constitution même de l'individualité sont en cause» nous dit **LEFEVRE** en 1994, cité par **MARCELLI** [5].
Les méthodes traumatiques (et souvent létales) seraient le fait d'adolescents profondément perturbés (psychose).
Enfin, les adolescents suicidants "non impulsifs" auraient plus de traits "dépressifs", de désespoir existentiel que les adolescents commettant un acte impulsif et irraisonné.

C'est tout cet ensemble de données qu'il va falloir prendre en compte dans la prise en charge de l'adolescent suicidant et de sa famille lors de l'accueil aux urgences hospitalières.

II.2.1.3 - L'accueil en urgence de l'adolescent suicidant :

* Une expérience quotidienne :

Notre travail aux urgences d'un hôpital général nous amène à côtoyer de nombreux adolescents en souffrance psychique et exprimant fréquemment ce mal être par un passage à l'acte suicidaire. A cette période de la vie, période de travail de «*déliaisons dangereuses*» pour **CAHN** [44], la volonté de rupture par rapport à un état antérieur est fréquente.
Rupture qui va s'exprimer sous le mode de l'Agir et de plus en plus souvent dans le cadre d'une crise suicidaire.

Les objectifs de la prise en charge d'une crise suicidaire doivent être d'éviter le passage à l'acte ou sa répétition (le taux de récidive après une première TS est estimé entre 30 et 40 %, avec un risque maximal durant les six premiers mois), mais aussi et surtout de tenter de comprendre le mal être poussant à cette "solution" extrême. On doit résoudre le paradoxe du passage à l'acte suicidaire dans la singularité d'une situation : la "romanticisation" conduirait à une banalisation et une vision potentiellement positive du suicide ; la dramatisation et la "psychiatrisation" risque d'entraîner une stigmatisation, facteur de déstabilisation pouvant précipiter une récidive [150].

«*Entre acte et rêverie*», pour reprendre l'expression de **LADAME**, la TS de l'adolescent peut subir diverses interprétations. Elle peut être vue comme une forme de communication.

Paradigme de la crise au sens large, la TS chez le jeune a souvent comme caractéristiques d'avoir une toile de fond (la souffrance) et un ou plusieurs facteurs déclenchants (contextuels).

Dans un contexte de conflits relationnels aigus, menant à des sentiments de frustration affective, de trahison, se développe une situation de crise, avec pour conséquence possible un passage à l'acte vécu comme modalité de canalisation d'émotion et de colère. L'incapacité à élaborer des réponses alternatives fait émerger le passage à l'acte comme réponse aux problèmes relationnels. Remarquons que ce mode de réponse aux épreuves de frustration est en augmentation flagrante chez l'adolescent comme chez l'adulte. Tout se déroule comme si la capacité à dominer ses tensions psychologiques n'était plus possible et que l'émergence de la violence (ici auto-agressive) était vue comme «*la seule alternative pour mettre fin à l'escalade relationnelle*» [20].

Pour **BENEZECH**, le problème du passage à l'acte peut être abordé à partir de la notion de colère normale et pathologique, avec pour corollaire possible la résurgence de la violence fondamentale si l'apprentissage personnel et social de la frustration n'est plus encadré et enseigné.

C'est là un point important de réflexion par rapport à l'augmentation du nombre de TS chez l'adolescent : le manque de réponse de l'autre. Le passage à l'acte suicidaire survient quand l'adolescent ne trouve plus personne en face de lui «*quand ça ne répond plus dans l'Autre*» nous dit **RASSIAL** [156]. C'est, semble-t-il, un problème important, à savoir l'évaluation du geste, de l'intentionnalité, mais surtout du contexte environnemental. L'accueil de l'adolescent se devra d'être contenant et rassurant, tout en permettant une évaluation psychologique, somatique, sociale et familiale.

* Prise en charge hospitalière des adolescents suicidants [6] [150]

La TS chez un adolescent n'est pas une conduite anodine et ne doit pas être banalisée. Elle fait encourir un risque d'abord somatique et bien sûr psychique, avec la prolongation d'une souffrance psychique dans l'impasse. Si la prise en charge aux urgences hospitalières est un temps primordial, le suivi

de crise puis au long cours l'est tout autant. On sait que la récidive (30 à 40 % des cas) survient au cours de la première année (au maximum dans les six premiers mois) et que 1 à 2 % des suicidants décèdent dans ce délai.
Dans 20 à 30 % des cas, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente. L'expérience montre qu'il s'agit essentiellement (80 % des cas environ) de syndrome dépressif et/ou de troubles de la personnalité.

Nous devons reconnaître la souffrance dépressive derrière un acte et effectuer une prise en charge en deux temps essentiels : l'examen somatique puis l'évaluation psychologique.

- L'examen somatique :

  Faisant partie intégrante de l'accueil aux urgences, il évalue la gravité immédiate et différée du geste suicidaire, permettant ainsi le traitement et la surveillance adaptée. Il est déjà l'occasion de reconnaître l'importance du geste accompli, sans dramatisation, ni banalisation, ni attitude moralisatrice [25]. Il donne sa dimension au geste, et permet d'approcher indirectement les difficultés psychologiques, car c'est par leur corps que les suicidants ont exprimé leur mal-être. Il ne peut donc se résumer à un examen clinique succinct et standardisé. Il sera effectué par un médecin urgentiste référent ainsi qu'un(e) infirmier(ière) référent(e). L'accueil et l'examen devront être effectués dans un climat chaleureux et de respect de la confidentialité.
  Il doit être l'occasion d'une évaluation globale de la santé de l'adolescent. Ainsi que le complétera par un examen de l'état général, de l'état nutritionnel, de l'hygiène de vie, comme indiqué ci-dessous :

- Impact du moyen suicidaire sur l'équilibre ou l'intégrité physique ;
- Etat général, nutritionnel, staturo-pondéral, développement pubertaire et image perçue du corps ;
- Hygiène de vie : sommeil, alimentation, prise de médicaments, investissement physique (sport) ;
- Prise de toxique : tabac, alcool, drogues ;
- Développement pubertaire et vie sexuelle, contraception ;
- Test de grossesse, dépistage de MST

Indicateurs de Santé à repérer lors de l'examen somatique [6]

- L'évaluation psychologique :

Chaque jour nous sommes appelés afin d'effectuer l'évaluation psychologique d'un adolescent suicidant. Cette évaluation doit être faite le plus précocement possible, dès que l'état somatique et la vigilance le permettent. Nous avons vu l'importance du premier entretien avec l'adolescent et une des conditions à la mise en route d'un projet thérapeutique (crise et post-crise) dans le respect de la confidentialité et la création d'un climat empathique et compréhensif.

S'il est désormais admis que l'adolescent suicidant doit être hospitalisé aux urgences (même pour une période de crise de 24 à 72h), des enquêtes insistent sur le fait qu'entre 20 et 75 % des jeunes suicidants quittent l'hôpital sans rencontrer de psychiatre, de psychologue ou d'infirmier psychiatrique [50] [59].

Nous devons étudier en particulier les conditions de réalisation de la TS, la santé mentale, le mode de vie et réaliser une évaluation sociale et biographique, comme l'indique le tableau suivant :

- Intentionnalité suicidaire
- Antécédents de TS
- Absence de facteur déclenchant explicite
- Pathologie psychiatrique
- Abus sexuels, maltraitance
- Conduites violentes et comportements à risque
- Entourage violent ou n'offrant pas d'étayage

Facteurs de risque de récidive à court terme [6]

Nous avons à évaluer l'état psychologique actuel, passé, et faire envisager au patient (mais n'est-ce pas sa demande ?) un état futur meilleur.

Si nous ne retrouvons pas systématiquement de pathologie psychiatrique, nous pensons que l'Agir comme mode préférentiel d'expression, et en particulier l'Agir suicidaire, sont sous-tendus par un vécu dépressif.

L'expression polymorphe de cette dépression de l'adolescent, sans présager de l'évolution psychopathologique future, va devoir être décryptée et demandera donc du temps.

L'hospitalisation sera particulièrement indiquée en cas :

. de risque de récidive immédiate ;
. de pathologie psychiatrique non stabilisée ;
. d'environnement extérieur jugé défavorable ;
. si l'adolescent le désire.

Au total, aux urgences, nous devons donc, après un examen somatique, faire une évaluation de l'adolescent sur un plan psychologique, familial, et environnemental. Ainsi, nous évaluerons les facteurs favorisant le passage à l'acte en se référant à certaines études mettant en évidence des caractéristiques sociales, biographiques, comportementales ou pathologiques [154].

On relève entre autres :

- évènements ou situation de rupture ;
- conduites violentes et impulsives ;
- une dépression (selon les études retrouvées dans 20 à 60 % des cas) ;
- troubles psychopathiques (10 %)
- abus de drogues, tabac, alcool, psychotropes ;
- troubles du comportement alimentaire ;
- pathologies somatiques (asthme, diabète, obésité, épilepsie) ;
- difficultés scolaires, absentéisme, ou déscolarisation ;
- perturbations familiales (dislocation, recomposition, rigidité de la communication, ...) ;
- antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels ;
- antécédents personnels ou familiaux de TS (10 à 43 % des suicidés) ;
- antécédents familiaux d'affections psychiatriques, d'alcoolisme dans 20 % des cas.

Le recueil de toutes ces données est long et nous insistons sur l'importance de la présence de "lits de crise" ou "lits d'évaluation" pour obtenir un maximum de données, effectuer un traitement de la crise en abordant l'adolescent dans sa globalité et amorcer une prise de conscience de la nécessité d'un projet de soin.

En l'absence de possibilité d'évaluer le jeune patient durant 24 à 72h, notre rôle aux urgences sera d'une part plus difficile (et plus à risque) et d'autre part se verra réduit à une fonction de triage. C'est ce genre de situation, par manque de moyens, qui attire les foudres de nombreux psychiatres qualifiant ce travail de crise de "fast-psychiatrie". Au contraire, tout comme il existe des lits de "réveil somatique", on pourrait imaginer comme essentielle la présence de lits de "réveil psychique" [47].

Ainsi, la rencontre au réveil, puis l'entretien à distance du réveil, le tout dans une ambiance calme et contenante nous apparaissent comme essentiels à une bonne évolution. L'hospitalisation au décours d'une TS apparaît de plus en plus comme indispensable d'une part pour effectuer un bilan approfondi, mais surtout pour tenir compte du désir de rupture manifesté par le geste suicidaire. Cette "pause" permet d'effectuer un travail de crise, dont le but premier sera une relance du fonctionnement psychique "sidéré" par le passage à l'acte, potentiellement traumatisant en lui-même [113].

Nous l'avons déjà dit, la faible propension des adolescents à accepter des propositions de soin n'est pas à encourager. Sans ce travail de "réanimation psychique" [114] l'expérience montre que la majorité des jeunes (et leurs parents !) vont ignorer la nécessité d'une prise en charge psychologique.

II.2.1.4. - Corrélation entre dépression et suicide à l'adolescence :

La corrélation entre dépression et suicide semble forte. Comme toujours, la quantification exacte de ce lien est compliquée par la diversité des méthodes employées dans le recueil des données, mais aussi en raison des problèmes de définitions nosographiques employées.

BRENT et **al.** [37] en 1993 ont comparé un groupe de 37 suicidants hospitalisés et un groupe de témoins également hospitalisés mais n'ayant jamais présenté de comportement suicidaire. Il obtient une différence de prévalence significative pour les troubles de l'humeur : 86,5 % chez les suicidants contre 55,2 % chez les témoins. Dans un autre travail [38], ils comparent 48 patients admis pour 1 TS, 33 pour idéations suicidaires et 53 sans antécédents. Ils relèvent un EDM chez 83,3 % des suicidants et chez 35,3 % chez les témoins qui n'ont pas d'antécédent.
Chez les patients avec idées suicidaires, il repère un EDM dans 72,7 % des cas. Ces études emploient comme critères ceux du DSM IV et se basent sur une méthodologie très catégorielle et ne donnent que peu de place à l'individualité et la subjectivité.
L'expérience clinique quotidienne tend à nous faire penser que l'EDM n'est rencontré que très rarement à l'adolescence. D'après notre pratique, nous constatons surtout que la dépression est d'autant plus fréquente qu'il y a répétition suicidaire. D'autre part, dans le cas des multirécidivistes, ce sont surtout des troubles de la personnalité qui sont retrouvés, où dominent l'intolérance à la frustration et l'impulsivité.
Là encore, plus souvent qu'une dépression, nous avons l'impression clinique de repérer une morosité et une dépressivité s'intégrant dans un ensemble de conflits environnementaux, eux en augmentation.

Dans une autre enquête en population clinique consultante [134], **MARCELLI** et **FAHS** montrent que sur 102 cas de dépression, 24 sujets (soit 25 %) auraient effectué au moins 1 TS. Dans la plupart des cas, il s'agissait de troubles dépressifs graves et la corrélation avec la gravité du trouble dépressif était significative. Ainsi, d'après les auteurs, reprenant l'étude de **CHOQUET** et **LEDOUX** en 1994 [50] «*plus la dépression est grave, plus le risque suicidaire est grand*». Elle montre une fréquence des TS en population générale adolescente estimée à 6,5 % (à noter que seuls 1,3 % ont été hospitalisés). Parmi ceux qui ont effectué une TS, 25 % ont récidivé.
Là aussi l'expérience quotidienne ne nous laisse pas la même impression. En effet, ce sont surtout la personnalité et la capacité à différer ses pulsions qui semblent en mesure de protéger un adolescent du passage à l'acte. Ainsi, certains adolescents présentant une dépression sévère ne passent pas à l'acte, restant silencieux, calmes et discrets (mais authentiquement en souffrance) alors que d'autres agissent leur souffrance, même plus minime et réactionnelle.

En fait, l'abord statistique du problème de corrélation entre la dépression de l'adolescent et le suicide est rendu difficile par l'aspect polymorphe de cette dépression, la diversité des cadres nosologiques employés et le peu d'importance accordée dans les enquêtes catégorielles à la subjectivité individuelle. C'est tout le problème des définitions et méthodes d'enquête vues en première partie.

Par contre, ce qui nous semble intéressant d'étudier, c'est la corrélation entre les idées de suicide et les TS. Rappelons l'étude de **CHOQUET** en 1994 [50] auprès d'une population de jeunes scolarisés âgés de 11 à 19 ans. Il retrouve des idées suicidaires chez 23,4 % et 9 % disent y penser souvent (le sex-ratio étant en faveur des filles) ; 6,5 % ont fait, comme nous le disions une TS et 1,8 % plusieurs. Dans cette étude, 1 élève sur 16 a donc déjà tenté de se suicider.

L'enquête de **REY GEX** [121], publiée en 1998, fut réalisée auprès de 9268 adolescents suisses âgés de 15 à 20 ans. Les chiffres retrouvés sont les suivants : 55 % ne pensent pas au suicide, 26 % ont des idées suicidaires, 15 % font des "plans" de suicide, 3 % ont déjà fait une TS.

La plupart des enquêtes retrouvent des chiffres semblables. Elles semblent toutes montrer l'importance de l'idéation morbide puis suicidaire dans la genèse d'un passage à l'acte. Elles montrent également qu'avant le passage à l'acte, les adolescents consultent un médecin somaticien en mettant en avant une problématique corporelle, qualifiée par d'aucun d'imaginaire. Ainsi toujours dans la même enquête [50], **CHOQUET** explique que 42 % des suicidants ayant fait une TS et 46 % des multirécidivistes, contre 18 % des non suicidants, cumulent au moins trois plaintes (la liste comprenant : céphalées, gastralgies, nausées, dorsalgies, asthénie, cauchemars, réveils nocturnes).

Nous voyons l'importance de la prise en charge d'un adolescent en souffrance dépressive de s'intéresser au contenu du discours manifeste, mais aussi et surtout d'essayer d'aller au plus près du contenu latent et de s'intéresser à sa singularité psychique.

II.2.2 - <u>Les troubles du comportement</u> :

Nous sommes confrontés quasi-quotidiennement à des adolescents présentant des "troubles du comportement", que ce soit une agitation, une prise de substances ou des conduites délinquantes qu'on nous demande de plus en plus d'évaluer.

Le plus souvent, un adolescent agité arrive relativement calme aux urgences. Si ce n'est pas le cas, nous sommes parfois contraints d'appliquer un premier traitement contenant, chimiothérapique et/ou par contention physique. Mais la plupart du temps, une fois le calme revenu, nous arrivons à établir un premier contact, ce qui nous permet en général une première évaluation psychologique et environnementale.
Face à une agitation, nous pouvons avoir à faire à plusieurs cas de figure. Il peut s'agir d'une agitation "contextuelle", d'un état délirant aigu, mais aussi d'un état d'exaltation sous-tendu par une prise de toxique, sans oublier la possible intrication médico-psychiatrique (rare, mais pouvant nécessiter un bilan organique) [25].
Dans le cas d'un état délirant aigu, la décision d'hospitalisation en psychiatrie permet souvent d'apaiser le patient (et son entourage) et d'entamer une prise en charge spécialisée.

Les situations contextuelles nécessitent de prendre du temps sur place, afin de dénouer une situation environnementale parfois complexe. C'est le travail classique de "crise familiale" décrit plus haut.
Une situation inquiétante concerne l'augmentation de la consommation de drogues, mais aussi d'alcool dans la population plus jeune. Ainsi, ce que nous pouvons remarquer en travaillant aux urgences est l'augmentation d'un phénomène, certes très médiatisé pour ses aspects sécuritaires, mais bien réel, à savoir la violence des adolescents. Celle-ci prend plusieurs masques, comme par exemple le phénomène vu précédemment (le suicide des jeunes) mais aussi la délinquance ou la polytoxicomanie.

II.2.2.1 - Le phénomène de la violence :

* Une demande accrue :

Nous sommes sensibilisés à la violence dès notre début d'apprentissage de la psychiatrie. Il arrive aux urgences de rencontrer des adolescents ne sachant exprimer ou masquer leur souffrance dépressive que par ce mode de communication. Souvent la tentation est grande de solliciter le service d'urgence comme un lieu d'exclusion de cette violence et par la même d'exclusion de son auteur. Le problème est particulièrement posé avec l'attitude des foyers dits "éducatifs".

L'évolution de ce milieu induit de par son absence de contenant ou son illusion de contenant une violence institutionnelle, d'escalade et de rejet d'adolescents en souffrance grave. L'extrême violence de certains adolescents, leurs provocations quotidiennes peuvent saccager la relation, décourager et épuiser les équipes éducatives. Il n'est pas rare qu'on nous abandonne littéralement des jeunes gens violents en exigeant de nous une psychiatrisation souvent abusive.
Ainsi, chez des adolescents en échec scolaire, professionnel, en échec de tout lien, la quête du statut de malade mentale est économique. Si la conduite violente peut être considérée parfois comme un équivalent dépressif, l'abord de cette souffrance ne doit pas se faire dans le rejet, la rupture ou l'exclusion [53].
Le temps de l'urgence doit être un moment privilégié, d'écoute, d'observation clinique et de tentative de mise en mots, en lieu et place d'un agir.

Nous sommes à une place inconfortable parfois mais intéressante en termes de potentialité d'écoute. Nous devons accueillir l'adolescent en lui restituant son statut de personne et ne pas oublier que le plus souvent nous avons à faire à un être en développement physique et psychique, mais également en rupture de lien.
Les statistiques concernant les adolescents violents ou délinquants ne constituent pas une surprise. Une étude a été menée entre mai 1997 et mai 1998 au sein d'une unité d'accueil pour adolescents du service d'urgence psychiatrique du Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon - Bron [53].
135 mineurs ont été reçus au sein de l'unité et le nombre de faits violents à amener les auteurs à s'y intéresser. Ainsi, 67 patients (soit 49,6 %) ont été admis pour ce type de comportement, dont 38 garçons et 29 filles (respectivement 56,7 % et 43 %), dans une fourchette d'âge allant de 11 à 17 ans (l'âge moyen étant de 15,08 ans). La plupart étaient adressés par leurs parents ou des foyers. L'analyse des dossiers a montré :

- l'importance des dissociations familiales (52 % des parents séparés ou divorcés, 10,8 % des cas où le père est absent, décédé, inconnu ou incarcéré) ;

- une déscolarisation importante (39 % soit 26 patients) ;

- 48 patients ont déjà eu un contact avec la psychiatrie (soit 71,6 %) et avec la justice (48 patients également).

La violence est le plus souvent physique (71,6 %) qu'uniquement verbale (28,3 %).
Elle s'exerce surtout envers les éducateurs (50,7 %) ou les parents. Elle est secondaire le plus souvent à une remarque minime, touchant les adolescents comme une blessure narcissique.
Au niveau diagnostique, les auteurs retrouvent 76 % de désordres affectifs et seulement 7,5 % sont étiquetés d'un trouble psychotique.
L'orientation fut la suivante :

- service de psychiatrie de l'adolescent : 32 % ;
- service de pédiatrie : 16 % ;
- service adulte : 8 % ;
- orientation sur le secteur : 27 % ;
- suivi à l'unité médicale d'accueil : 9 % ;
- orientation sur le secteur privé : 8 %.

Cette étude confirme l'importance des ruptures dans la trajectoire de ces adolescents violents dits "difficiles", avec notamment une dislocation de la constellation familiale.
La violence des jeunes est de nos jours un problème de Santé Publique très médiatisé. Spectaculaire, parfois horrible lors de faits-divers mortels, cette violence inquiète l'adulte.

La délinquance juvénile est en explosion selon les statistiques. Ainsi, le nombre de mineurs concernés a septuplé depuis les années 50 et correspond aujourd'hui à 15 à 30 % de la délinquance générale, selon la nature des délits. Ainsi, en 1999, 200.000 mineurs ont été présentés à des juges, dont 120.000 ont "bénéficié" d'une mesure judiciaire et 4.000 furent incarcérés (contre 1900 en 1995).

La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) est également très sollicitée : en 1998, 50.000 jeunes de 13 à 21 ans ont été sous mandat judiciaire, avec à la clé une mise sous tutelle, motivée par des comportements mettant leur intégration sociale en danger (le plus souvent des garçons) [57]. On retrouve le même profil socio-familial que dans l'étude de **CLAUDEL** à Lyon.

Pour ce qui concerne la psychiatrie aux urgences, rarement la violence rencontrée va signer une maladie mentale installée.
Là encore, c'est une pathologie de crise que nous affrontons, qui n'est en fait que la partie immergée d'un iceberg : le "pubertaire" et ses difficiles remaniements avec la souffrance ou du moins le vécu dépressif comme toile de fond.
La violence des jeunes n'est pas nouvelle (il suffit de se rappeler l'épisode des "Apaches" venant troubler l'ordre bourgeois établi au début du XX^{ème} siècle). Mais elle prend une importance particulière de nos jours du fait peut être de la complexification de la vie sociale, de l'explosion des moyens de communication, et de la plus grande liberté d'expression autorisée par une société libérale [99].

* Souffrance dépressive et violence :

Le dictionnaire **LITTRE** donne la définition suivante de la violence : «*qualité de ce qui agit avec force*». A ce titre la vie elle-même serait violence, de par la force des changements opérants en l'être humain. Ce dernier serait fondé sur la violence, la violence de la différenciation, celle de la séparation - individuation qui contraint à exister seul pour exister vraiment. Seul ne voulant pas signifier sans lien avec autrui, la violence étant elle-même dans l'existence d'autrui [30].

Pour **BERGERET**, il s'agit «*d'une composante instinctuelle innée destinée à être intégrée dans d'autres finalités humaines au cours de l'enfance et de l'adolescence pour que l'adulte accède à un libre et efficient exercice de ses capacités amoureuses et créatrices*» [24].

C'est pour lui une «*violence fondamentale*», simple réaction automatique de mode très primitif, destinée à diminuer une angoisse de destruction par l'autre et n'apportant en soi aucune satisfaction de nature libidinale. Différente donc de l'agressivité, elle peut être considérée comme une activité mentale assez élaborée, nécessitant un relatif degré d'intégration de la dynamique sexuelle et l'accession à l'ambivalence affective.

Cette violence fondamentale (et peut-être fondatrice ?) ne demande qu'à émerger parfois, dans des contextes particuliers.
Comme le dit **JEAMMET**, cité par **BOCHEREAU** [30], «*quand le narcissisme est blessé et surtout quand il est trop engagé, quand il n'y a plus d'issue de secours, plus d'alternative, quand il s'agit de sauver sa peau, les réactions peuvent être cataclysmiques, exponentiellement destructrices*».
Cette situation de danger est le propre de l'adolescence. Danger du changement, apprentissage d'une relation objectale génitalisée, difficultés à tolérer parfois une réalité interne angoissante et menaçante pour l'intégrité du Moi. Ainsi, le recours à l'Agir constituera un moyen d'expression en faisant appel à «*l'utilisation de l'espace comme maniement de la distance psychique aux objets*» [101].

Pour **JEAMMET**, la violence peut être considérée comme «*un mécanisme primaire d'autodéfense d'un sujet qui se sent menacé dans ses limites et dans ce qui constitue à ses yeux le fondement de son identité, voire de son existence*» [99]. Il existerait pour lui une relation dialectique entre la violence, l'insécurité interne engendrant un sentiment de vulnérabilité du Moi, de menace pour ses limites et son identité. La conséquence en serait une dépendance à la réalité perceptive pour se sécuriser en l'absence de ressources internes accessibles.
Cette menace sur le Moi et ses limites (et donc son identité) peut provenir de l'extérieur comme de l'intérieur du sujet. En fait, les agressions externes (ou perçues comme telles) ne seront justement qu'en «*fonction des agressions internes, liées aux agressions du passé et aux traumatismes cumulatifs de l'enfance*».

Ces derniers sont fréquents en clinique quotidienne. La dissociation familiale, la violence intra-familiale, la constitution parfois anarchique de certaines familles "recomposées", peuvent constituer un obstacle à l'étayage narcissique de la petite enfance, dont on a vu l'importance probable dans la formation d'un narcissisme primaire puis secondaire solides.

Les adolescents violents reçus en urgence laissent tous une impression de souffrance profonde et ancienne. L'étiquette nosologique de "psychopathe" accolée à tel ou tel trouble du comportement violent de l'adolescence nous semble souvent trop rapide.

C'est oublier que l'adolescence est une période active de constitution identitaire, par interaction entre l'identité personnelle et l'identité sociale. Cette identité, l'adolescent va la négocier et «*les éventuelles déviations peuvent s'avérer être moins des dysfonctionnements que des ajustements et repérages*» [57]. Ces ajustements ou du moins leur expression vont être influencés par les contraintes externes (sociales, familiales, ...) s'exerçant sur le sujet en construction. Ainsi la violence destructrice sera l'un des seuls moyens pour les enfants carencés d'arriver à se sentir exister, d'acquérir ce «*sentiment continu d'exister*», selon l'expression de **WINNICOTT**.

Dans ces cas malheureux, la violence familiale ne sera pas sublimée. La capacité de symbolisation et d'intériorisation fera défaut, on pourrait dire par défaut de construction imaginaire. Les adolescents violents, souvent anciens enfants carencés, "stagnent" au niveau des premiers modèles imaginaires. Ces derniers ne sont pas des modèles œdipiens, mais les modèles violents archaïques.

Pour **BERGERET**, si par la suite les modèles oedipiens n'intègrent pas à leur profit les modèles violents archaïques et brutaux, «*on assiste à un balancement sans issue entre les imaginaires violents et œdipiens*» [24]. C'est la solution dépressive que l'on retrouve fréquemment dissimulée derrière le masque violent. La violence "inemployée" va rester flottante et dépressivante, peut être à l'origine de cette morosité si fréquente chez les adolescents et les post-adolescents, apparaissant de plus en plus dans une dépressivité chronique.

Nous rencontrons ainsi ces jeunes adolescents "vides", sans but et sans repère aux urgences psychiatriques. Leur présence est facile à comprendre : leur violence est un comportement "d'auto-exclusion", et le «*sentiment continu d'exister*» ne peut se faire pour eux que dans le rejet et la rupture, le monde adulte n'ayant probablement pas su dériver leur violence innée vers d'autres buts que cet imaginaire pré-œdipien.

II.2.2 2 - Quand la polytoxicomanie s'installe :

Situation alarmante par sa banalisation en termes de fréquence. La pratique montre que peu d'adolescents ne consomment aucun toxique licite ou illicite. Deux situations se présentent. D'une part l'urgence vrai : c'est le cas de l'intoxication aiguë le plus souvent par l'alcool et/ou le cannabis, mais aussi de plus en plus fréquemment par des psychotropes. D'autre part, la demande familiale en urgence, les parents venant de découvrir que leur enfant «*se drogue*» [153]. C'était le cas de figure de *Marina* dans le cas clinique. Dans le cas de l'intoxication aiguë, il s'agit d'une urgence mixte, somato-psychiatrique, notre évaluation intervenant bien sûr en second lieu.

* Données épidémiologiques quant aux drogues :

Divers auteurs se sont intéressés à ce problème majeur de Santé Mentale devenu problème de Santé Publique.

Une enquête européenne (regroupant vingt-six pays), l'enquête ESPAD, a étudié la consommation de tabac, d'alcool et de drogue auprès de 70.000 adolescents scolarisés de 15 à 16 ans. Les constatations sont les suivantes : 60 à 95 % des adolescents ont déjà bu un verre d'alcool, et la majorité d'entre eux a été ivre au moins une fois. Au Danemark par exemple, 34 % des garçons ont été ivres plus de dix fois au cours de douze derniers mois. (26 % au Royaume-Uni et 4 % en France).

CHOQUET et **LEDOUX** ont réalisé une enquête épidémiologique pour l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), entre le 15 septembre 1997 et le 30 mars 1998. Elles ont étudié la consommation par produit [49].

Les données recueillies étaient à peu près similaires à celles de 1994, mais on note une sensible augmentation de la consommation et un léger rajeunissement des consommateurs :

- Le tabac :

  Plus de 25 % à un tiers des adolescents fument (un tiers irrégulièrement, un tiers régulièrement moins de dix cigarettes par jour, un tiers fume au moins deux paquets par jour).

  L'âge de début moyen est de 15 ans (plus tôt chez les garçons). Entre 12 et 19 ans, le tabagisme s'accroît, passant de 3 à 51,4 %. A noter que de nos jours, le sex-ratio est à 0, tout comme chez l'adulte (où on note même une inversion possible en faveur des femmes).

  Il y a plus de fumeurs parmi les adolescents issus de foyers monoparentaux et recomposés.

- L'alcool :

  A 12 ans, plus de la moitié n'a jamais bu d'alcool. Entre 12 et 19 ans, 76,4 % ont déjà consommé, la bière étant le produit le plus prisé. 23 % consomment une fois par semaine ; l'ivresse est une expérience connue de 40 % d'adolescents (45 % des garçons, et 35 % des filles) avec un âge moyen pour la première ivresse situé aux alentours de 15,5 ans ; 8 % ont connu au moins dix ivresses. L'expérience de l'ivresse augmente beaucoup avec l'âge et elle est plus le fait d'adolescents n'habitant plus avec leurs parents.

  Les conclusions de **Marie CHOQUET** sont les suivantes : la majorité des jeunes consomment (76,4 %) ; la prise régulière d'alcool est plus importante parmi les non scolarisés (16 % contre 7 % chez les scolaires) et à 18 ans, 49 % peuvent être considérés comme consommateurs réguliers.

- Les Psychotropes :

  Phénomène inquiétant, imitation dans une tentative identificatoire, ou réelle tentative de médication, plus de la moitié des jeunes entre 12 et 19 ans ont pris un médicament au cours du derniers mois. Il s'agit d'antalgiques (68 %), d'anxiolytiques (13 %), ou d'hypnotiques (6,3 %).

La consommation augmente avec l'âge (65 % parmi les 19 ans, contre 40 % chez les 12 ans). A noter une consommation d'anxiolytiques plus importante chez les filles (on se rappellera que les TS par IMV sont plus fréquentes chez les filles). Remarquons un fait inquiétant : la majorité de ces médicaments a été prescrite et non "volée" dans la pharmacie familiale !

- Les drogues illicites :

Les constatations sont édifiantes. La consommation initiale de toxiques se fait avant l'âge de 15 ans pour les deux sexes. Principale concernée (90 % en ont consommé dans l'année), le cannabis, plus ou moins associé à l'alcool (80 % des jeunes interrogés en ont fumé au moins trois fois, 50 % au moins dix fois). D'autre part, 20 à 30 % peuvent être considérés comme des consommateurs habituels.

Le second toxique est représenté par les produits à inhaler (15 % ont déjà consommé et "seulement" 7 % en ont usé à plus d'une reprise durant l'année). L'ecstasy occupe la troisième place des produits illicites : 12 % des garçons ont essayé et 5 % des adolescentes (60 % des garçons réitéreront leur prise contre 30 % des filles). La prise d'ecstasy peut être régulière pour 2,7 % des adolescents.

L'étude révèle enfin d'autres éléments préoccupants. D'une part 18 % des garçons et 16 % des filles ont déjà pris un autre produit : héroïne (4,5 % des garçons, 3,25 % des filles), cocaïne (5,5 % des garçons, 4 % des filles), hallucinogènes (8 % des garçons et 4,5 % des filles), amphétamines (5,1 % des garçons et 2,5 % des filles). D'autre part, il faut noter qu'à partir de 17 ans, le cumul des produits consommés concerne la moitié des jeunes : entre 15 et 18 ans, la proportion d'adolescents ayant une consommation régulière peut aller jusqu'à 27 %. Ainsi, il est démontré que l'usage d'une substance est rarement isolé et entre de plus en plus souvent dans une polytoxicomanie du moins poly-consommation, la plus fréquente étant celle associant le tabagisme à l'alcool et/ou le cannabis.

Ce comportement d'escalade apparaît comme le «*symptôme nucléaire des toxicomanes juvéniles actuelles*» [140]. L'escalade concerne le passage quantitatif d'une consommation occasionnelle à une utilisation toxicomaniaque, mais aussi l'aspect qualitatif (la nature du ou des toxiques), ou encore le mode de consommation (festive et récréative ou à visée autothérapeutique).

L'escalade est un processus complexe où interviennent de nombreux facteurs internes et externes. Il est intéressant alors de se pencher brièvement sur les facteurs de risque de l'utilisation de produits toxiques.

* Facteurs de risque :

- Facteurs individuels :

Sous l'apparente diversité des situations individuelles, il existe souvent dans les antécédents infantiles deux types de profils :

ceux qui ont "manqué de tout" et ceux qui n'ont "manqué de rien" [5]. Certains auront présenté dans l'enfance une importante souffrance psychique ou somatique (trouble du sommeil, ruptures et carences affectives, ...), d'autres, au contraire, auront bénéficié d'une enfance "comblée". On retrouve dans ces profils les notions vues plus haut d'objets comblants et défaillants. Ces deux notions renvoient au moment de l'adolescence à la question du manque et de la dépendance.

S'il est impossible de dresser le portrait robot d'une "personnalité toxicophilique", on retrouve certaines caractéristiques communes aux adolescents utilisateurs de toxiques : l'impulsivité et les tendances antisociales, la recherche de stimulations, et une dimension de dépendance conduisant à l'addiction. Ainsi, l'impulsivité est un trait quasiment toujours retrouvé et considéré par certains comme un facteur de risque. Pour les tenants d'explications scientifiques définies, cette corrélation serait sous tendue par un déficit général de la capacité d'auto-régulation (notamment pour l'alcool, les opiacés et la cocaïne). La recherche de stimulations (sensations et nouveauté) est une caractéristique de l'adolescence. Elle peut s'intégrer à une recherche de prise de risque et de danger pour pouvoir exister. Si cela est propre à l'adolescence, l'influence d'une société n'est sans doute pas inexistante.

Toutefois là encore certains auteurs préfèrent étudier cette composante (le "goût du risque") en termes scientifiques, parlant de système de récompense associé au système noradrénergique ; la recherche de nouveauté serait, elle, associée au système dopaminergique ...

Ainsi peut être parfois "caractérisé" une "personnalité à risque" ; un sujet inconstant, excitable, extravagant et désordonné, s'engageant dans de nouveaux intérêts et préfèrant les activités sans règles ni contraintes. Toutes ces caractéristiques étant sous-tendues par un "évitement de la douleur", une faible dépendance à la récompense et une recherche de nouveauté [140].

Ces données vont dans le sens d'une volonté d'étiquetage et de repérage de personnalité-types généralisables. La pratique montre qu'au contraire toute la pathologie psychiatrique et comportementale peut se rencontrer (troubles anxieux, du sommeil, du comportement alimentaire, actes antisociaux, prise de risque, syndrome dépressif, ...). .

L'engagement dans une consommation addictive témoignerait par là même d'un «*malaise ou d'une souffrance psychique diffuse et d'une tentative de trouver une solution personnelle à cet état*» [5].

- Facteurs psychosociaux :

On retrouve, tout comme pour la violence (les deux étant souvent associés) des caractéristiques familiales : une dissociation familiale, une consommation excessive de toxiques chez les parents, des violences intra-familiales (on assiste à l'heure actuelle à une éclosion de sujets ayant subi des violences physiques, morales et/ou sexuelles), une communication intra-familiale difficile. On retrouve des relations diverses marquées soit par la "défaillance" soit là aussi par une "solution comblante" excessive. Fréquemment, les jeunes utilisateurs vivent dans des familles où des deuils ne sont pas résolus et gardés secrets.

Tous les facteurs allant dans le sens d'une désorganisation ou d'une perte des repères (familiaux, sociaux, ...) peuvent être évoqués comme facteurs de risques [5].

Ainsi on sait le lien existant entre des événements de vie négatifs de la famille et la tendance à la fuite de la réalité dans un produit de dépendance. L'étayage familial satisfaisant serait un facteur de protection.

Par ailleurs, on connaît le rôle d'imitation des paires dans ce phénomène "contagieux" de déviance (violence et/ou toxicomanie). Le "droit à la différence" évoqué plus haut trouve ici toute sa signification, pouvant enfermer le jeune dans un univers clos, étanche par rapport à l'environnement extérieur légal (pouvant aller jusqu'à une contre-culture, c'est le cas par exemple des grands rassemblements modernes constitués par les "rave party").

* Dépression et toxicomanie :

La symptomatologie thymique est, comme nous l'avons vu en première partie, labile, variable, à l'expression changeante. Les chiffres de la comorbidité interdisent une approche trop catégorielle et uniciste.

De nombreuses études chez l'adolescent en population générale ont souligné une comorbidité entre troubles dépressifs, symptomatologie dépressive et abus de substances. Certaines études suggèrent que la dépression précède l'abus de substance et donc qu'il s'agit d'une "dépression primaire".
KANDEL et **DAVIES**, cités par **C. MICHEL** [140], ont souligné, à partir d'un échantillon représentatif de 1.004 adolescents scolarisés (558 filles et 446 garçons) de 15-16 ans (recrutés dans l'Etat de New York), l'influence d'un syndrome dépressif à 15 ans sur le développement d'affections psychopathologiques ultérieures à 24-25 ans (notamment la prédiction d'un tabagisme débutant vers 24-25 ans).
On peut noter chez les adolescents poly-consommateurs, une association entre consommation de substances et affects négatifs (liés à un vécu dépressif, une morosité, une anxiété, une émotionnalité négative). Il pourrait s'agir d'un comportement adaptatif, le toxique servant d'auto-médication en réduisant et en mettant à distance les affects négatifs (temporairement sans doute). Les adolescents cherchent alors une substance qui teinterait leurs affects de positif, et susceptible de provoquer une "expérience pharmacologique majeure" [140], comme par exemple la marijuana. Ce type de relations causales, établies en étudiant le mode et le but de consommation, peuvent constituer un plus grand risque pour le développement d'une dépendance.

Chez un sujet dépendant d'une substance, l'évaluation des symptômes dépressifs pose de nombreux problèmes. Les fluctuations thymiques sont fréquentes. Les symptômes propres à l'intoxication peuvent masquer les symptômes dépressifs d'autant que la dépression s'accompagne parfois d'une augmentation des doses et/ou d'une alcoolisation massive. D'autre fois, ce sera une recrudescence des troubles caractériels et de l'opposition, ou bien un retrait avec isolement qui seront indicatifs d'un vécu dépressif [97].

Dans le cas clinique suivant, Alexandre, adolescent de 13 ans, vit cette situation de cataclysme psychique dans un monde aux repères perturbés et s'enfonce progressivement dans une spirale toxicomaniaque et délinquante.

CAS CLINIQUE N° 2 : **Alexandre M., drogué, prostitué**

Lors de notre travail d'astreinte au SAU, nous sommes appelés à évaluer dans l'urgence des patients se présentant plus ou moins spontanément. Nous faisons un jour la connaissance d'un adolescent âgé de 13 ans $^1/_2$, prénommé Alexandre, accompagné par un éducateur et encadré par les membres de la sécurité à notre arrivée en "box".

La prise de contact va s'avérer difficile. Nous sommes face à un adolescent de 13 ans $^1/_2$, dans un état de surexcitation et d'agitation clastique. Maintenu par deux membres de la sécurité, le premier entretien va s'avérer impossible en termes de dialogue.

Alexandre mesure 1,70 m environ, les cheveux châtains, et présente un visage fatigué, la mimique changeante au gré de son exaltation.

Sur le plan clinique, le tableau est dominé par une exaltation psychomotrice. On note une tachypsychie, une logorrhée intarissable accompagnée d'un rythme verbal tachyphémique. L'activité motrice est accélérée, incontrôlable, et cette agitation apparaît stérile et inefficace.

Le contenu du discours est d'emblée marqué par un délire de grandeur, avec idées de toute-puissance, mégalomanie et sentiment d'invincibilité.

On note un ton familier du discours, de nombreux coqs à l'âne, et une grossierté dans les termes employés, les premières réponses à nos questions étant un flot d'insultes mêlé à une multitude de jeux de mots par assonance, le tout marqué par une diffluence de la pensée.

Rapidement la symptomatologie s'enrichit de la notion d'hallucinations auditives de type psychique avec ébauche d'un syndrome d'influence. La thématique du discours s'oriente alors vers la notion de bien et de mal, le patient exprimant une impression de possession par le diable qu'il va pourvoir "annihiler" par sa "toute-puissance".

L'entretien se termine assez vite, après avoir essayer en vain d'établir un contact. Nous décidons d'un traitement anxiolytique et sédatif par un neuroleptique (Cyamémasine®, 2 ampoules intramusculaires). Ce traitement eut un effet positif sur l'agitation motrice, sans pour autant freiner l'exaltation psychique du patient.
Devant un tel tableau, chez un patient si jeune, nous décidons d'une hospitalisation. En fonction de son âge, nous tentons de trouver une place dans un service pour adolescents. Nous nous apercevons rapidement qu'Alexandre a déjà "épuisé" les services disponibles, ces derniers nous conseillant de le placer en service adulte. Face à la difficulté de la situation et à un adolescent en danger pour lui-même, il est hospitalisé en placement mineur au CHS du secteur.

La première hospitalisation en service adulte va être courte. La symptomatologie initiale va s'amender rapidement sous traitement neuroleptique, anxiolytique et sédatif (Cyamémasine®, 2 x 50 mg par jour pendant 4 jours), pour laisser la place à une présentation dépressive et un adolescent épuisé physiquement et psychiquement. Il ne persistera pas d'agressivité, ni de phase d'agitation une fois passée la crise. Le compte-rendu d'hospitalisation n'évoquera pas de dissociation dans aucune des trois sphères d'activité, mais plutôt un syndrome dépressif avec prise de toxiques probablement à l'origine de cette phase maniaque délirante. Il sera convenu par l'équipe de secteur d'un suivi ambulatoire avec le CASA.
Par le passé, diverses tentatives de prise en charge avaient déjà été tentées en vain, Alexandre ne s'inscrivant dans aucun suivi.
Les suites de l'hospitalisation vont montrer une aggravation de la conduite du patient avec une évolution inquiétante du comportement.
Nous le revoyons régulièrement aux urgences, tantôt dans un état d'excitation maniaque, tantôt au décours d'une IMV ou d'automutilations. Les données biographiques recueillies montreront une consommation régulière de toxiques divers (canabis, cocaïne, héroïne, LSD, et autres ecstasy). Il sera plusieurs fois hospitalisé au CHS, à la suite d'IMV ou de crises hétéro-agressives avec rixes et mise en danger du bien d'autrui.
A l'occasion d'une nouvelle crise d'exaltation, il se verra même hospitalisé sous le mode de l'hospitalisation d'office. Il avait entrepris un soir d'attaquer les boîtes aux lettres de son quartier à la hache. Cette hospitalisation sera plus longue et de manière identique aux autres, la symptomatologie résiduelle ne montrera pas de syndrome dissociatif ni de syndrome délirant.
Les comptes-rendus d'hospitalisation feront état d'un adolescent à la personnalité complexe, faite à la fois de traits psychopathiques et névrotiques, le tout masquant difficilement un vécu dépressif profond.

Enfant unique, Alexandre est issu du mariage de M. M. et de Mme S., respectivement âgés de 38 et 30 ans au moment où nous rencontrons leur fils.

Elevé par ses deux parents jusqu'à l'âge de 9 ans, moment de leur divorce, le père en a la garde exclusive de 9 à 11 ans, la mère étant dans l'incapacité d'offrir un lieu de vie calme et sécurisant.

Son père travaille dans le milieu de la nuit où il est connu pour ses consommations régulières de toxiques divers. La mère, sans emploi, vit dans le monde de la prostitution. Nous n'avons pas de trace biographique des grands-parents ou de cousins.

Devant le mode de vie de ses parents, et suite à un signalement, Alexandre est placé à l'âge de 11 ans en foyer d'accueil sur ordonnance judiciaire pour maltraitance physique et morale. L'ordonnance faisait suite à un signalement effectué par un psychiatre sollicité par l'établissement scolaire d'Alexandre, ce dernier présentant des troubles du comportement (déjà des bagarres régulières et une agressivité croissante à l'égard de ses pairs).

Depuis deux ans au foyer, Alexandre ne cesse de transgresser les règles et son comportement s'oriente de plus en plus vers la délinquance infanto-juvénile.

Il est souvent arrêté par la police pour des dégâts matériels, des rixes ou des troubles du comportement, le plus souvent déclenchés par une prise de toxiques. En effet, à 13 ans $^1/_2$ il a essayé, d'après lui, toutes les drogues disponibles sur le marché.

L'histoire familiale nous apparait faite de ruptures et d'un probable manque d'étayage narcissique. mais, en examinant la situation de plus près, c'est un réel milieu pervers dans lequel Alexandre se débat. En effet, depuis deux ans au foyer, il n'a de cesse de fuguer pour rejoindre le domicile paternel. Ce dernier organise des soirées homo et hétérosexuelles filmées auxquelles Alexandre participe de manière active. D'autre part, il est retrouvé plusieurs fois sur les lieux de prostitution où officie sa mère, cette dernière travaillant plus ou moins pour le père !

Ce qui frappe dans la biographie d'Alexandre, c'est l'isolement affectif et social dans lequel il se trouve. Il n'a qu'un ami, 13 ans lui aussi, à la biographie similaire et qui participait également aux "soirées paternelles". Au moment d'ailleurs où cet ami décidera de se faire aider et de sortir de ce milieu, Alexandre le rejettera et le rangera dans le camp des traîtres.

Sur le plan scolaire, il est actuellement en classe de 5ème, mais le désinvestissement scolaire est à la mesure du désinvestissement objectal, et la scolarité apparaît compromise.

C'est donc à un adolescent en grandes difficultés familiales que nous avons à faire, évoluant dans un monde sans repère œdipien, un monde basé sur la perversion des liens. Or un adolescent sans repères et sans liens, au moment de la réactualisation du conflit œdipien, est un adolescent à risque. Le tissage narcissique et identificatoire ne peut se faire de manière harmonieuse autrement que dans la perversion sexuelle.

Le lien symbolique au père est ici en effet perverti, et le rappel à la loi par différents signalements semble inefficace devant la réalité des faits : Alexandre a un milieu, celui de son père.

L'évolution se fait vers la polytoxicomanie et les conduites délinquantes. Derrière ce masque de psychopathe se cache à notre sens une souffrance psychique profonde de type abandonnique. L'écart narcissico-objectal est ici profond ; on retrouve des assises narcissiques fragiles et une relation objectale vécue comme dangereuse. L'accès à la génitalité se fait de manière brutale et perverse, sans aucun accès à une réelle relation objectale. La perversion semble d'ailleurs protéger partiellement Alexandre d'un effondrement mélancolique ou d'une scission du Moi plus franche.

Les entretiens réalisés aux urgences mettent en évidence un polymorphisme symptomatique, Alexandre apparaissant comme un "arlequin psychiatrique", faisant évoquer une errance psychique dans le tronc commun des états limites. Il présente en effet une symptomatologie variable faite aussi bien de traits histrioniques, psychopathiques mais aussi anaclitiques et abandonniques, avec des moments de dépersonnalisation-déréalisation (toxiques sans doute), cet état masquant mal un sentiment de vide interne et une lutte permanente contre l'effondrement dépressif, avec un fonctionnement essentiellement basé sur un clivage défensif.

Nous sommes donc, à notre sens, face à une pathologie du narcissisme. Les interactions précoces n'ont probablement pas été satisfaisantes ou existantes et les ruptures successives n'ont pas permis des identifications stables. Il ne peut pas passer du narcissisme primaire à un Idéal du Moi structurant dans un milieu parental fonctionnant encore sur le mode de la satisfaction pulsionnelle immédiate et partielle.

Ce type de situation est de plus en plus fréquent et illustre parfaitement la difficulté à établir de solides bases narcissiques pour un nombre croissant d'adolescents noyés dans la spirale de la violence familiale et du monde environnant. Comment ne pas voir une souffrance profonde derrière ce masque de la violence agie pour un adolescent ne parvenant peut être pas à l'élaboration d'une position dépressive franche ?

II.3 - L'IMPORTANCE DU CORPS DANS L'EXPRESSION DE LA SOUFFRANCE :

Comme nous l'avons vu en première partie, le corps de l'adolescent constitue une interface entre le monde externe et un monde interne parfois inquiétant, et il est souvent le vecteur de l'expression émotionnelle, quand le langage et la symbolisation sont bloqués. Ce corps en mutation se situe dans un "entre-deux" âges, "entre-deux" identités et prend une place particulière dans l'économie psychique des adolescents. Différentes situations amènent l'adolescent à venir s'exprimer aux urgences à l'aide de ce corps pubère familier et étranger à la fois.

A la croisée du biologique et du psychique, «*le corps est le terrain d'une tentative toujours renouvelée d'unité qui ne demeure qu'asymptotiquement réalisable. L'individu est ainsi toujours fragilisé par le risque de cassure et de rupture de cette unité*» [39].

II.3.1 - **La plainte somatisée : une expression floue du mal-être** :

II.3.1.1 : Les plaintes physiques :

Les adolescents sont réputés familiers des plaintes somatiques, avec une prédominance féminine, augmentant avec l'âge. Le corps devient ainsi le «*théâtre et le lieu de projections privilégié de l'histoire intime de la personne*» [5].

Les motifs de consultation ont été étudiés par **ARSENAULT** et coll., auprès de 400 patients consécutifs [13]. Ils relèvent la fréquence respective suivante :

- asthénie : 25 %
- céphalées : 20 %
- douleurs abdominales : 15 %
- nausées, vomissements : 9 %
- malaises divers : 9 %
- hyperventilation : 6 %

Dans une autre étude [115], les auteurs questionnent une série de sept symptômes ou préoccupations somatiques, enquête effectuée auprès de 457 adolescents. La liste des symptômes est la suivante :

- difficultés d'endormissement
- réveils nocturnes
- asthénie diurne
- céphalées
- douleurs abdominales
- sensations d'évanouissement
- inquiétude pour sa santé.

Les résultats sont éloquents : 16 % seulement ne se plaignent d'aucun des symptômes, 42 % en rapporteraient simultanément trois au plus. Le plus intéressant est que les adolescents présentant le plus de difficultés psychiques identifiées avaient plus de plaintes que les autres.

Mais nombreux sont les adolescents présentant un jour ou l'autre des plaintes somatiques passagères, ne s'accompagnant d'aucun conflit personnel ou familial et ne modifiant par leurs habitudes de vie. Toute plainte somatique n'est pas synonyme de mal-être, de "trouble fonctionnel", ou de somatisation [5].
Parfois les plaintes se font persistantes, entravant le fonctionnement scolaire et/ou social, et par la même l'épanouissement du sujet. Les symptômes, étudiés par **ARSENAULT**, sont donc de toute nature, allant de douleurs localisées à des sensations vagues, floues, sans support anatomique pourrait-on dire.

L'évaluation de ces adolescents nécessite du temps et un investissement de la part du médecin. L'élimination de l'organicité, par un interrogatoire et un examen clinique minutieux, au besoin complété par des examens complémentaires, est le pré requis à toute stratégie thérapeutique. Comme toujours on devra respecter la valeur défensive et protectrice du symptôme, même quand l'organicité est éliminée. Cela permet de qualifier dans un premier temps le symptôme en ne renvoyant pas l'adolescent chez lui, abandonné et incompris. Il arrive souvent d'ailleurs que le jeune s'autorise assez rapidement à faire le lien entre ce qu'il éprouve et certains éléments de son vécu.

II.3.1.2 - Asthénie et troubles du sommeil :

Il n'est pas rare que les troubles du sommeil ou une plainte de fatigue traduisent une situation psycho-affective préoccupante : pauvreté ou perte des investissements affectifs, attitude morose. Faisant partie des symptômes somatiques de la dépression, elles ne traduisent pas forcément un état dépressif avéré. Elles signalent souvent une fragilité par rapport aux circonstances pouvant favoriser un affect dépressif. Tout comme les plaintes algiques diverses que nous évoquions, la fatigue et les insomnies peuvent appartenir au spectre des dépressions masquées vues en première partie.

Une fatigue chronique peut entraîner un réel syndrome d'épuisement psychique à l'adolescence, pouvant pousser certains jeunes à des gestes extrêmes après avoir "usé" leur corps tout en étant restés dans l'impossibilité de verbaliser leur souffrance.

La fatigue psychique (mais aussi physique) de l'adolescent doit être prise au sérieux, au même titre que les douleurs récidivantes et à fortiori les somatisations. Ainsi, une plainte concernant le sommeil ou la fatigue, même discrète dans son énoncé, mérite avant toute chose une écoute et une analyse attentives [133].
Rappelons que l'endormissement pour l'adolescent est un moment précieux et fragile. Précieux parce que moment d'investissement de l'imaginaire, du rêve, d'apaisement face au bouleversement tensionel de la puberté et de l'adolescence. Fragile, car "entre-deux" réalités (éveil et sommeil) et menacé par l'irruption possible de l'angoisse et par la crainte face à la passivité, préalable indispensable à l'endormissement [5].

Enfin, concluons en disant qu'il faut prêter attention aux symptômes somatiques des adolescents (douleurs, insomnies, asthénie) et à leurs préoccupations en raison du risque important de recherche d'apaisement par la pharmacopée riche, efficace et si disponible !
Il n'est en effet pas rare de voir un adolescent s'automédiquant par des antalgiques (avec là aussi un risque d'escalade toxicomaniaque), des hypnotiques, voire des psychostimulants !
L'adolescence est sans doute le moment où l'on peut éviter l'entrée dans le cercle vicieux de la réponse médicamenteuses à nos interrogations, là où parfois l'écoute et la mise en mots sont indispensables.

II.3.2 - <u>Les troubles des conduites alimentaires (TCA)</u> :

L'anorexie mentale et la boulimie ne sont jamais en elles-mêmes une urgence psychiatrique à proprement parler, mais peuvent conduire à des situations de crise familiale avec un ressenti d'urgence [25].
Une demande de "soigner" une jeune fille anorexique en urgence s'apparente, même si l'analogie peut paraître triviale, à la demande de sevrage en urgence d'un adulte souffrant d'éthylisme chronique.

L'anorexie mentale débute entre 12 et 25 ans, touche 0,8 % à 1 % de la population à cet âge, avec un sex-ratio de 10 filles pour 1 garçon. La boulimie nerveuse serait dix fois plus fréquente que l'anorexie mentale, avec un début des troubles plus tardif et un sex-ratio plus faible (8 filles pour 1 garçon).

La prise en charge aux urgences pour le syndrome en lui-même n'est pas adaptée. Par contre c'est en termes de comorbidité que nous sommes parfois amenés à intervenir. Là aussi, c'est le corps qui est souvent mis sur la scène des urgences par l'intermédiaire de deux chevauchements symptomatiques entre l'anorexie et la boulimie. L'un concerne les préoccupations corporelles et les dysmorphoesthésies l'autre les comportements compensatoires et particulièrement les purges (vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques) avec comme conséquences possibles une asthénie et un amaigrissement alertant la famille [115].
D'autre part, l'importance de la comorbidité dans les troubles dépressifs et/ou l'abus de substances peut amener souvent ces patientes aux urgences hospitalières.

Les liens entre TCA et dépressions sont signalés depuis longtemps. Cité par **LANG** [115], **KAY** en 1953 retrouvait jusqu'à 50 % des anorexiques avec une humeur dépressive. Les tableaux sont variés, allant de la dysphonie intermittente à la dépression caractérisée et durable. La prévalence de la dépression varie de 11 % à 66 % selon les études, au moment du diagnostic de TCA, pour ce qui est des EDM. Sur la vie entière, la prévalence des EDM dans les TCA varie de 16 % à 68 %, semblant plus élevée chez les boulimiques que chez les anorexiques. Les rapports entre TCA et dépression font l'objet de deux hypothèses [115]. Pour certains les TCA seraient une forme de troubles thymique. Pour d'autres les symptômes dépressifs sont probablement secondaires au TCA eux-mêmes plutôt que dus à un épisode primaire. Dans ce second cas, les facteurs psycho-dynamiques joueraient un rôle important, avec des failles narcissiques importantes, le symptôme alimentaire ayant une fonction contradéfensive. Plus qu'une organisation psychopathologique avérée, il conviendrait d'évoquer une «*absence d'organisation stable du Moi et la difficulté de celui-ci à mettre en place des modalités défensives autres que corporelles et comportementales*» [55].

Outre la dépression, certains auteurs rangent les TCA dans le vaste champ des toxicomanies avec des concepts divers comme l'alcoolisme, le tabagisme, les surconsommations médicamenteuses mais aussi certaines conduites à risque et/ou suicidaires [55]. On peut remarquer, et là le travail aux urgences prend sa place, que chez les boulimiques, la prévalence des TS s'élève à 27,8 % et on note un comportement automutilatoire dans 29 % des cas. De même, on trouve une prévalence sur la vie entière de 10 à 60 % pour les drogues, et 12 à 70 % pour l'alcool.

Ainsi, aux urgences, nous pouvons rencontrer des adolescents atteints de TCA, mais souvent à l'occasion d'un trouble associé. Notre travail consiste à évaluer l'urgence symptomatique comorbide et à s'assurer que la prise en charge des TCA est assurée, et que le patient et sa famille bénéficient de l'aide d'un réseau de soin. L'hospitalisation, si elle est nécessaire, sauf urgence somatique vitale, ne devra se faire en psychiatrie qu'après plusieurs entretiens avec le psychiatre et/ou le consultant somatique.

II.3.3 - **Les attaques du corps : les auto-mutilations**

Si les manifestations auto-agressives de l'adolescent sont dominées par le problème des tentatives de suicide, les auto-mutilations constituent un motif fréquent d'accueil aux urgences hospitalières.
Le comportement automutilateur peut être inscrit dans un long parcours depuis l'enfance, nous détectons alors le plus souvent un trouble de personnalité. Ce que l'on voit de plus en plus aux urgences est constitué par des adolescents en souffrance qui vont attaquer leur corps en réaction à une situation insupportable.

L'acte de se couper (lame de rasoir, couteau, morceau de verre, ...) est le plus fréquent et le plus souvent visible car siégeant en général aux poignets et/ou aux avant-bras. Viennent ensuite les brûlures de cigarettes et les coups autoportés.
Sur un plan psychopathologique, deux séries de facteurs convergent par aboutir à la décharge auto-agressive [133] : premièrement des carences de l'image de soi où prédominent les "mauvaises images" non modulées par les aspects positifs potentiels des "bonnes images" de soi ; ensuite l'externalisation des affects, la mise en acte sont le moyen privilégié de lutte contre l'angoisse et l'apaisement pulsionnel. Ces deux éléments, tendance à l'agir et mésestime de soi, expliquent en partie l'auto-mutilation impulsive.

Un facteur déclenchant est en général retrouvé, nous sommes alors au cœur du travail de crise environnementale.

Dans un article consacré à la psychiatrie de liaison, **SIBERTIN-BLANC** et **VIDAILHET C.** s'interrogent sur les liens existants entre l'effraction corporelle et l'effraction psychique d'enfants recevant des soins lourds et nécessitant souvent des gestes invasifs [163]. Les auteurs distinguent dans l'effraction une violence de trois types, «*une rupture du contenant et de l'enveloppe protectrice, suivie d'une attaque du contenu marqué par une sidération de la pensée, enfin une régression affective durable appelant le sujet à rétablir une dépendance anaclitique et protectrice pour contenir de l'extérieur ce qui ne peut plus l'être de l'intérieur*».

Bien sûr la mutilation n'est pas décidée par le sujet, mais ne peut-on penser que le sujet auto-mutilateur recherche cette "sidération de la pensée" facilitant la reprise d'un lien protecteur dans un élan de dépendance anaclitique ?
L'expérience quotidienne aux urgences montre une augmentation d'auto-mutilations chez des adolescents ne présentant pas les caractéristiques habituellement décrites chez les auto-mutilateurs chroniques, à savoir qu'ils ne sont ni encéphalopathes, ni forcément diagnostiqués comme psychopathes, ou psychotiques, ou même borderline.
L'augmentation de ces conduites semble parallèle à celles de l'Agir pathologique.
L'un de nos rôles aux urgences sera de repérer la souffrance dépressive et la dépressivité derrière ce comportement bruyant et ne pouvant témoigner d'une identité stable. Trop souvent encore la phlébotomie est banalisée et l'appel au psychiatre n'est pas aussi systématique que pour la TS ou la violence dérangeante.

III - ENQUETE STATISTIQUE A PARTIR D'UNE EXPERIENCE EN SERVICE D'URGENCES :

Nous allons présenter dans cette partie une enquête rétrospective portant un regard sur notre pratique au sein d'un service d'urgences psychiatriques : le Service de Psychiatrie d'Urgence et de Liaison (SPUL), service détaché du Centre Hospitalier de JURY-LES-METZ. Nous avons regroupé les données chiffrées concernant les adolescents en souffrance rencontrés sur une période de deux ans (années 2001 - 2002). Nous comparerons ces données avec celles d'autres années, afin d'apprécier l'évolution de la demande psychiatrique aux urgences. Nous tenterons une analyse du profil clinique et socio-environnemental de ces adolescents entre 11 et 19 ans.

III.1 - DISPOSITIF DE SOIN DU SPUL:

III.1.1 - **Présentation du service** :

Le Service de Psychiatrie d'Urgence et de Liaison est un service intersectoriel du Centre Hospitalier de JURY-LES-METZ (département de la Moselle). C'est un service intervenant au Centre Hospitalier Régional Notre-Dame de Bon-Secours à Metz depuis le 2 mai 1994, en application d'une convention signée entre ces deux hôpitaux.

Au départ, ce service hospitalier n'était qu'une unité de psychiatrie de liaison à l'hôpital général, assurant à travers un système d'astreintes des consultations aux urgences et dans les services médico-chirurgicaux.
De Mai 1994 à Octobre 1995 l'astreinte était assurée par un pool médical fonctionnant sur un tableau de garde, associé à deux infirmiers psychiatriques du pôle de Jury à temps plein. L'astreinte médicale étaient au départ assurée de 9h à 21h, l'astreinte infirmière de 8h à 22h.

Le 2 octobre 1995, le poste de praticien prévu dans le dispositif a été pourvu, le Docteur PANNETIER assumant l'astreinte de 8h à 18h, participant également avec ses confrères au pool d'astreinte couvrant la nuit (à partir de 18h), les week-ends et les jours fériés.

Peu à peu, l'équipe s'est renforcée à partir de la transformation de l'unité de liaison psychiatrique en service hospitalier, avec la nomination d'un chef de service en 2000.
Actuellement l'équipe médicale est composée de trois praticiens hospitaliers à temps plein, un poste d'assistant des hôpitaux et un poste d'interne de spécialité.
Notre équipe est renforcée par la présence d'une psychologue clinicienne à temps plein.
L'équipe paramédicale se compose de neuf temps infirmiers et d'un Cadre de Santé.

III.1.2 - **L'infrastructure** :

Tout comme l'équipe, les moyens matériels ont évolué depuis l'ouverture de l'unité. Si au départ il s'agissait d'interventions ponctuelles, le service est désormais "multi-sites", et présent de 8h à 22h tous les jours. Les besoins en locaux se sont rapidement faits ressentir devant la multiplication des missions de ce service implanté au cœur de la cité.

Au départ, les entretiens s'effectuaient au lit du patient, en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou en "box" à l'accueil des urgences. Par la suite, la spécificité de notre profession et le nombre de demandes affluant, des locaux ont été mis à notre disposition par le CHR.
Initialement, nous avaient été dévolus deux bureaux disposés au bout du service des urgences, près de l'UHCD. Actuellement, nous disposons toujours de ces locaux, nous permettant d'effectuer les entretiens au calme, en dehors de l'agitation des urgences.
Nous disposons également d'un "plateau technique" à proximité du CHR, étant en quelque sorte notre "PC". Ce centre de consultation nous est précieux afin d'assurer les missions externes aux urgences qui nous ont été confiées.

Enfin, depuis quelque mois, nous travaillons non seulement aux urgences, en psychiatrie de liaison, en réseau (nous le verrons), mais nous avons également la charge d'un service intra-hospitalier au C.H. de Jury. Ce service, constitué d'une quinzaine de lits environ, peut désormais être considéré comme service de crise et/ou de post-crise. Ceci étant, cette appellation est fausse puisque la crise est déjà déplacée dans l'espace quand le patient arrive à Jury. Nous sommes en attente d'un service de lits de crise sur le site même de l'Hôpital Bon-Secours.

Le système informatique est double. Nous avons accès au réseau interne du CHR afin de pouvoir remplir le dossier médical de la façon la plus complète possible. Nous possédons également un système interne à Jury, où notre file active complète est classée.

L'équipe est complétée par la présence de deux secrétaires localisées au Centre Verlaine.

III.1.3 - **Fonctionnement du Service** :

III.1.3.1 - Aspect organisationnel :

Le Centre Hospitalier de Jury, conformément à la convention signée entre les deux hôpitaux, met à la disposition du Service d'Accueil des Urgences (SAU) une couverture médicale 24h sur 24, tous les jours de la semaine.

Un médecin psychiatre du SPUL est à même d'intervenir dans les plus brefs délais. Il doit être joignable de 8h30 à 18h30, même s'il n'est pas sur le site. Une astreinte à domicile est assurée par un psychiatre du C.H. de Jury pour les nuits, les week-ends et jours fériés.

Le SPUL met à disposition au moins un infirmier de permanence de 8h à 22h (SAU et Centre Verlaine). En général nous travaillons avec deux infirmiers le matin, autant l'après midi pour répondre aux demandes à l'accueil des urgences, et un infirmier référent de la Psychiatrie de Liaison, sur des périodes de quinze jours.

La journée commence par un "staff" à 8h30 au Centre Verlaine où nous prenons connaissance des patients présents en UHCD, à l'Accueil et en Liaison. Ce qui compte le matin, c'est d'être avant tout organisés, de manière à ce que le partage du travail entre nous (médecins et infirmiers) permette de prendre un maximum de temps avec chaque patient.

Parallèlement à l'activité aux urgences proprement dite, nous effectuons également des consultations de reconvocation, ou de suivis brefs (une semaine à deux mois).

Nous allons voir que nos missions sont en effet nombreuses.

Nous travaillons au SAU en binôme (médecin / infirmier) dans la mesure où nous avons le temps. Les jours où nous sommes dépassés par le nombre des consultations, nous scindons ce binôme tout en continuant à travailler en "liaison" afin d'évaluer les situations. L'infirmier reste en effet sous la responsabilité du médecin quant aux décisions.
Notons qu'aux urgences le rôle de l'infirmier est particulièrement important étant sollicité au niveau de sa spécificité. C'est souvent lui qui intervient en première ligne et évalue la situation.

III.1.3.2 - Nos missions :

Par sa caractéristique multi-sites, le SPUL permet d'intervenir dans des situations très variées.
Comme nous venons de le voir, nous sommes là premièrement pour assurer la prise en charge des patients aux urgences (SAU et UHCD) afin d'effectuer un meilleur repérage des troubles psychiatriques, et trouver la proposition d'orientation la plus adéquate. C'est le travail de crise décrit plus haut.
Deuxième mission importante : la liaison de psychologie médicale dans les différents services médico-chirurgicaux. Ce travail de liaison peut être un avis, un suivi, ou bien un travail de liaison en réseau avec les partenaires extérieurs. C'est l'occasion aussi, comme aux urgences, d'effectuer un travail éducatif et de prévention avec les équipes soignantes.

Enfin, le plateau technique du Centre Verlaine nous permet d'effectuer certaines missions de réseau incombant aux urgences. Certaines aussi sont extérieures à l'hôpital.
Ces missions sont nombreuses :

- Intervention de crise : reconvocation, passage de relais.

- Prise en charge du psycho-traumatisme : individuel ou collectif (débriefing). C'est la psychologue du service qui en est la responsable, en relation avec le représentant départemental de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), chef de service du SPUL.

Nous avons déjà effectué plusieurs CUMP, le Centre Verlaine pouvant nous servir par la suite à la poursuite d'un travail.

- Consultation de victimologie : sur le plan psychologique, mais aussi juridique. Nous avons une permanence tous les vendredis, de 11h à 14h par une informatrice juridique du CIFF / CEDIFF (convention avec le C.H. de Jury).

- Consultation externe : médecins généralistes, "trop plein" des CMP, attente trop longue en libéral, ...

- Travail de réseau : travail pour le PRS suicide ; l'hépatite C, HIV, Colord Spa (douleur et soins palliatifs) ; une convention avec l'Hôpital Belle-Isle assure ainsi une vacation une fois par semaine sur place (sorte de liaison externe).

- Travail de liaison social : réseau ville - hôpital ; convention avec l'A.I.E.M. ; travail de liaison avec la P.A.S.S. ; bref avec l'ensemble des acteurs de la précarité.

- Activité clinique externe au B3 Nord (service de crise et post-crise) assurée par deux médecins à tour de rôle.

- Travail de liaison avec le Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents (C.A.S.A.). Un travail plus étroit est notamment effectué par rapport aux adolescents à partir de cette année, avec un partenariat renforcé et un travail d'équipe plus fréquent qu'auparavant.

III.2 - REGARDS RETROSPECTIFS SUR LES SITUATIONS CLINIQUES RENCONTREES :

L'étude suivante porte sur deux ans (2001 - 2002) et regroupe l'ensemble des données concernant l'accueil des adolescents en urgence, quel que soit le motif.

La mise en place du PMSI en 2002 a permis de retrouver les chiffres plus rapidement, complétés par les données biographiques, socio-environnementales et cliniques à travers les observations.

III.2.1 - **Données épidémiologiques :**

Les données épidémiologiques suivantes sont le fruit d'un recueil journalier. Ce dernier est constitué d'observations médicales et infirmières, approche diagnostique séméiologique, donc dimensionnelle.
D'autre part, nous nous sommes servi également du recueil du PMSI, outil catégoriel plus ou moins imposé et parfois limitatif dans la description d'une situation (le PMSI étant basé sur la dixième Classification Internationale des Malades (CIM X).

Nous avons étudié l'ensemble des demandes, afin de comparer celle-ci avec les autres années. D'une année à l'autre, nous observons une augmentation des demandes, que ce soit au SAU ou en psychiatrie de liaison.

		URGENCE	LIAISON
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS	2001	2005	1091
	2002	2088	1118
NOMBRE DE PASSAGES	2001	2284	/
	2002	2350	/
NOMBRES D'ACTES	2001	3350	/
	2002	3361	/
LES 11-19 ANS	2001	181	85
	2002	193	92

Tableau n° 1 : Nombre de patients vus en urgences au SAU et en psychiatrie de liaison

Comparativement avec les autres années, on note une augmentation du nombre de consultations pour les adolescents entre 11 et 19 ans. Ainsi, en 1994 - 1995, ils représentaient 6 % de la file active, en 1996, 8 %, contre 11 % en 2001 ou 2002. Cette augmentation est proportionnellement supérieure à l'augmentation globale de la demande.

On a pu noter en particulier une assez forte augmentation des tentatives de suicides, avec par exemple un chiffre de 71 en 1996 (IMV + TDA), contre 106 en 2002, comme le montre le tableau suivant :

TYPES DE DEMANDE	2001	2002
Intoxication Médicamenteuse Volontaire	81	90
Consultation	17	15
Tentative d'autolyse	15	16
Demande d'hospitalisation	15	10
Violence	13	14
Agitation	12	15
Exogénose	10	11
Malaise	08	08
Angoisse	07	04
Auto-mutilation	06	05
Agression	02	03

Tableau n°2 : Motifs d'intervention

L'augmentation des pathologies de l'Agir entraîne pour nous un problème d'orientation et de protection des adolescents en danger. Nous sommes face à un déficit en structures hospitalières à même de pouvoir gérer une crise. Face à cette augmentation du nombre de suicidants, la gestion de ces gestes extrêmes dans un moment de crise ne nécessite pas forcément une hospitalisation en "psychiatrie classique", mais un temps minimum pour entendre le suicidant et donner du poids et un sens à son geste. L'utilisation des lits d'UHT (Unité d'Hospitalisation Temporaire) aux urgences ou en pédiatrie est d'une aide précieuse mais parfois insuffisante en termes de durée.

Toutefois, c'est grâce à notre implantation à l'hôpital général que ce travail de partenariat avec les somaticiens urgentistes permet une prise en charge globale du patient en souffrance.

Les tableaux suivants montrent comment se fait cette orientation en trois temps : orientation initiale, évaluation, puis orientation finale.

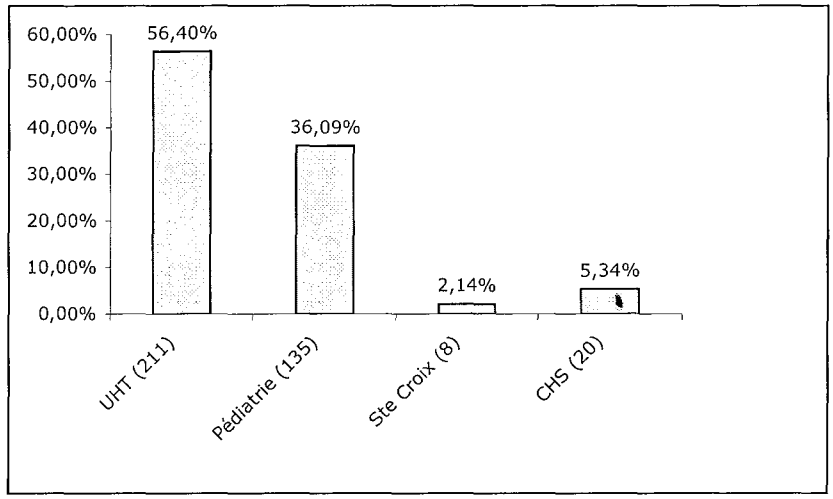

Tableau n° 3 : Orientation initiale au SAU.

N.B. :
* UHT : Unité d'Hospitalisation Temporaire
* Pédiatrie : Service de l'Hôpital Bon-Secours ;
* Ste Croix : Hôpital de ville - Service de pédiatrie, avec 6 lits réservés à la psychiatrie
* CHS : Centre Hospitalier Spécialisé.

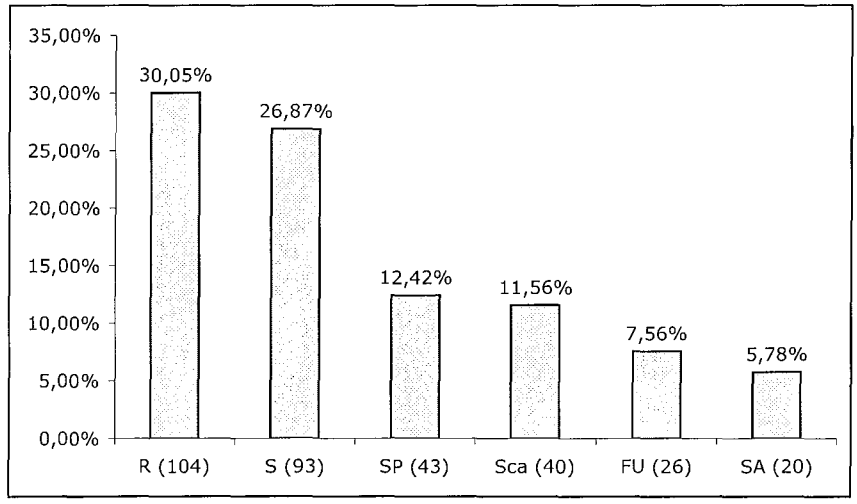

Tableau n° 4 : Orientation après évaluation (2001 - 2002)

N.B. :
* R : Reconvocation
* S : Sortie avec coordonnées du service
* SP : Suivi avec la psychologue du service
* SCa : Suivi CASA (Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents)
* FU : Foyers d'Urgence
* SA : Suivi ambulatoire (CMP ou libéral)

L'hospitalisation en UHT se fait en générale (90 % des cas) à la suite d'une IMV. Ces lits appartiennent aux urgences et leur priorité reste le soin somatique. Nous sommes face à un besoin de lit d'évaluation permettant de prendre du temps et de désengorger les urgences mais aussi l'hôpital psychiatrique. L'orientation "terminale" se fait donc parfois avec le sentiment d'un travail incomplet.

Outre l'augmentation des pathologies de l'Agir, ce qui apparaît frappant en pratique et après avoir réuni les données statistiques, est l'impression d'abandon vécu par les adolescents. Souvent nous ressentons l'absence de soutien intra-familial et la peur d'être abandonné par l'Institution, souvent le seul endroit où une écoute est possible. Ainsi, la dépression d'abandon décrite par **MARCELLI** apparaît en tête parmi les diagnostics que nous avons tenté de poser.

DIAGNOSTICS	2001	2002
Episode Dépressif Majeur	9 (5 %)	10 (5,18 %)
Dysthymie	13 (7,2 %)	15 (7,77 %)
Dépression d'Abandon	41 (22,77 %)	42 (21,76 %)
Dépression d'Infériorité	12 (6,66 %)	10 (5,18 %)
Menace Dépressive	23 (12,77 %)	27 (15 %)
Trouble de la Personnalité	92 (51,1 %)	100 (51,8 %)
Prise de Toxiques	125 (69,44 %)	141 (75 %)

Tableau n° 5 : Diagnostics les plus fréquents.

Nous voyons ici l'importance de l'aspect psychodynamique dans l'évolution diagnostique. En effet, nous trouvons que l'approche catégorielle du PMSI n'est pas opérationnelle quand il s'agit de parler de crise ou de dépression de l'adolescent. Ainsi, comme nous le disions en première partie, on ne peut aboutir à des résultats identiques selon qu'on tente une approche psychodynamique (menace dépressive, ambiance dépressive, concept d'objet comblant ou défaillant, ...), ou au contraire une approche catégorielle, purement descriptive.

Ainsi, l'impression que l'abandonnisme est retrouvé de façon si fréquente reste subjective mais essentielle à notre sens quand on s'attache à la prise en charge des adolescents.

D'autre part, ce trait symptomatique constitue un facteur de fragilisation et donc de risque de passage à l'acte.

Un autre facteur nous est apparu important à étudier : les caractéristiques socio-familiales des adolescents et notamment leur scolarité et le schéma de leur milieu familial. Les modifications de la cellule familiale nous sont apparues flagrantes au vue de nos statistiques.

SCOLARITE	2001	2002
Normale	102	100
Spécialisée	36	46
Déscolarisation	28	28
Travaille	11	9

Tableau n° 7 : Etat de la scolarisation des adolescents rencontrés

SITUATIONS	2001	2002
Mariés	31	32
Séparés	30	34
Divorcés	84	81
Famille recomposée	36	46
Parents Pedus Deuve	24	18

Tableau n° 8 : Situation des parents

Enfin, est apparu un phénomène inquiétant : l'utilisation de toxiques de manière régulière. Au premier rang, le cannabis, suivi de près par l'alcool et les psychotropes. Les adolescents rencontrés semblent majoritairement y rechercher une solution d'apaisement, et surtout, à notre sens, une escalade dans un comportement toxicomaniaque.

TOXIQUES	2001	2002
Cannabis	98 (54,44 %)	100 (51,8 %)
Ecstasy	11 (6,11 %)	12 (6,25 %)
Cocaïne	5 (2,77 %)	7 (3,6 %)
Alcool	31 (17,22 %)	44 (22,79 %)
Psychotropes / antalgiques	18 (10 %)	19 (9,84 %)

Tableau n° 6 : Toxiques les plus utilisés. Nombre de consommateurs parmi les adolescents rencontrés
(consommations régulières, soit plus d'une fois par semaine)

III.2.2. - **La dépressivité au cœur de l'ambiance dépressive** :

C'est donc une impression clinique d'adolescents "sans gravité", sans repères, à laquelle nous sommes confrontés, adolescents souvent sujets à des prises de risques importantes.
Ainsi, "l'ambiance dépressive" apparaît pour nous proche des 60 %, teintée d'une dépressivité très importante, témoignant d'une souffrance parfois indicible.
Le recours aux conduites à risque est fréquent, et la dimension ordalique de nombreux gestes apparaît flagrante aux urgences.

Nous sommes face à un double problème : des adolescents en souffrance présentant un vécu dépressif et abandonnique et parallèlement une carence de holding à l'intérieur même de leur famille.
Nous rencontrons des adolescents au profil clinique "limite" et fonctionnant sur un mode de "dépressivité" chronique, aggravée par une consommation de toxique étonnante, majoritairement du cannabis. L'impression laissée par une majorité d'adolescents est une impression de vide, d'absence de motivation mais également une absence de racines. L'influence de la consommation quotidienne de cannabis reste à démontrer mais la co-occurrence de celle-ci avec des traits de personnalité limite ou dépressive a été montrée dans de nombreuses études. Celle de **CHABROL** et coll montre une forte liaison entre les personnalités limites et la consommation de cannabis [46]. D'autre part, cette enquête portant sur 212 adolescents et jeunes adultes (15 - 25 ans) met en évidence une possible dissimulation des symptômes dépressifs et anxieux derrière l'absorption de substances, tout en insistant sur les effets dépressogènes à long terme du cannabis.

Au total, notre impression est une augmentation du nombre d'adolescents caractérisés par une irritabilité affective, une intolérance à la frustration, une impulsivité, un vécu abandonnique et une "démotivation vitale".

Sur un plan psychologique, nous pouvons observer un accroissement des dépressions par excès de lien (objet comblant) avec de nombreux parents se présentant en position de faiblesse face à leurs enfants (contexte socio-économique souvent au premier plan des préoccupations). Par ailleurs, le concept d'objet défaillant prend lui aussi une importance considérable à l'heure actuelle, avec une carence de construction du narcissisme.

Enfin, nous pouvons sans doute constater que, parallèlement à la fréquence de ces deux types de dépressions décrites par **MARCELLI**, de plus en plus d'adolescents vivent au contact de l'objet excitant que nous venons de décrire : le produit toxique, licite ou non.

Nous allons maintenant essayer de comprendre l'évolution de cette demande psychiatrique en urgence pour des adolescents en souffrance.

TROISIEME PARTIE :

LA SOUFFRANCE DEPRESSIVE DES ADOLESCENTS ET L'URGENCE : UNE RENCONTRE INEVITABLE ?

Notre expérience aux urgences d'un hôpital général nous pousse à constater l'augmentation de la pathologie dite "de crise". Force est de remarquer que l'adolescent dépressif tente de résoudre ses conflits (internes et externes) par l'intermédiaire du passage à l'acte. L'Agir pathologique remplace peu à peu l'élaboration psychique en court-circuitant le langage.
Cet Agir, considéré comme l'une des caractéristiques de l'adolescence, apparaît comme un nouveau mode d'expression et de résolution pulsionnelle. Nous remarquons que ces passages à l'acte itératifs, sous-tendus par une résurgence de la violence fondamentale à l'adolescence, s'intègrent dans le vaste champ des conduites à risque.
L'augmentation des tentatives de suicide, ou de l'utilisation de toxiques pose la question des rapports entre conduite à risque et la tradition ordalique. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'Idéal du Moi individuel de l'adolescent n'est pas freiné dans sa construction par le contexte socioculturel actuel. Vivant dans une société pour le moins paradoxale dans ses injonctions, et ne pouvant entrevoir un Idéal, la vie pulsionnelle de l'adolescent l'entraîne dans une quête de sensations et d'émotions basées sur le "goût du risque".

D'autre part, une société de "jouissance immédiate" propose-t-elle à un adolescent un projet de vie fondé sur le Désir ? Les modifications structurales de la famille ont-elles une incidence sur l'explosion de cette violence tant médiatisée ?
Les attaques répétées contre le corps, mais aussi contre le cadre, témoignent sans doute d'une perte du sens de la limite elle-même témoin d'une certaine "désespérance".
Assistons nous à une modification de la clinique symptomatique, ou, comme le propose **MELMAN** [138], à une radicale évolution structurelle collective et individuelle ? A une époque où le scientifique l'emporte sur le religieux, et où la nosographie catégorielle domine la subjectivité individuelle, que devient la souffrance d'un adolescent en proie à la "menace dépressive" ?

Face à cette modification de la demande psychiatrique, l'implantation de notre spécificité à l'hôpital général apparaît aujourd'hui incontournable. Nous réfléchirons en conclusion à cette demande "en urgence" qui s'avère elle aussi en constante augmentation, parallèlement à l'augmentation des cas de "dépression".

I - CONSTAT ACTUEL DE L'ACCROISSEMENT DU RECOURS A L'AGIR :

I.1 - PLACE ET SIGNIFICATION DE L'AGIR À L'ADOLESCENCE :

L'Agir n'est pas seulement le fait de l'adolescent présentant des troubles psychiques. C'est son utilisation privilégiée comme mode de communication qui peut, par sa répétition et ses conséquences, devenir pathologique. Tout adolescent, sujet en formation et presque en "mutation", utilise l'acte comme preuve de son existence. «*Je me tue parce que je n'existe pas... ce qu'il fallait c'était un acte, un adolescent a osé*» [49]. Cette phrase sortie de la bouche d'un enfant (*Lucien*) ne traduit pas notre vérité, mais la sienne, à travers son ressenti.

Différents facteurs peuvent apparaître comme favorisant un tel mode d'expression. On retrouve ici l'intrication inévitable entre des facteurs internes et environnementaux, points communs entre l'adolescence et la situation de crise que nous affrontons quotidiennement aux urgences.

I.1.1 - **Les facteurs environnementaux** [133]

L'intégration sociale apparaît comme une nécessité, un impératif pour un sujet en pleine maturation. Nous l'avons vu, ce passage de l'enfance à l'âge adulte peut être brutal et l'identité sociale apparaître difficile à acquérir chez un jeune à l'identité personnelle mal établie.
Cette période de changement est double. Interne d'une part, mais aussi externe avec la confrontation à une réalité ne correspondant pas forcément à l'idéal romantique de *René*, pour reprendre notre exemple littéraire.

Ainsi, à l'adolescence, on se trouve face à une situation psychique marquée par le clivage ou du moins le paradoxe. L'adolescent se voit promettre la liberté, l'autonomie et l'indépendance comme autant de moyen d'accession au "dégagement" des imagos parentales pour reprendre l'expression de **LAGACHE** [101]. Parallèlement, on lui fait comprendre que son environnement socioculturel doit l'accepter et qu'il doit s'y fondre. Dans une période de construction d'identité, cette organisation sociale peut exercer trop de pression sur l'adolescent.

Le discours tenu par le corps en plein développement et porteur de promesse de liberté se voit contrer par le poids d'une société n'ayant pas toujours transmis un héritage compréhensible.

Ce changement de statut social n'offre pas les mêmes repères objectivables que les modifications pubertaires du corps ou que les rituels d'initiation. Pour **JEAMMET**, cette accession au statut d'adulte pourrait se formuler par l'injonction biblique «*tu quitteras ton père et ta mère*» [98]. Il établit une corrélation entre cette injonction et l'accession à un corps apte à agir les pulsions, le groupe social devant assurer l'intériorisation des deux interdits fondateurs qui sont l'inceste et le parricide. On peut s'interroger dès lors sur cette injonction paradoxale, dans nos sociétés occidentales, dans la mesure où l'évolution sociale actuelle retarde la capacité d'autonomisation des jeunes, au point d'assister à la création de nouveaux termes comme celui de "post-adolescence".

Ainsi, si l'adolescence en elle-même peut favoriser la tendance à agir les pulsions, par l'accession au corps pubère, l'interaction sociale joue sans doute un rôle non négligeable. Remarquons déjà que l'augmentation des conduites de l'Agir est peut être à mettre en parallèle avec le problème de la transmission, «*une société sans héritage*» comme le dit **CHAR**, ne pouvant exiger l'obéissance d'une génération pleine d'espoir, mais vivant dans le paradoxe.

I.1.2 - **Approche psychopathologique** :

L'adolescent trouve actuellement en lui les conditions favorables à l'Agir. Phase de maturation et de changement, le processus psychique de l'adolescence s'organise, nous l'avons vu, autour du conflit narcissico-objectal. Autrement dit, il y a une difficulté à gérer la rencontre entre l'objet externe et le monde interne de l'adolescent. Menacé narcissiquement par un objet trop excitant, le conflit ne peut trouver d'abord d'autre issue que dans l'acte. «*Le monde interne est alors un état de non-fonctionnalité au profit de la sensorialité, de l'actuel et de l'Agir*» selon **DELORME** [63].

C'est la difficulté d'élaboration psychique, pouvant être vécue comme trop excitante, qui va provoquer une sorte de paralysie du langage.

Ce dernier devient impropre à traduire ce que ressent l'adolescent qui va alors se fabriquer un vocabulaire traduisant mieux ses émotions, par le biais de néologismes propres aux "jeunes". Cela permet une certaine exclusion de l'adulte, jugé trop dangereux sur un plan narcissique et le rapprochement avec les pairs, dans une «*communauté de compréhension*».
L'Agir a ainsi une fonction protectrice, et peut être considéré comme un "mécanisme de défense". En cela il aurait une fonction restitutive par rapport au Moi.

Cité par **MARCELLI** et **BRACONNIER** [133], **JEAMMET**, en 1980, explique la fréquence des troubles du comportement ainsi «*en passant à l'acte, l'adolescent a besoin de se redonner un rôle actif qui contrecarre le vécu profond de passivité face au bouleversement subit, évitant ainsi la prise de conscience douloureuse et facteur de dépression, dans la mesure où elle ferait ressentir le caractère conflictuel de sa situation ainsi que sa solitude et le vécu de séparation qu'implique tout mouvement réflexif*». Ainsi, l'Agir serait une protection contre le ressenti d'affects dépressifs. Considéré ainsi, il s'agirait d'une conduite mentalisée.

Différents auteurs opposent l'Agir selon qu'on le considère comme entrave à la conduite mentalisée ou comme mécanisme de défense psychique. Cela permet d'effectuer la distinction entre passage à l'acte impulsif où la détermination inconsciente le rapproche de l'acting-out des psychanalystes, et le passage à l'acte compulsif, véritable activité-symptôme où la fonction défensive apparaît nettement.
Ce qui peut paraître inquiétant au regard de notre expérience quotidienne est que peu d'adolescents en souffrance parviennent à se maintenir dans l'action. L'action est différente de l'Agir en ce sens qu'elle est le prolongement du travail psychique d'élaboration. L'Agir, qu'il soit interne ou externe, offre une modalité de décharge pulsionnelle, en se substituant au travail psychique. Il apporte un équivalent d'objet substitutif de l'objet interne, et par là une illusion de maîtrise de la distance aux objets externes, tout en niant la relation de désir aux objets internes. Agir dans l'opposition et la négation de l'autre apparaît plus supportable qu'une prise de conscience et l'aménagement d'une relation d'ambivalence [98].

En suivant un modèle identificatoire constitué par son milieu social, l'adolescent s'exprime de plus en plus à travers la violence et le risque. Cette expression du mal-être l'est tout particulièrement aux urgences, où l'on vient rechercher les limites.

I.2 - LA VIOLENCE AU CŒUR DE LA PROBLEMATIQUE ADOLESCENTE :

I.2.1 - **Point de vue psychodynamique** [74] [99]

«*Grandir est par nature un acte agressif*» nous dit **WINNICOTT**.

Nous avons vu qu'il ne fallait pas confondre violence et agressivité, celle-ci étant une des modalités d'aménagement de la première. Les formes d'expressions de la violence reflètent les modalités d'aménagement par le Moi, et par là même les capacités d'adaptation du sujet. Pour **A. FREUD**, «*la recrudescence de l'activité fantasmatique, les poussées vers des satisfactions sexuelles prégénitales, c'est-à-dire perverses, l'agressivité, la délinquance, voilà autant de victoires partielles du Ça. L'apparition d'angoisses, les manifestations de l'ascétisme, l'accentuation des symptômes névrotiques et des inhibitions dénotent, elles, un renforcement de la défense, c'est-à-dire des victoires partielles du Moi*» [38].

L'adolescence est une période sujette à la «*dépression du Moi*», c'est-à-dire à un sentiment d'insécurité interne en parallèle de la recherche d'une identité stable. Cela implique l'existence de facteurs de protection, voire de résilience, en relation même avec les capacités de sécurisation interne. L'adolescent va puiser sa confiance dans ses objets infantiles d'attachement, confiance renforcée durant la phase de latence. C'est donc une période d'attente d'un objet protecteur visant à combler les failles de ce narcissisme primaire réactualisé. «*Sans l'objet, l'appétence de l'enfant, sa pulsionalité ne sont que violences en quête d'un contenant et d'une limite*» nous dit **JEAMMET** [99].

Pour lui, le «*sentiment continu d'exister*» (**WINNICOTT**) ne peut être obtenu que dans la différenciation de Soi et d'un non-Soi. La notion d'«*espace psychique élargi*» métaphorise cet état du lieux où l'appréciation de la distance, la confusion entre soi et l'autre, entre l'extérieur et l'intérieur d'un espace psychique propre, dépendra du bon usage d'un auto-érotisme sur lequel s'étaieront les nouveaux choix d'objets [65].

Pour **JEAMMET** il y a deux voies primaires pour arriver à se sentir exister : celle des sensations et celle des émotions. La voie des émotions est celle de l'intériorisation des affects (voire des sensations) modulées par la qualité des échanges relationnels. Celle des sensations représente un substitut aux échecs relationnels, donc de la rencontre avec l'autre.

Cette deuxième voie établit un contact superficiel, «*à la périphérie du Moi*», mais pas de lien. La relation est donc absente, il n'y a personne en face de l'adolescent bouillonnant de sensations, restant donc au niveau du domaine de perceptivo-moteur. Cette relation absente engendre la violence et l'auto ou l'hétéro-destruction. Le caractère autodestructeur sera «*proportionnel à la sévérité de la carence relationnelle*» [99].

Le Moi carencé est par conséquent en insécurité interne, révélé ou accentué ou moment de l'actualisation du conflit intra-psychique de l'adolescence.
Ce conflit à deux issues possibles pour **A. FREUD**, soit «*le Ça devenu puissant, écrase le Moi, et alors le caractère du sujet est entièrement transformé et les débuts de l'âge adulte s'effectueront sous le signe d'une tempétueuse et effrénée satisfaction des instincts, ou bien c'est le Moi qui est vainqueur*» [74]. Le risque, en cas de "victoire" du Ça, est le recours à des mécanismes de défenses primaires (comme le retournement contre soi) montrant une difficulté dans la différenciation subjet-objet, et en tout cas d'un manque de «*réserves narcissiques suffisantes pour avoir une marge de jeu par rapport à une relation d'objet*» [99]. Le recours à l'identification projective (ou narcissique) est alors à la base de nombreux comportements violents. Le passage de ce processus à celui d'identification introjective, essentiel dans le processus d'adolescence, est conditionné par «*l'élaboration de la position dépressive, dont la réussite sous la prédominance des pulsions libidinales permet de renoncer au recours massif à l'identification projective avec l'objet utilisé auparavant pour dénier la reconnaissance de la séparation avec les angoisses qui l'accompagnent*» [90].

A cet âge où la rencontre avec l'objet peut prendre un caractère excitant et investi d'une charge libidinale menaçante, le recours à des mécanismes de défense archaïques offre au sujet l'illusion de se délivrer de l'emprise de l'objet. L'acte violent lui donne une impression de maîtrise là où il vivait l'existence de l'objet comme une menace le renvoyant à sa peur de la passivité. La violence a une fonction anti-relationnelle, visant à effacer toute trace de liens. L'auto-érotisme devient besoin de sensations violentes et dangereuses pour se sentir exister.
La notion de plaisir disparaît et l'Agir l'emporte en devenant mécanique et dénué de toute activité fantasmatique. C'est un jeu violent avec la mort qui s'engage, et la répétition entraîne le jeune dans une impasse psychique.
La pratique clinique montre de jeunes adolescents vivant leur vie au gré des sensations, du sensationnel et de l'acte.

On peut remarquer un nombre croissant d'adolescents n'ayant pas accès au travail de représentation donnant lui-même accès à la conscience réflexive. Tout se passe comme si l'ouverture cognitive propre à cet âge ne se faisait pas. Il semblerait que nous assistions à une modification des schémas cognitifs proposés par **PIAGET** [133].
Dans la théorie cognitive de ce dernier, le stade des opérations formelles correspond au développement de la structure de "groupe combinatoire" et débute à partir de 12 ans. Après le stade opératoire concret, l'accession au stade opératoire formel se caractérise pour le "pré-adolescent" (12 - 16 ans) à raisonner par hypothèses, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier. Sont alors accessibles la notion de probabilité, la volonté de démontrer ce qui est énoncé ou encore le besoin de méthodes expérimentales. Sur le plan pratique, apparaît alors la mise en place d'un raisonnement hypothético-déductif avec l'accession au groupe des opérations formelles de transformation : l'identique, la négation, la réciproque et la négation de la réciproque, c'est-à-dire la corrélative.

Ainsi, au stade des opérations formelles, le rapport au monde change : l'intelligence accède à un niveau tel qu'elle se situe sur le plan des relations entre le possible et le réel, mais avec une inversion de sens remarquable car, nous dit **PIAGET**, au lieu que «*le possible se manifeste simplement sous la forme d'un prolongement du réel, c'est au contraire le réel qui se subordonne au possible*» [133]

Sur le plan psychopathologique, les difficultés d'accession à la pensée formelle ont pu être tenues pour l'un des facteurs jouant un rôle dans les conduites psychopathiques, en particulier avec les notions de dysgnosie, dyschromie et dyspraxie. Ainsi, on retrouve fréquemment les trois types de perturbations chez des adolescents psychopathes, regroupées sous le terme de "dysharmonies cognitives". De plus en plus souvent on retrouve un quotient intellectuel limite ($60 \leq QI \leq 85$) accompagnant ce "syndrome". Pour certains auteurs, cela correspond à un mécanisme psychique de défense, mis au service du clivage (véritable équivalent de défense maniaque au sens Kleinien du terme). Pour d'autres, il n'est que la conséquence des perturbations subies dans la petite enfance, ayant entravé l'investissement des processus secondaires de pensée (et représente alors la cicatrice des multiples ruptures subies dans les premières années).

On voit bien comment une difficulté d'accession aux structures combinatoires peut rendre compte des difficultés relationnelles, en particulier l'impossibilité d'accéder à la compréhension de la réciprocité et de la mutualité dans les échanges sociaux et/ou affectifs.

Tous ces éléments tendent à essayer une explication psychodynamique du phénomène de la violence à l'adolescence, très médiatisé à l'heure actuelle en raison notamment de l'augmentation de la délinquance infanto-juvénile.

I.2.2 - **La délinquance infanto-juvénile** :

Les consultations en urgence pour des troubles du comportement violents, voire délinquants ne cessent d'augmenter. Nous avons vu que nous sommes sollicités de plus en plus pour évaluer psychologiquement des adolescents présentant des conduites délinquantes. S'il ne faut pas confondre leur augmentation et celle de leur repérage, il faut constater qu'elles s'avèrent préoccupantes aujourd'hui.

I.2.2.1 - La délinquance devient-elle un mécanisme de défense ?

Si les statistiques constataient jusqu'en 1996 que la majorité des délinquants juvéniles étaient âgés de 16 à 18 ans (avec un pic autour de la 16ème année), il faut constater actuellement l'augmentation du nombre de mineurs entre 11 et 15 ans impliqués dans des délits en rapport avec des réseaux de toxicomanie ou de prostitution (cf tableau n° 11 - Annexe 5). C'est le cas exemplaire d'Alexandre, noyé dans un milieu perverti et chez qui l'Agir tient lieu d'expression de sa souffrance. Ainsi nombre de jeunes adolescents ont déjà eu affaire à la justice, voire à l'enfermement.

De la même manière, on peut signaler cette "structuration" délictogène se manifestant par une vive agitation psychomotrice, potentiellement prédictive d'un avenir engagé dans la délinquance [57].

Selon l'enquête de **CHOQUET** en 1998 [49], 8 % des adolescents ont déclaré avoir commis un acte violent sur quelqu'un au cours des douze derniers mois (prédominance chez les garçons, 12,2 %, contre 3,5 % pour les filles).

Chez les garçons, les plus de 15 ans reconnaissent en plus grand nombre avoir frappé ou blessé physiquement une autre personne.

Un schéma classique décrivait la gravité des actes en fonction de la tranche d'âge :

- avant 13 ans : comportements de "turbulence pubertaire" ;
- 13 - 16 ans : conduites répréhensibles questionnant l'autorité ;
- 16 - 18 ans : comportements illégaux ;
- Après 18 ans : comportements attentatoires.

Il semblerait que ce schéma évolue, voire soit dépassé actuellement, avec l'apparition de conduites dangereuses de plus en plus jeune.

En termes de délinquance, on note ainsi une augmentation régulière ces trois dernières années.
Ces conduites comprennent [5] :

- vandalisme, saccage, destruction, incendie volontaire : + 20 %
- racket, menaces par extorsion : + 34 %
- coups et blessures : + 25 %
- agressions sexuelles : + 18 %
- port d'armes à feu : + 20 %
- détention et trafic de substances illicites : + 29 %
- 55 % des incendies volontaires sont le fait de mineurs.

Toutefois, il faut garder à l'esprit que si les adolescents délinquants et/ou violents sont particulièrement "visibles", l'immense majorité des six millions de jeunes scolarisés en France ne va pas si mal que cela. Les délits sont un phénomène social sujet à des prises de position liées à l'évolution des idées et pouvant entraîner des modifications de la lecture des transgressions. Ainsi, l'accroissement du sentiment d'insécurité joue un rôle tout comme la diminution de la tolérance à l'égard des jeunes, pourtant si "glorifiés" médiatiquement.

A noter, ce n'est pas tant la quantité des transgressions qui importe, mais plutôt leur signification.

Ainsi, la délinquance actuelle «*appelle aussi le goût du risque et l'affrontement aux limites ; elle est inédite, au moins dans son extension. Elle métaphorise un jeu avec le symbolisme social, mais aussi avec la mort*» [119]. Pour **LE BRETON**, la délinquance semble se satisfaire de la transgression. Elle est différente d'actes visant à acquérir un bien par la force, et est vécue souvent comme un jeu transgressif. Elle répond souvent à une logique de défit et de provocation à l'égard de la société adulte. Pour **DUBET**, cité par **LE BRETON**, la délinquance n'est pas le centre d'intérêt, ni un moyen de subsistance, «*elle est diluée dans l'écoulement des jours et décrite banalement*».

Ces expérimentations participent donc à la quête d'identité et de limites corporelles et sociales des adolescents. «*Actes conjuratoires, conduites symptomatiques des conflits, des pulsions et de l'imaginaire juvénile*», l'Agir concerne plus le problème de l'insertion sociale des adolescents pour **COSLIN** [57]

I.2.2.2 - La rupture du lien au cœur de la violence :

Le discours des médias a pris pour habitude de caricaturer et d'insister sur le stéréotype de l'adolescent violent et dangereux (repris d'ailleurs par un certain discours scientifique contemporain ne manquant pas de conforter cette image déformée et péjorative des "jeunes" et de leur comportement).

Selon l'enquête de 1994 de **CHOQUET** et **LEDOUX** [50], un adolescent scolarisé sur cinq peut être considéré comme violent (garçon 28 % ; filles 14 %). Dans cette enquête, les auteurs montrent que les adolescents victimes de violences dans l'enfance sont eux-mêmes plus violents que ceux n'ayant pas subi ces atteintes. Ainsi, lorsque les 11 - 13 ans ont été victimes de violences physiques, 43 % présentent des conduites violentes (49 % en cas de violences sexuelles), cette proportion n'étant que de 18 % chez ceux qui n'ont pas été violentés.

Le problème des enfants victimes de violences est à présent bien connu, même si la reconnaissance des violences sexuelles a été plus tardive.

Ainsi, entre 1992 et 1995, le nombre de signalements d'enfants en danger a accusé une progression de 40 % [5]. La violence subie par les adolescents est un peu moins étudiée.

Toujours d'après **CHOQUET**, 15 % des adolescents de 11 à 19 ans ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et 3,8 % de violences sexuelles. Selon l'enquête de 1998 [49], 7,8 % ont déclaré avoir été frappés ou blessés physiquement au moins une fois au cours des douze derniers mois ; 3 % se plaignent de racket sur la même période.

«*On dit d'un fleuve violent emportant tout sur son passage qu'il est violent, mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent*». Cette métaphore de **Bertolt BRECHT**, reprise par **MARCELLI** et **ALVIN** [5], montre toute l'importance pour le clinicien de se poser la question de la "fonction" de la violence, c'est-à-dire de savoir si ce comportement n'est pas la répétition de la violence connue dans l'enfance. Pour **MÂLE**, «*nous sommes constamment tentés par l'actualité et nous négligeons parfois la racine profonde des troubles*» [128]. Force est de constater un profil assez commun pour ces adolescents violents, sur le plan biographique et familial.

Certaines caractéristiques sont retrouvées fréquemment :

- la séparation ou l'éclatement du milieu familial ;
- les antécédents de placements ;
- la pauvreté socio-économique ;
- le rôle favorisant de la déscolarisation ;
- l'association habituelle avec d'autres troubles.

Ainsi, un premier facteur favorisant l'éclosion de la violence est la séparation d'avec l'objet primaire. Beaucoup de ces jeunes ont été précocement placés et ont connu par la suite de multiples changements de milieu de vie. La rupture du lien maternel sans établissement d'une relation substitutive peut entraîner l'installation de réactions caractérielles et d'un vécu dépressif s'insinuant peu à peu dans la vie psychique [170].

Tous ces adolescents violents, et/ou délinquants, qualifiés de «difficiles, incasables» sont parfois qualifiés sur un plan nosologique de psychopathes.

La clinique des sociopathies a conduit à la notion de séquelles à long terme des carences maternelles précoces, à la notion de milieu et de relation pathogènes, de trouble de la communication et de traumatisme cumulatif [40].

Ainsi, pour **WINNICOTT**, «*la tendance anti-sociale n'est pas un diagnostic... Elle peut se trouver chez un individu normal, chez un névrosé ou chez un psychotique*» [172]. Pour lui, l'origine de la violence réside dans la biographie d'un enfant carencé, ce qu'il nomme le «*complexe de privation*». Il trace en quelques phrases le parcours d'un enfant carencé précocement, celui-ci pouvant être considéré comme inadapté, puis face à un comportement difficile devenir délinquant, placé en foyer, puis de foyers en foyers et face à son échec personnel il peut devenir ce que l'on nomme un psychopathe. Devant cette description d'une biographie malheureuse et catastrophique, mais si fréquente actuellement, comment ne pas voir l'expression d'une souffrance dépressive dissimulée derrière cette violence, moyen privilégié de gestion des conflits, et mettant en jeu soit des mécanismes d'auto-protection, soit d'identification (au sens d'identification à l'agresseur).

Ainsi, face à un adolescent reçu en urgence, suite à un acte violent et/ou délinquant, et qu'on nous demande d'évaluer, peut-être avons-nous à l'entendre, afin de ne pas le renvoyer face à ses juges sans avoir écouter sa souffrance. Ne consultant pas de lui-même, l'élaboration psychique et la mentalisation étant souvent court-circuitée par les violences subies, la rencontre aux urgence, même forcée, peut peut-être permettre de restaurer un lien faisant défaut depuis longtemps.

I.3 - RISQUER SA VIE POUR SE SENTIR EXISTER :

I.3.1 - **Les conduites à risque** :

On définit les conduites à risques de diverses manières, les définitions variant d'un auteur à l'autre.

SPADONE tente un regroupement des diverses manières de les décrire [164] :

- toute activité dangereuse où il existe une possibilité de perdre la vie ou qui peut avoir des conséquences graves pour le sujet (**BAECHLER**) ;

- toute activité qui comporte à dessein un danger suffisant pour créer de l'anxiété chez la plupart des sujets (**LEVENSON**) ;

- l'engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses pour soi-même ou pour autrui, comportement non imposé par des conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes, du jeu avec le danger et souvent avec la mort (**ADES**) ;

- l'adoption intentionnelle, de façon répétée d'un comportement entraînant pour le sujet lui-même un danger physique ou social dépassant un seuil individuellement ou culturellement admis ; cette attitude, dont le sujet a une conscience au moins partielle, semble remplir par lui une fonction psychique (**SPADONE**)

Il existe donc un certain flou dans les définitions, les auteurs insistant, selon leur orientation sur des notions comme l'impulsivité, l'addiction ou craving, les troubles de l'adaptation ou les troubles affectifs (avec une dimension suicidaire).
Pour **MARCELLI** et **BRACONNIER**, *«il n'y a pas d'adolescence sans prise de risque»*. Pour eux, il existe un continuum entre les diverses conduites mettant la vie en danger, depuis les conduites dangereuses en passant par les équivalents suicidaires pour aboutir aux tentatives de suicides, la discrimination entre ces diverses conduites faisant intervenir la notion de conscience du désir de mort. Comme nous l'avons vu plus haut, ils réservent le terme *«d'équivalent suicidaire»* pour les comportements à risque au cours desquels la volonté de mourir n'est pas verbalisée mais où l'approche psychopathologique de l'adolescent met en évidence une structuration dépressive et où l'environnement ressemble à celui observé chez les adolescents suicidants [133].

Il est vrai que par elle-même, l'adolescence est une période de flottements, d'incertitudes, de changements et inclus une part de risque.
Il s'agit en effet de traverser une étape existentielle de transition dont le sujet ne connaît ni le déroulement intime, ni le terme exact.
Ainsi, l'adolescent, du fait des impératifs du développement très spécifiques auxquels il se trouve confronté, est naturellement sommé de risquer (risques indispensables à la capacité émancipatrice) [5].

Sans vouloir citer toutes les conduites à risque, on peut les diviser en deux catégories. Premièrement celles hétéro-agressives, figures d'attaque du lien social : fugues, vols, infractions et délits divers. Ensuite, celles présentant des caractéristiques auto-agressives : usage de toxiques, TCA, accidents répétitifs sur la voie publique, tentatives de suicide.
Les chiffres vus plus haut, comparés avec nos propres statistiques, montrent l'ampleur de ce phénomène, installé progressivement dans la réalité quotidienne.

Pour **SIBERTIN-BLANC**, il faut distinguer «*les conduites à risque sous-tendues par une souffrance psychologique, des conduites à risques ponctuelles, témoignant de facteurs environnementaux circonstanciels et ne procédant pas d'une souffrance psychique patente, même si elle peut évidemment y conduire*».
Si tout adolescent est donc susceptible de "risquer" un jour ou l'autre, c'est surtout la répétition (et l'escalade dans la recherche du danger) qui peut témoigner d'une «*défaillance de l'adolescent à se préserver et à prendre soin de lui-même*» [5]. Cette répétition peut conduire à une réelle "addiction au risque", témoignant par là même d'un appauvrissement dans le processus d'élaboration mentale, l'Agir devenant la solution de décharge à toute recrudescence tensionnelle. Ensuite, on peut observer chez ces adolescents "à risque" une relative mésestime d'eux-mêmes, une faille dans leur investissement narcissique et une absence de confiance dans la relation à l'autre. On retrouve ici l'écart narcissico-objectal observé dans nombre de dépression chez l'adolescent. Enfin, la solution du risque peut être interprétée comme une "attente magique", témoin de l'omnipotence infantile persistante pouvant entraver le processus d'individuation.

Bien sûr, pour l'immense majorité des adolescents occidentaux, "*l'entrée dans la vie*" s'effectue sans le recours à ces formes d'Agir extrêmes.

Il n'en reste pas moins que ces actions, où se noue une relation ambiguë avec la mort, se rencontrent surtout à ce moment crucial, cet "entre-deux", ce passage qu'est l'adolescence [119]. Ainsi, la recherche d'expériences et de limites est une manière de s'éprouver et d'apprendre des "codes sociaux" pour la majorité des adolescents. A l'instar des rites initiatiques, la prise de risque marque l'entrée dans la vie adulte, la mort n'y étant pas posée comme enjeu. Chez 5 à 10 % d'entre eux, ces conduites s'inscrivent dans une vie marquée par l'excès, la transgression des limites, et où la mort est l'enjeu implicite [164].

Le contact imaginaire que les adolescents nouent avec elle rend alors possible sa symbolisation et les rassure en leur donnant l'impression de la maîtriser. La mort cesse alors d'«*être une puissance redoutable et impossible, elle se mue en une force avec laquelle il est possible, jusqu'à un certain point, de négocier, d'établir un pacte*» [119]. Le jeu avec la mort pousse l'adolescent à mieux se connaître, à franchir ses limites en les explorant et à sortir enfin d'un fonctionnement d'omnipotence infantile. Malheureusement, parfois, cette exploration s'achève pour certains par «*un passage dans l'autre monde, par hasard, par inadvertance, dans un quitte ou double mortel*» (**SIBERTIN-BLANC**).

I.3.2 - **Le concept de mort à l'adolescence :**

I.3.2.1 - Le passage à l'acte suicidaire :

La rencontre quotidienne avec des adolescents hospitalisés aux "lits-porte" d'un service d'urgences générales dans un contexte de crise suicidaire pousse à s'interroger non seulement sur la notion de dépression de l'humeur à l'adolescence, mais aussi sur la façon qu'a l'adolescent d'approcher et de conceptualiser la mort.

A l'adolescence, écrit **DOLTO**, «*la frontière est délicate entre les idées de suicide et le désir d'aboutir vraiment au suicide, entre ce qui est imaginaire et ce qui est morbide*» [66]. En effet, l'approche clinique s'accommode mal de la nosographie psychiatrique et pose avec acuité le problème du repérage des limites entre normal et pathologique. Ce repérage ne se fera pas sur les passages à l'acte en eux-mêmes, ni sur les symptômes, mais plutôt sur leur dynamique et leur origine [18]. Comme le disait **MÂLE**, «*l'évolution naturelle des idées incline à s'attacher, au-delà de la nosographie, à l'étude de la dynamique des pulsions instinctives et des défenses qu'elles suscitent à l'adolescence*» [128].
C'est tout l'intérêt du travail de crise que de pouvoir essayer de décrypter un acte qui d'un point de vue clinique, «*garde une part de mystère résistant à l'observation, à l'écoute, à la réflexion et à toute reconnaissance d'un savoir*» [18].

Sur un plan clinique, on décrit classiquement trois grand types de suicides, escapiste, agressif et oblatif, ces trois catégories étant elles-mêmes sous divisées comme suit [47] :

* le suicide escapiste : caractérisé par un moment de fuite, où l'on peut distinguer trois sous-types :

- la fuite qui est le fait d'échapper à une situation ressentie comme insupportable ;

- le deuil suite à la perte d'un élément central de la personnalité ou du plan de vie ;

- le châtiment, pour expier une faute réelle ou imaginaire (mélancolie).

* le suicide agressif : acte d'auto-agression perpétué, en fait contre autrui et visant à atteindre quelqu'un d'autre ; on y range :

- la vengeance, soit pour provoquer le remord, soit lui infliger l'opprobre de la communauté ;

- le crime, entraînant autrui dans la mort (suicide altruiste du mélancolique délirant) ;

- le chantage, en utilisant ce terme avec parcimonie (au risque de disqualifier l'acte) trop employé à propos des adolescents ;

- l'appel, véritable acte "sonnette d'alarme" vis-à-vis de l'entourage.

* le suicide oblatif :

- le sacrifice, pour sauver ou atteindre une valeur jugée supérieure à la vie personnelle ;

- le passage, pour accéder à un état considéré comme meilleur (le nirvana par exemple).

Dans cet essai de classification proposé par **BAECHLER** en 1975 ("*les suicides*") on le voit, nous pouvons y reconnaître l'acte de nombre d'adolescents rencontrés aux urgences.

Quelle que soit l'interprétation proposée, les tentatives de suicides, tout comme les comportements automutilateurs possèdent une dimension auto-destructrice, même si les attaques se font dans une sorte de va et vient entre l'adolescent et l'autre. Les phlébotomies, plutôt classées dans le cadre des auto-mutilations, peuvent être sous-tendues par un syndrome dépressif franc, même si l'habitude veut qu'on parle de «*geste impulsif sur personnalité émotionnellement labile*» selon la catégorisation moderne. L'interprétation de ce type de comportement nous oblige à prendre en compte l'organisation imaginaire du Moi-peau, probablement très importante chez un adolescent en proie aux remaniements corporels de la puberté. Là encore, un comportement auto-mutilateur vise à se «*couper des représentations psychiques intolérables*». C'est un «*retournement contre soi d'une violence indicible dirigée contre autrui, coupant court à l'échange ou à la relation*» [153]. Si elles singent parfois les scarifications traditionnelles, elles n'ont probablement d'initiatique que l'aspect et appartiennent plus à un symbolisme de "contrebande" pour reprendre l'expression de **LE BRETON** [119]. La complexité de tels actes comporte en elle-même le franchissement d'un ensemble symbolique et la violation d'une loi, sous la forme du défi propre à cette période de la vie. Cette «*fugue à l'intérieur de soi*», comme le dit **DOLTO** [66] garde souvent tout son mystère, que ce soit au réveil de l'adolescent suicidaire ou à distance d'un geste auto-agressif. Au décours de ces passages à l'acte «*les coordonnées symboliques qui constituent l'assise du sujet et sa relation à l'autre sont profondément perturbées*» [18].

Pour **DELORME** [63], la mort occuperait une place fondamentale dans le processus même de l'adolescence, intervenant à toutes les phases du développement. Il y voit une utilisation imaginaire de l'idée de la mort «*pièce symbolique essentielle au processus de maturation de l'adolescent*». La destructivité par l'Agir est pour lui sous-tendue par cette utilisation prévalente sur le registre imaginaire de l'idée de mort. Celle-ci serait pour cet auteur une «*première pièce symbolique nécessaire au processus de maturation, celui-ci échouant tant que la mort échoue à se constituer dans sa dimension symbolique*».

Si elle y réussit, elle permet l'accès au fantasme inconscient du meurtre des imagos parentales et de la partie "aimée" de soi-même, permettant par là-même la «*mise à mort de l'omnipotence narcissique pubertaire*».

Notre travail de crise consiste dans un premier temps à attendre avant de proposer ou de répondre, car la demande même du sujet est alors instable et inconsistante. L'hospitalisation de crise peut alors jouer une fonction de tiers contenant l'acte, l'entérinant en le confirmant dans sa fonction signifiante avant toute élaboration de projets thérapeutiques.

I.3.2.2 - Le pharmakon et la mort :

DUVERGER et **coll**. se sont intéressés au phénomène du suicide à travers la solution existant entre la pulsion de mort et le médicament [67].
Dans cet article, ils étudient le Pharmakon, remède ou poison selon l'utilisation qui en est faite, et la pulsion de mort qui, elle aussi, fait vivre ou tue. En s'appuyant sur les textes de FREUD, ils abordent ainsi la tentative de suicide sous trois aspects en articulant la pulsion de mort aux notions d'auto-destruction, de plaisir ou de changement.

Abordé sous l'angle de l'auto-destruction, l'acte apparaît imprévisible et imprédictible. Il «*court-circuite toute dialectique intersubjective et se précipite dans une affirmation d'être qui le désolidarise des identifications qui le soutenaient*». Le somnifère est là le moyen idéal pour interrompre cette dialectique. C'est l'acte authentique dont parle **LACAN**, indice de «*liberté du sujet à l'égard du discours dans lequel il est inscrit*». Le temps de lecture de l'acte relance le temps pour comprendre et permettre la reprise imaginaire de l'acte.
A partir de cette pulsion de mort, auto-destructrice, il y a possibilité pour le sujet de sortir de la dépendance à l'autre, qui fait si peur à l'adolescent.

Dans «*Au delà du principe de plaisir*», **FREUD** définit la pulsion de mort comme une aspiration au repos, à un monde sans souffrance. C'est ce qui se passe avec l'absorption massive de molécules sédatives, plongeant le sujet dans un sommeil lui procurant quiétude et sérénité, tout en lui évitant la confrontation à une situation intolérable.

Le geste suicidaire est comme une réponse au savoir médical qui n'a su donner comme solution qu'une prescription, au risque d'entretenir le symptôme avancé. Ici, le sommeil est un refuge, avec une recherche d'abaissement tensionnel. C'est un plaisir au sens Freudien.

Enfin, la pulsion de mort dans l'acte suicidaire peut représenter un désir de changement, de rupture par rapport à un état antérieur. Ce drame vécu par l'entourage n'apparaît pas comme traumatique pour l'adolescent qui, après un bref séjour de crise, n'a qu'une envie, celle de sortir de l'institution, pour vivre. Il fait preuve, comme le dit **DELORME** «*d'une surprenante vitalité psychique et d'une disparition des idées suicidaires*» [63]. On peut voir ici la pulsion de mort au service de la vie, alimentée par un désir d'être autrement.

A travers cet article, les auteurs illustrent une partie de la relation au psychotrope, ce que le patient investit de sa propre subjectivité dans le Pharmakon. Avec ce dernier, ce qui est suggéré, c'est qu'il y a toujours un objet susceptible de guérir une maladie et qui parallèlement, est un poison. Ce que **MELMAN** explique en disant que ce Pharmakon est «*un objet susceptible de guérir notre insatisfaction - insatisfaction aussi bien vis-à-vis du monde que de soi-même - mais aussi un poison*» [138]. Cette insatisfaction se rencontre évidemment à l'adolescence, et se traduit par une morosité grandissante, un manque de confiance en soi-même et dans l'autre. Il est troublant, de voir un nombre grandissant de jeunes mineurs ne pouvant trouver comme réponse à une insatisfaction caractéristique de cette période, qu'un refuge dans l'utilisation de toxiques (licites et illicites). L'expérience clinique laisse l'impression que les trois facettes de la pulsion de mort évoquées plus haut, peuvent se rencontrer dans le même geste suicidaire chez l'adolescent.
L'utilisation de toxiques peut être pour lui un moyen de s'évader de la morosité, de cet ennui si caractéristiques de sa dépression.
Il y trouve des images nouvelles, une certaine élation mais qui tourne souvent mal et où là il faut bien y voir une composante d'auto-destruction. Ainsi le Pharmakon utilisé à des fins probablement autothérapeutiques peut finir par remplir son rôle de poison.

Un aspect inquiétant de cette consommation est le changement "qualitatif" dans l'utilisation des toxiques.

Comme le disait déjà **MÂLE** en 1970, contrairement aux utilisateurs de la vague de la "beat-génération", porteuse peut être d'un idéal, «*la drogue sert pour de nombreux adolescents à lutter contre l'angoisse : angoisse de mort, angoisse de castration entraînant une adaptation difficile*» [128]. Pour cet auteur, ces troubles de l'adaptation sont le témoignage de conflits non résolus, marqués symptomatiquement par la morosité, une difficulté à vivre, une «*incapacité de sentir*». Ils ressentent une angoisse existentielle les amenant à la fuite vers la mort.
Plusieurs facteurs s'associent pour contribuer à l'augmentation de la prise de toxiques chez les adolescents. Si le bouleversement interne subi joue un rôle non négligeable dans la propension à utiliser cette violence auto-destructrice que représente le toxique, le vide interne ressenti fréquemment à cet âge, les facteurs socio-environnementaux ne sont certainement pas à négliger dans l'explosion actuelle de cette forme d'Agir.

Ainsi, la modification de la structure familiale, le refus des valeurs du monde adulte, l'imitation de certaines vedettes médiatiques emblématiques ont certainement une influence. Ils participent probablement à accroître la perte de repères ressentie lors de ce moment de passage fondamental. L'insertion dans la société adulte s'avère problématique actuellement et après la déception de la promesse œdipienne, une réalité décevante encourage certainement à devenir un "post-adolescent".

Un fait nous trouble particulièrement. D'après les statistiques obtenues dans notre service sur une période de deux ans, nous avons vu que 70 % des adolescents avaient déjà consommé des drogues illicites. Plus frappant est l'utilisation faite du cannabis. En effet, une constatation s'impose, près de 75 % des adolescents rencontrés ont déjà fumé et plus de 50 % se disent fumeurs réguliers. En entretien, nous avons l'impression que ce toxique est utilisé de plus en plus de façon similaire au tabac. Cette consommation n'a effectivement plus rien à voir avec celle des hippies des années 70. Elle n'est ni festive, ni sous-tendue par une quelconque recherche spirituelle. La justification le plus souvent rencontrée est «*je fume pour dormir, pour oublier tout ça...*», bref pour ne pas avoir à éprouver. Il semble que l'on soit loin de la quête des «*portes de la perception*» de **LEARY**, et nous y voyons beaucoup plus un comportement solitaire, autothérapeutique et destructeur de la psyché.

A l'heure actuelle, de nombreux soignants sont confrontés à des jeunes présentant un tableau d'allure déficitaire sur les plans sociaux, relationnels et professionnels.

Les recherches se sont beaucoup axées sur la relation "cannabis - schizophrénie". Mais à notre sens, il s'agit d'une véritable "dépression - généralisée" qui s'installe chez ces jeunes recherchant un traitement non prescrit et transgressif. Les effets cognitifs du cannabis sont connus et font évoquer une véritable "*sociose cannabique*" pour certains [137], qui n'est pas sans évoquer le syndrome amotivationnel décrit par **BALL** au début du siècle dernier et réactualisé par **DENIKER** en 1979. Ce syndrome associe un déficit de l'activité, une asthénie et un apragmatisme, un appauvrissement idéique, un déficit de l'humeur et un désinvestissement global de la réalité externe [97]. Cette symptomatologie est fréquemment rencontrée, à des degrés divers, chez l'adolescent dépressif actuellement. La consommation de cannabis est-elle en cause ou cet appauvrissement cognitif est-il conjoint avec l'évolution actuelle des relations entre les individus ? Il y a un peu plus de trente ans **OLIVENSTEIN** expliquait que pour lui «*la toxicomanie est la rencontre entre un individu, un produit et un environnement socioculturel*» [157]

Il est vrai que l'impression laissée par ces adolescents en souffrance rencontrés quotidiennement est qu'ils souffrent d'une carence du holding social. Devant un avenir où il a du mal à se reconnaître, l'adolescent signale combien manquent les réponses aux questions qu'il se pose sur la signification de son existence. Les entretiens réalisés auprès des suicidants montrent que l'acte s'inscrit dans une défaillance de la relation à autrui, que ce soit la famille ou les pairs.

L'approche même lointaine de la mort à travers une conduite à risque est une façon de rassurer le jeune sur sa légitimité à exister. En s'abandonnant à la mort, en se suicidant ou en se droguant chaque jour, l'adolescent passe une épreuve. Cette épreuve à risque «*lui concède au moins pour un temps, une efficacité symbolique qui nourrit sa relation au monde et témoigne de la forte tonalité ordalique du passage à l'acte*» [119].

II - IMPACT DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS : VERS DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES ?

Travaillant aux urgences, nous sommes confrontés aux conséquences sociales du progrès de nos sociétés libérales, à savoir l'exclusion, la précarité et la modification des repères pour nombre de patients adultes et de leurs enfants, pour une partie adolescents. Il nous semble intéressant de nous interroger sur le rapport existant entre l'évolution d'une société et ses conséquences en termes de psyché collective et individuelle.

BERGERET, en 1986, dans son ouvrage collectif «*Narcissisme et états limites*» [23], insiste, à propos des changements socio-culturels sur l'affaiblissement de la cellule familiale, atténuant le pouvoir des images paternelles et maternelles de statut œdipien et de la modification de leur valeur structurante. Il révèle une augmentation de couples en difficulté identificatoire, et s'interroge sur les carences identificatoires chez les enfants. L'évolution de notre société est marquée par une dilution des valeurs rigides d'antan, et une promotion des intérêts de l'individu au détriment des normes collectives pré-établies. De plus, on observe une modification structurale des familles accompagnée de l'indistinction des fonctions maternelle et paternelle, avec un «*déclin de l'image sociale du père*» prophétisée par **LACAN**.

Tous ces éléments, fruits probables de notre société moderne en perpétuelle accélération, jouent-ils un rôle dans cette pathologie de l'adolescent dépressif (à l'image de ses parents ?) et exprimant son mal être «*dans ce monde sans limite*» où nous vivons ?

II.1 - REGARD SUR LES MUTATIONS DE LA STRUCTURE FAMILIALE :

II.1.1 - **L'éclatement de la famille nucléaire** :

II.1.1.1 - Un nouveau modèle de famille :

Sur la période 1960 - 1980, des changements sociaux importants se sont produits dans la société. Ils ont induits des transformations à la fois de la vie conjugale et du modèle éducatif. Même si les schémas classiques de la famille traditionnelle se maintiennent, cette nouvelle organisation de la famille semble devenir prépondérante [159].

Ainsi, dans le monde occidental, la naissance d'un enfant dans un certain "lieu familial" ne lui assure pas la certitude d'y grandir et de s'y développer. Sa maturation physique et psychique pourra donc se faire, non pas selon une ligne directrice préétablie, mais dans un, deux ou plusieurs foyers différents. Le modèle nucléaire classique n'est plus un modèle de référence. La nostalgie de certains, même basée sur une réflexion argumentée, est confrontée à une évidence : il existe de nouvelles formes de parentalité. On assiste ainsi à l'éclosion de familles monoparentales ou recomposées.

Parallèlement à une accélération du progrès technologique et scientifique, le féminisme a peu à peu pénétré la psyché individuelle et collective. Promoteur du progrès social concernant la place de l'homme et de la femme (la vie de la femme n'étant plus rythmée par l'obligation de se marier et d'avoir des enfants), ce mouvement idéologique a aussi eu des conséquences sur la notion de famille. Ainsi, l'institution du mariage fut contestée : la cohabitation simple devient un modèle de vie possible. Par là, la signification du rituel du mariage a été profondément transformée. L'union d'un homme et d'une femme n'est plus une vie d'avance définie par un cadre institutionnel obligatoire, mais «*bien plutôt l'invention progressive d'un roman singulier où chacun peut réaliser ses aspirations*» [159]. La vie conjugale est devenue une conversation, faite de négociations afin que les attentes réciproques puissent être comblées. Si c'est un progrès pour les acteurs du couple, la conséquence en a été une moindre tolérance par rapport aux aléas de la vie et une augmentation flagrante des divorces et séparations.

On peut ainsi rencontrer des adolescents vivants seuls avec leur mère. La mère devient le chef de famille où l'enfant doit apprendre à gérer la proximité et les angoisses d'abandon dans une relation duelle. Dans cette configuration, il lui est impossible d'imaginer compter sur la présence d'un tiers. Celui-ci existe sans doute, mais il proviendra de l'extérieur. La figure du tiers réside alors dans le maître d'école, le professeur, le médecin, ... Cette génération «*élevée sous la mère*» [166] selon **TISSERON**, développe une exaltation narcissique, mais aussi une angoisse craintive et frileuse d'être abandonnée car personne ne s'interpose pour proposer une dérivation afin que cette séparation se produise dans une atmosphère de sécurité interne.

Ces sujets seront sensibles à la perte puisqu'ayant vécu en quelque sorte à côté d'un "objet-comblant" mais potentiellement "défaillant" puisque seul à affronter la réalité quotidienne et ses difficultés. Peut être alors, l'accession au statut de «*mère suffisamment bonne*» (**WINNICOTT**) est-il difficile à atteindre dans ces conditions. Peut être faut-il y voir un facteur potentiel de carence de l'étayage précoce, si souvent retrouvé plus tard à l'adolescence, où le narcissisme primaire apparaît non dépassé.

Dans l'univers des familles recomposées, on peut assister au "partage" de la fonction paternelle entre plusieurs hommes. On a ainsi vu légaliser trois critères de filiation, et trois modes de désignation des pères que sont le mariage, la vérité biologique et la possession d'état. Chaque homme assurant l'une des trois fonctions (donneur patronymique, procréateur, dispensateur d'affection et de nourriture) est en position de responsabilité paternelle. Nous voyons ici, dans ces situations de plus en plus fréquentes naîtrent des problématiques nouvelles autour du sens de la filiation et des impasses identitaires. Aux urgences, nous observons ce type de modèle parental très souvent à propos d'adolescents en errance psychique. Il ne reconnaissent d'autorité paternelle à personne et se retrouvent comme des "SPF" (Sans Père Fixe) par analogie à la population précaire que l'on peut rencontrer quotidiennement.

II.1.1.2 - Une famille à repenser :

Si ces nouveaux modèles de familles laissent les adolescents dans une incertitude quant à la solidité des liens, la prédictivité des conséquences est un exercice périlleux. Comme l'explique **HURSTEL** [95] «*la réponse est à chercher dans le champ de la clinique, c'est à dire en écoutant ce dont témoignent, de façon singulière, et au cas par cas, les sujets pris dans ce moment historique*».

Il faut peut être admettre que ce nouveau style de relation existe, l'essentiel étant qu'il permette ce qui demeure indispensable, à savoir le sens de la filiation, donc celui de la différence dont l'enjeu est de fabriquer de l'altérité. Notre profession est peut être face à un défi : repenser ses pratiques et «*apprendre à travailler avec ces configurations familiales inédites face auxquelles nos repères vacillent, alors qu'elles sont elles-mêmes en manque, mais aussi en demande de repères*» [162], d'après **SIBERTIN-BLANC**.

Pour ce dernier, les «*nouvelles familles*» sont laissées elles-mêmes dans une situation d'isolement, que ce soit en termes juridiques ou en termes de regard posés sur elles par la société. Elles ont à inventer une nouvelle manière de vivre la famille et «*inspirent d'indicibles pensées où sont mêlés l'envie, la peur, le soupçon, comme devant des figures de sacrilège*». Nous aurions donc à jouer un rôle dans cette nouvelle "guidance parentale" afin que les deux instances primordiales pour un enfant, à savoir le Père et la Mère, soient toujours reconnues et renforcées dans son esprit. Il n'est pas rare de voir des parents "dépassés" par leurs enfants, et à fortiori leurs adolescents, venir trouver en nous une solution. Face à l'explosion de l'Agir chez l'adolescent, de nombreux parents s'effondrent et c'est cette position même qui peut encourager la destructivité du "jeune". Le soutien du narcissisme des parents constitue alors le meilleur moyen pour lutter contre l'effondrement dépressif de l'adolescent. Nous avons à essayer de repositionner les parents en tant que tels, afin qu'ils puissent «*s'offrir comme objet de résistance*» dans l'éducation de leurs enfants, devenus pour eux situation de confrontation [135]. Le rôle des parents apparaît alors essentiel dans la régulation de la violence vitale des adolescents (et des enfants) pour assurer la "pacification" de cette énergie nécessaire à la vie et donc à la sublimation.

Toutefois, si nous devons nous soutenir nous-mêmes dans un optimisme nécessaire à l'aide que l'on veut apporter aux sujets en souffrance, il faut sans doute aussi faire certaines constatations, pouvant aider à la réflexion. Le changement le plus important à notre sens est cette perte des limites entre les générations, avec ses conséquences en termes d'identification. Parallèlement, la famille traditionnelle permettait sans doute des identifications très typées à l'une ou l'autre des représentations parentales sexuellement différenciées. Pour **BERGERET**, il y a de graves conséquences dans cette «*dévalorisation de ces représentations génitalisées, du fait des parents eux-mêmes ou de l'environnement, ce qui va perturber les processus intégratifs naturels de l'enfant*» [23].

II.1.2 - **Le déclin de l'image du Père** :

II.1.2.1 - La fonction paternelle :

Nous assistons donc à une modification des rôles à l'intérieur des familles, elles-mêmes en complète transformation en terme de schéma organisationnel.

Si les femmes ne sont plus reconnues uniquement dans leur rôle d'épouse et de mère, il semblerait que nous assistions parallèlement au changement de statut du père de famille.

BERGERET constate que les changements socio-culturels, et notamment l'affaiblissement de l'idée même de cadre familial ne peut aller sans conséquence sur «*l'épigénèse réalisée au sein des relations avec le père et la mère*» [23].
Notre société, par les mutations dont elle est l'objet, ne cesse d'interroger cette fonction paternelle et donc la question de l'autorité.

La fonction paternelle, comme l'a rappelé **LACAN**, est essentielle dans la structuration de l'individu. Le père interdit la pensée fusionnelle avec la mère en introduisant une pensée discursive, et en tant que représentant de la loi permet l'acceptation de la castration et le renoncement à la toute-puissance. Il s'agit d'une fonction fondamentale et universelle, celle d'interdire la fusion mère-enfant et de couper symboliquement le lien primordial à la mère, lui permettant ainsi d'entrer dans le monde du langage et de la culture. Il les réfère ainsi tous deux (la mère et l'enfant) à l'interdit premier, l'interdit de l'inceste.

MELMAN formalise la situation de la façon suivante [138]. Si on a A, la mère et B, l'enfant, A et B ne «*peuvent être conjoints pour toutes les valeurs de A et de B qu'à condition de forclore le sexe*», A et B se distinguant par leur appartenance à des générations différentes. Il poursuit en disant que le «*service inestimable qu'un père peut rendre à sa progéniture, c'est effectivement de lui faire savoir qu'il y a un impossible ... à partir de l'interdiction de l'inceste*».
Un père est donc avant tout cette construction qui fait tenir ensemble des sujets de sexes et de générations différents, qui les rassemble sous l'égide d'une référence interdictrice, dont la reconnaissance et l'acceptation permettent la circulation du désir et de la parole. Il est donc la mise en scène de cette limite à la toute-puissance narcissique de l'humain, et permet l'autonomie psychique à ses enfants. Il leur permet aussi l'acceptation d'un manque originaire, et l'accès au désir. Ce que **MELMAN** rappelle en disant que «*le père en fait n'est pas du tout celui qui interdit le désir ... il est celui qui rend possible l'accès au désir*» [138].

L'évolution de notre société tend à promouvoir une image idéale du bonheur, celui-ci passant par le refus des contraintes. Ainsi, il semblerait que l'on soit tenté actuellement d'écrire AB pour toutes les valeur de A et de B, quelles qu'elles soient. Une jouissance n'est alors considérée comme bonne qu'à la condition d'être de l'ordre de l'excès, produisant une «*éclipse subjective*» [138]. Cette "éclipse" peut se rencontrer, comme nous l'avons vu, à travers l'ensemble des conduites à risque et autres équivalents dépressifs ou suicidaires.

Ainsi, le "père au foyer" tend à devenir aux yeux de tous une figure irruptive, intrusive et violente dans le monde du nid maternel, régi par l'amour et la sensation. Le Père n'aurait plus alors cette fonction de «*sexualiser l'impossible*» (**LEBRUN**) et son rôle symbolique d'intervention dans la réalité s'en trouve disqualifié.

II.1.2.2 - <u>La chute de la figure de l'autorité</u> :

«*Penser la paternité contemporaine, c'est penser une paternité déchirée, et cela inéluctablement selon un mouvement historique irréversible, clairement repérable depuis le début du siècle. C'est penser une paternité déconstruite en ses différents registres : statut social et juridique du Père, rôle familial, images collectives, fonctions sociales et psychiques*» [95]. Cette phrase introductive d'**HURSTEL**, pourrait laisser penser que le XX^{ème} siècle a vu l'image du Père décliner. S'il est vrai que ce siècle de violence ininterrompue a vu s'effondrer une à une les grandes idéologies, nous pouvons penser que le Père a entamé son déclin il y a longtemps. **HURSTEL** repère la première grande rupture au moment de la Révolution française et de son "régicide". Citant **BALZAC** (1814), il explique qu' «*en coupant la tête de Louis XVI, la République a coupé la tête à tous les pères de familles ... Il n'y a plus de famille aujourd'hui, il n'y a plus que des individus*» [95].

Il est vrai que, comme nous l'avons vu, la jeunesse était dirigée de manière stricte voire dure depuis l'Antiquité. L'Eglise avait pour mission au d'éduquer les enfants chez qui les «*premières forces vitales étaient plus à domestiquer*» qu'à sublimer. Les châtiments corporels étaient monnaie courante et la discipline était une vertu.

Alors que jusqu'à présent, la loi de Dieu et des Pères était chargée de l'éducation des enfants, c'est désormais à la Patrie qu'échoie cette mission, comme le rappelle **SAINT JUSTE** en disant clairement que les enfants sont à leur mère jusqu'à l'âge de 5 ans puis à la «*République jusqu'à leur mort*». Dans cette phrase, il n'est nullement fait mention du père de l'enfant. De la même manière, nous avons vu en première partie l'apparition des tribunaux en dehors de la famille, pouvant laisser penser que l'autorité était sortie du cadre parental jusqu'ici représentée par le père de famille. Par la suite, c'est à l'avènement du Romantisme de *René* que nous assistons, avec pour conséquences un refus affiché d'un «*monde avec limites*» imposé par les pères.

1848 est animé par la jeunesse, désormais officiellement qualifiée d'adolescente, 1968 sera un "remake" de ce mouvement vieux d'un siècle. On pourrait dire qu'à chaque mouvement révolutionnaire a correspondu l'émergence un peu plus visible de l'adolescent, mais que parallèlement l'autorité des pères a déclinée un peu plus chaque fois. Emblématique de ce déclin, et en tous les cas signe probable d'un échec de la métaphore paternelle, est la phrase de **MORRISSON**, déjà citée. Emblématique d'une jeunesse qui réalise que la «*métaphore paternelle est, comme l'œdipe, une croyance fondatrice qui se défait à ce moment là*», comme nous l'explique **RASSIAL** [156].

Par ailleurs, la deuxième moitié du XX^{ème} siècle restera l'âge de l'adolescence. La notion de jeunesse a surtout été utilisée pour désigner ce nouvel âge dont l'apparition s'est faite simultanément avec celle de la famille moderne : la famille mononucléaire qui regroupe les parents et les enfants [7]. La famille s'est centrée autour de l'enfant, produisant une cellule familiale réduite aux parents et aux enfants. D'après **HURSTEL**, au début du XX^{ème} siècle, le père était encore incontestablement nanti de tous les pouvoirs paternels et maritaux, sommet d'un triangle dont la femme et l'enfant en constituaient les deux bases [95]. **ARIES** note que par ce système familial, il y a une perte de sociabilité mais que parallèlement, l'enfant «*sort de l'anonymat*» et qu'il gagne en affectivité et en communication. Pour **HURSTEL**, c'est à partir des années 70 que le triangle s'est modifié. Au sommet trônerait désormais «*sa majesté-bébé*», les deux bases étant constituées par le parents d'un côté et la société de l'autre.

Parallèlement à cette "mutation géométrique" de la cellule familiale, une donnée importante est apparue. Une tendance a la peur de tout conflit avec l'enfant semble conduire à un évitement de tout affrontement. Les parents pensent manquer d'autorité et s'engagent dans une stratégie éducative basée sur la négociation. Toute contrainte est évitée puisque potentiellement à l'origine de tensions et synonyme de malheur pour "l'enfant-roi" trônant au sommet du triangle. Il est vrai que la méthode basée sur le dialogue constitue un progrès par rapport à un passé encore récent où rien n'était expliqué à l'enfant. Mais on peut observer là aussi un glissement conceptuel, faisant de l'autorité quelque chose d'inacceptable. Le «*nouveau modèle de famille*» selon **ROUSSEL** [159] vit «*une histoire où la tendresse seule est évoquée pour conjurer les tensions inévitables*». D'après lui, on ne se fie qu'au sentiment comme critère de décision et «*l'on ajuste les volontés que par persuasion et compromis*». Il devient difficile alors de faire comprendre aux enfants, adolescents et "post-adolescents" que l'interdit est lui aussi expression d'amour.

Nous rejoignons ici la voie de la sensation comme solution pour se sentir exister dont parle **JEAMMET**, donc n'ouvrant pas à l'intériorisation des affects, soumis alors à leur libre expression par l'intermédiaire du pulsionnel. Ce que **MELMAN** explique en disant que nous passons à l'heure actuelle d'un régime de patriarcat à celui de matriarcat, «*ce monde qui nous offre la douceur, l'espoir, la tiédeur, les plis, la bienveillance de cette positivité ... qui ne renvoie à rien d'autre qu'à un objet idéal se trouvant substantifié, donc offert à la prise et en même temps à la consommation*» [138]. C'est pour l'auteur un monde heureux où toute demande trouve sa satisfaction immédiate. L'irruption d'un père dans un tel monde utérin, va être vécue comme intolérable et incompréhensible. Nous avons vu un exemple parfait de régime matriarcale avec l'augmentation des familles monoparentales.

Ainsi, nous serions confrontés à une mutation de ce que la fonction paternelle a de structurant. Pour **RASSIAL**, nous assistons à un «*déclin du nom de Père, de la fonction paternelle, mais aussi au déclin du maître, ce qui se traduit par l'impossibilité de rencontrer un point d'arrêt*» [156]. Pour lui, cette défaillance prend également sa source dans la dissolution progressive du lien social, où le Père est dévalorisé.

II.2 - LA CIVILISATION DANS L'URGENCE :

Le «*malaise dans la civilisation*» de **FREUD** [77] semble prendre forme dans nos sociétés de progrès. Nous vivons une époque "pressée", «*privilégiant l'action aux dépends de la réflexion, et imprégnée d'une exigence de confort et de sécurité*» [15].
Le discours scientifique semble l'emporter sur le sacré et l'imprévisible, la peur de l'impossible semblant annihiler toute subjectivité. Les "ratés" de la modernisation et la dissolution des liens sociaux traditionnels constituent des "fractures" nouvelles de la société faisant dire à **MELMAN** [138] que l'on semble entrer dans l'ère d'une Nouvelle Economie Psychique. Nous pouvons nous interroger sur l'influence de ce corps social en mutation, sur la psyché des adolescents, et parallèlement à l'augmentation des demandes de consultation "en urgence".

II.2.1 - **Une société en quête d'efficacité** :

II.2.1.1 - Le discours scientifique :

«*Tandis que l'humanité a fait des constants progrès dans la domination de la nature et qu'elle est en droit d'en attendre de plus grands encore, il n'est pas certain qu'on puisse constater un progrès analogue dans la régulation des affaires humaines*» [76]. Cette phrase de **FREUD**, vieille de près de quatre-vingt ans, témoigne d'une certaine clairvoyance de l'auteur. Pour lui, le progrès scientifique ne suffira pas aux hommes, s'il est utilisé dans un but de combler le manque originaire et de satisfaire à l'exigence d'un «*Moi-idéal omnipotent*».

Nous vivons une époque marquée par l'accélération des changements et par la complexité apparente d'un savoir technologique. La modernité est marquée par la croyance déterministe qu'un jour la science parviendra à un savoir universel permettant de résoudre notamment le mystère des origines. Cet antagonisme entre le scientifique et le religieux caractérise pour **SCHMIT** [161] l'époque moderne. Pour lui, la science revendique de «*dire comment on va au ciel ou plutôt comment on va créer le ciel sur terre et tendre vers une harmonie parfaite du genre humain devant la création*». Ce progrès sophistiqué, en évolution accéléré depuis une trentaine d'année, éloignerait peu à peu l'homme de l'ordre symbolique.

Cet environnement technologique aurait tendance à pervertir cet ordre symbolique et à «*brouiller les repères, comme dans les échanges avec autrui*» [161]. Il rejoint la position de **FURTOS** et **LAVAL** [80] expliquant que les «*utopies modernes créent en effet une temporalité porté par l'espérance du progrès, celui d'une société émancipatrice, d'une science libératrice, d'un individu soumis à la raison et débarrassé de ses superstitions*». L'individu se trouve délié de son rapport aliénant à l'ordre symbolique, à l'autorité du Père (et des pères) et vit non pas une existence basée sur l'inconfort, mais sur le refus de l'imprévisible et de l'impossible. C'est la «*promesse de l'homme prométhéen de toute puissance à qui rien ne peut arriver*», comme le dit **ANATRELLA** [7]. Nous vivons avec l'idée que nous sommes à l'abri rassurés par le progrès de la médecine, de l'habitat, de l'alimentation profuse, entre autres exemples.

La science apparaît rassurante pour notre vie consciente, avide de liberté illimitée. **LEBRUN**, cité par **SCHMIT**, s'interroge dans «*Un monde sans limite*» sur la nature du symbolique dans le discours technico-scientifique. Pour lui, ce dernier n'est pas fondé sur l'inéluctable de la castration «*inclus dans l'acte de langage lui-même qui disjoint le mot de la chose*». La science propose au contraire une adéquation parfaite du mot à la chose et donne l'illusion d'un accès simple et immédiat à l'objet, dans un soucis très scientifique d'efficacité. Le système, sous couvert de complexité technique, fonctionne en fait de façon binaire. Pour **MELMAN** [138], «*le savoir d'aujourd'hui est numérisé, ce n'est plus un savoir alphabétisé*», et cela devient difficile de trouver un sens à un savoir fonctionnant sur la base de signes reconnaissables de tous. Pour **MELMAN**, si l'individu reconnaît les signes sur un ordinateur par exemple, il ne connaît pas l'ensemble de ses informations et n'a donc accès à aucune «*compréhension diachronique*» de ses actes. Pour **LEBRUN**, le symbolique deviendrait donc virtuel, et «*un imaginaire sans symbole*» semble en passe de s'imposer dans la vie psychique de chacun, s'appuyant sur une réalité externe marquée par la déliaison, ce que **LE BRETON** exprime par «*la diffusion confuse du symbolique par de nouvelles voies à travers l'imaginaire individuel et collectif*» [119].

Ainsi, serait en train de se créer, par le biais du progrès technique, de vastes zones en dehors de tout ordre symbolique, de tout réglement, bref en dehors du «*principe de réalité*» venant s'opposer à la satisfaction pulsionnelle.

ANATRELLA [7] compare ces zones aux «objets transitionnels» de **WINNICOTT**, peut être le témoin d'une société favorisant la "juvénilisation", au détriment de l'apprentissage de l'échange relationnel avec l'objet. Pour **FURTOS**, c'est là le paradoxe de «*l'homme post-moderne*» : libéré des contraintes imposées autrefois par le Père, édicteur de l'interdit et de l'impossible, il se retrouve à devoir penser lui-même ses valeurs, ses actes et son avenir alors que pour la techno-science "l'homme" n'est ni le but, ni la justification, ni le moyen de son développement» [80]. En somme, la société consumériste actuelle n'expliquerait plus d'où l'on vient, et attribuerait des responsabilités à "l'homme post-moderne", responsabilités qui auparavant relevaientt de l'Autorité.

Ainsi, pour **MELMAN** [138], c'est un progrès majeur que l'homme ait compris que «*le ciel est vide, aussi bien de Dieu, que d'idéologie*» et que les individus aient ainsi à se déterminer eux-mêmes. Progrès théorique défendu par **FREUD** dans l' «*Avenir d'une illusion*» [76], mais laissant l'individu moderne «*sans gravité*» comme le dit **MELMAN**, et soumis à la menace qui pèse sur lui d'une impuissance psychique et de la dépression qui l'accompagne. Il semblerait donc que la science tende à s'opposer à l'idée même de culture, ne serait-ce que par la simplification du langage qu'elle entraîne, l'informatique devenant quasi-obligatoire. La science et la technique fonctionnent, semble-t-il, plus pour flatter les tendances omnipotentes de chacun, et pour facilité l'accès à la possession. Pour **FREUD**, la culture est «*à la base du combat vital de l'espèce humaine*» [77], permettant l'intériorisation du langage, structurant l'ordre symbolique et donc l'interdiction et la construction d'idéaux.

Les adolescents que nous rencontrons dans des moments de crise, présentent à notre sens un sentiment de vide (ou de manque) inacceptable puisque non intériorisé. La «*menace dépressive*» dont ils sont l'objet les mettent de plus en plus dans une situation de révolte, à la recherche désespérée d'adultes positionnés en tant que tels, et d'un ordre symbolique défaillant.

II.2.1.2 - <u>Une négation de la différence</u> :

Parallèlement au recul d'un ordre symbolique structurant, les adolescents vivent actuellement dans un monde basé sur la négation de toute différence.

De la même manière que la science tente d'aboutir à remplacer le Père et d'imposer une efficacité maximale, afin d'écarter tout valeur au mystère de la vie, l'altérité pose désormais problème. La différence avec autrui et le mystère de la rencontre font peur. Nous pouvons voir ceci à travers la confusion des générations, le dénie de la différence des sexes et enfin l'apparition d'un tabou nouveau : la mort.

L'adolescence, période "démoniaque" pour l'Eglise du Moyen-Age, est aujourd'hui valorisée, dans un momde adulte de «*dénie de la maturité*».
Ce mouvement de juvénilisation de la société a peut-être débuté en 1968, mais s'est poursuivi en s'appuyant sur notre société de consommation. Les modifications de la famille et la position désormais au sommet de l'enfant se traduisent par une fréquence des relations éducatives basées non plus sur l'autorité mais sur la séduction. Tous se passe comme si la différence générationnelle était niée et au travers d'elle le sens de la filiation. Notre société d'apparence conjure de rester jeune, d'être ami avec ses enfants et de ne surtout rien interdire. La prise en charge d'adolescents souffrant justement de ce manque de repères d'autorité est problématique quand les parents s'avèrent être des "post-adolescents". C'est à notre sens une des "nouvelles pathologies" , "l'identification inversée". Pourtant, comme le dit **ANATRELLA**, «*si l'avenir de l'homme c'est l'enfant, l'adolescence n'est pas son destin, mais un passage fondateur dont il faudra bien faire le deuil pour vivre psychologiquement et socialement*» [7]. Il semblerait que notre société techno-scientifique ait entraîné l'adulte dans une consommation d'objets flattant sa tendance omnipotente et l'empêchant par là de poser des limites, ayant sinon l'impression de s'en poser à lui-même. Nous sommes passés d'une société basée sur une hiérarchie rigide des générations à une société de fusion des individus, modèle devant nous obliger à des révisions nécessaires «*à moins de nous enfermer dans une société incestueuse qui aura perdu le sens de la filiation*» [7].

En même temps que se dessine une société sans frontière intergénérationnelle, la différence des sexes est elle aussi remise en question. La chute de l'autorité paternelle laisse l'enfant face à un monde où la douceur maternelle peut le soutenir éternellement. Les rôles des hommes et des femmes sont perturbés caricaturés, faisant dire à **RASSIAL** que le «*féminin est peut-être le seul Nom du Père qui tiennent encore*» [156].

Pourtant, comme le dit **LEBRUN** dans son interview à **MELMAN** «*on ne connaît pas de société qui ne considère la reconnaissance de la différence des sexes comme le socle de son organisation*» [138]. L'acceptation de la castration comme structurante semble faire défaut dans la société moderne, entraînant toute une série de négations des différences pourtant évidentes. Il n'y a jamais eu autant de valorisation médiatiques de l'androgynie ou de la bisexualité par exemple. Ainsi, le tabou sexuel est levé, l'individu pensant vivre en toute liberté de mœurs des relations qui, au bout du compte, lui font tout simplement peur.

Passant d'une société basée sur le tabou du sexuel, celui ci a été remplacé par la mort, qui pour **ARIES**, est désormais le tabou principal [11]. Pour lui l'attitude moderne consistant à refuser l'idée de mort (la vieillesse devient d'ailleurs une maladie, au même titre que l'adolescence) est née aux Etats-Unis au début du XX^{ème} siècle. Par la suite, le droit à un bonheur sans tâche voyait le jour. Si pour **MELMAN**, notre vie psychique n'est plus structurée par le refoulement, la mort, dans nos sociétés, est de son côté frappée d'un refoulement et d'un interdit.
La mort ne fait plus partie intégrante de la vie, et on ne la transmet plus. C'est probablement là aussi l'effacement du symbolique qui ne permet plus d'aborder la mort en tant que possible et inéluctable. La conséquence "clinique" est l'augmentation flagrante de sujets incapables d'effectuer un deuil ou de gérer une séparation. La prolifération de la problématique de la dépendance est peut être liée à une absence de transmission intergénérationnelle de ce qu'est la mort, épreuve suprême de frustration.

II.2.2 - **L'évolution du lien social** :

II.2.2.1 - Contrat narcissique et contrat social :

S'il n'appartient pas au médecin de traiter les problèmes de la société, le fait est que le clinicien ne peut aborder la souffrance d'un adolescent en faisant abstraction du milieu dans lequel il est immergé. L'adolescence est en effet un processus inscrit dans le social, passage à un statut autre. Nous avons vu que le premier élément socialisant, à savoir la famille, subissait elle-même de grands changements.

La position des parents sur la même base du triangle leur enlève certainement leur différenciation aux yeux de l'enfant, leur potentiel identificatoire étant lui-même partagé avec la société.

AULAGNIER décrit en 1975 la notion de «*contrat narcissique*», liant l'enfant et le groupe, où le parent doit représenter le porte-parole du langage, véhiculant le sens et les valeurs de la culture [80]. Pour elle, dès qu'il y a rupture du contrat par le parent, il peut y avoir apparition d'un problème psychopathologique. Plus difficile ensuite est d'appréhender les conséquences de la rupture du «*contrat narcissique - social*» liant l'enfant au groupe sociétal.

Pour **FREUD**, «*la psychologie individuelle est aussi d'emblée et simultanément une psychologie sociale*» [78]. Le moment de l'adolescence paraît être un moment éminemment propice à toutes sortes d'influences pouvant agir comme support identificatoire en cas de rupture du «*contrat narcissique*». Ce que **JEAMMET** explique en disant que «*si les exigences du travail psychique de transformation apparaissent inhérentes au processus même de l'adolescence, les formes prises par ces changements, comme leurs échecs, sont particulièrement tributaires du fonctionnement de la société*» [98].

De plus, dans une société évoluant sur le modèle occidental, «*libéral - individualiste*», fondé sur une division de plus en plus grande du travail d'une part, sur la disparition de la famille mononucléaire et le libre échangisme sexuel d'autre part, il est logique que l'échelle des âges se diversifie, l'adolescence tendant à y occuper la plus grande place. Remarquons que dans les sociétés archaïques ou traditionnelles, cet âge est réduit à sa plus simple expression. Ainsi, dans la culture occidentale où on assiste à une dilution des lois, l'individu «*tend à s'auto-référencer, à chercher dans ses ressources propres ce qu'il trouvait auparavant dans le système social de sens et de valeurs où s'inscrivait son existence*» [119]. Notre société toujours en mouvement entraînerait un individu "sans qualité" vers une quête de sens individuelle. Faut-il y voir, comme **FURTOS** [80] une des causes du «*déploiement collectif de la pathologie dépressive, où le déprimé disparaît comme sujet pensant et agissant*» ?

La pathologie de l'Agir en augmentation, la fréquence des conduites à risque et le flirt avec la mort alimentée par les toxiques sont des signes de souffrance de l'adolescent. On peut penser que si la société échoue dans la fonction anthropologique d'orientation de l'existence, «*il reste à interroger le signifiant ultime : la mort*» [80]. Celle-ci, même «*interdite*», comme le dit **ARIES**, reste une instance potentiellement génératrice de sens quand l'ordre social défaille.

II.2.2.2 - Une société sans transmission :

La phrase de **CHAR**, disant que de plus en plus, «*notre héritage est sans testament*» illustre le problème crucial du legs à travers les âges. Par la même, une société n'étant plus fondée sur la transmission peut s'interroger sur les possibilités d'identification offerts aux adolescents. Nous assistons, au travers des modifications telles que la confusion intergénérationnelle ou la négation de la différence des sexes à l'effondrement progressif et insidieux des mythes fondateurs repérés par **FREUD**.
Une société de «jouissance immédiate» pour reprendre l'expression de **MELMAN** [138] rompt le «contrat narcissique» avec ces adolescents. Or, comme le dit **BARTHES**, le «*mythe est une parole, un système de communication, un message*» [17]. De la même manière que les mythes s'effondrent, la notion d'initiation se perd peu à peu dans la tradition occidentale.

Déjà en 1909, **VAN GENEP**, cité par **LE BRETON** [119] voulait montrer l'affaiblissement des rites de passage dans les sociétés industrialisées. En effet, alors que l'adolescence, la pré, voir la post, adolescence sont tant mis avant, il n'existe plus de scansion initiatique marquant le passage d'un statut à un autre. On en reste à des notions superficielles (les âges) plutôt que d'affronter la nécessité de passage au statut adulte.

Pour **LEVI-STRAUSS**, «*les société archaïques les plus différentes à travers le monde conceptualisent de façon identique les rites d'initiation*» [123].
Ces rites se «*situent aux confins de l'individuel, corporel et psychologique, et du social*» nous dit **JEAMMET** [98]. La finalité des rites est d'intégrer les adolescents au monde adulte aussi efficacement que possible en leur imposant des épreuves violentes exigeant une soumission totale.

Le corps est directement concerné, recevant les marques tangibles qui doivent le situer dans la lignée des sexes et des générations, en même temps que le sujet reçoit un enseignement destiné à l'introduire aux secrets de la tradition.

On voit l'importance de la violence dans l'exécution des rites de passage traditionnels. Contrairement à nos sociétés, où la mort même peut être occultée, le rite exige comme finalité d'intégrer la notion de violence fondamentale et non de l'expulser.

En effet, dans les sociétés primitives, la cruauté fait partie intégrante du rituel et se met au service du lien social. Elle ne vient pas d'une absence de refoulement, mais du fait que l'individu n'a pas d'existence reconnue comme autonome [135]. Le rite a pour but d'enraciner le jeune dans la trame d'une mémoire collective et d'une appartenance qui confirme son sentiment d'identité personnelle et sociale. Si l'adolescence est un passage, le rite est «*le gué qui unit le passé et l'avenir*» [119].

La marque psychique est alors une mémoire laissant le sceau du social à travers cette douleur garantissant le groupe contre l'oubli par le jeune de ses obligations.

Ainsi, la fonction du rite rejoindrait celle du mythe comme un roman des origines par lequel une culture tente de «*penser et de donner formes à ces mystères que sont la différence des sexes et des générations et, pour chaque individu, la bisexualité, l'identification et la filiation*» [98]. Le rituel permet de prendre part à la vie sociale, car, il s'agit d'un processus dynamique, agi et pas seulement invoqué comme dans le mythe. Il est constitué «*d'expériences vécues, soutenues par des épisodes chargés d'intentions et d'émotions*» [92]. Il fournit au jeune une valorisation de son existence et la possibilité d'approcher la mort en la surpassant de manière symbolique. Le rite dissimule donc autant qu'il dévoile et permet aux adolescents d'obtenir des bénéfices narcissiques importants : leur image est soutenue par le groupe, l'épreuve commune venant renforcer ce sentiment d'appartenance ; ensuite ils participent enfin aux secrets du monde adulte ; le surpassement de soi-même pendant l'épreuve leur permettant également de se conforter dans ses propres compétences.

Si il n'y a pas de nostalgie à avoir par rapport à cette société archaïque parfois idéalisée parce que naturelle, il faut reconnaître une différence majeure par rapport à la nôtre. Dans les sociétés traditionnelles, l'adolescence se réduit à un passage scandé par des opérations internalisées visant à consolider le refoulement primaire.

Chez les occidentaux, elle correspond au retour du refoulé, ce qui pourrait expliquer que, même normale, l'adolescence se présente comme un véritable «*miroir de la psychopathologie*».

Ce qui fait dire à **JEAMMET** : «*on peut se demander si les troubles psychopathologiques des adolescents n'occupent pas une fonction de mythe personnel et n'acquiert pas une dimension de rite ?*». [98]

Le rite répond à une situation psychique intense, ressentie comme menaçante par l'individu, le groupe reprenant cette tension à son compte, tentant de lui donner un sens. Peut être manque-t-il à l'heure actuelle la volonté adulte de reprendre cette tension à son compte, laissant l'adolescent dans une quête de sens et la pratique de rites personnels.

La pathologie de l'Agir en est un bon exemple ainsi que le recours par une jeunesse se voulant marginale à des comportements visant à provoquer une modification abrupte de l'identité. Ainsi le jeune occidental a-t-il à symboliser lui-même ce passage qui l'effraie. Le rite devient alors une figure individuelle, non soutenue par le groupe social, et voyant donc sa signification anthropologique diminuer.

Cela correspond, comme le dit **MELMAN** à la «*congruence entre une économie libérale débridée et une subjectivité qui se croit libérer de toute dette envers les générations précédentes et produisant un sujet croyant pouvoir faire table rase de son passé*» [138].

II.3 - LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT EN QUETE DE LIMITES :

II.3.1 - **Une jouissance narcissique immédiate** :

Face à l'augmentation constatée des pathologies de l'Agir, et notamment de l'expression comportementale violente, nous pouvons nous interroger sur d'éventuelles modifications en profondeur de l'apprentissage de la relation objectale. La mise en jeu du narcissisme à l'adolescence entraîne le jeune dans la recherche de limites afin d'effectuer cet apprentissage de la relation à autrui, et par là même, de son intégration sociale. Nous avons vu la nécessité pour l'adolescent de passer d'un stade de "Moi Idéal" à celui d' "Idéal du Moi". Autrement dit d'un fonctionnement basé sur la toute-puissance infantile, caractérisant le narcissisme primaire, à une étape de narcissisation du Moi, construisant ainsi le narcissisme secondaire.

On peut faire quelques constatations concernant l'évolution de la construction psychique des adolescents soumis à l'influence d'un monde en mutation.
Si l'on considère le glissement géométrique opéré dans la relation triangulaire, force est de constater que la société occupe désormais une place identique aux images parentales. On peut penser que la définition de **LAUFER** de l'Idéal du Moi s'enrichit alors de deux autres propositions : l'idéation de l'enfant par la société et réciproquement. C'est tout particulièrement vrai quand on pense à cette société «*adolescentrique*» décrite par **ANATRELLA**, décrivant les «*Eternels adolescents*» [7]. Ainsi, la gratification narcissique relayée par la société n'aurait jamais été aussi forte. On peut alors se demander dans quelle mesure une société elle-même adolescente dans son fonctionnement global peut favoriser la construction d'un Idéal du Moi structurant. D'autant plus dans un monde moderne où la pulsion scopique n'a jamais été autant sollicitée. **LACAN** disait que le «*Moi naît dans l'aliénation passionnelle à une image*» [143]. A l'heure actuelle ne peut-on penser qu'il existe un trop grand nombre d'images contradictoires et paradoxales dans leurs injonctions ?

D'autre part, si l'Idéal du Moi doit être l'héritier de l'adolescence (**BLOS**), il naît entre autre par la différenciation de l'idéal de Soi. L'abandon de cet idéalisation du Soi grandiose passerait par le renoncement à la position bisexuelle.
Une fois abandonnée, le relais est pris par l'identification au père et l'intériorisation de cette image de l'autorité paternelle au sein de l'Idéal du Moi. Nous voyons ici que les injonctions actuelles de la société adulte semblent aller à l'encontre de la nécessité décrite par **BLOS** de résoudre le conflit œdipien négatif. Faut-il y voir un deuxième facteur de résistance à la constitution de l'Idéal du Moi ?

Nous nous intéressons à ces questions en réaction à la constatation clinique que de nombreux patients semblent fonctionner sur un mode narcissique primaire. Ce constat peut s'effectuer tant chez les adolescents que nous rencontrons, que chez les parents. Nous avons l'impression de voir de plus en plus de sujets recherchant un mode de satisfaction rapide de type auto-érotique. L'apprentissage de la relation objectale peut alors être entravé, le Moi individuel ne paraissant pas constitué et les objets investis de manière partielle, comme les zones partielles érogènes de l'enfant.

MELMAN voit ici l'avènement d'une perversion généralisée où on se sert par exemple du partenaire «*comme d'un objet que l'on jette dès qu'on l'estime insuffisant*» [138]. Faut-il y voir, comme **ANATRELLA** [7] «*une ambivalence entre le surmoi et l'idéal du Moi à l'intérieur du Moi*» du monde adulte ?
La traduction clinique immédiate de cette modification dans l'organisation des instances psychiques et de leur hiérarchisation, est à notre sens une grande intolérance à la frustration. Les adolescents rencontrés sont caractérisés par cette incapacité à différer leurs envies dans le temps, à attendre, mais aussi à espérer. Pour **MALEFAN**, il existe «*une évolution dans l'articulation des jouissances, avec une place accrue de la jouissance autre ... qui semble être identifiée à une consistance de l'être et à l'immédiateté de l'avoir*» [122].

Ainsi, l'adolescent semble être en difficulté d'identification et d'intériorisation d'un Surmoi. On dit que le jeune est sans idéal. S'il est vrai que les grands idéaux collectifs disparaissent, masqués par la «*consommation obligatoire*», on peut penser que de nombreuses sources d'identifications partielles existent dans notre monde de l'image. Mais ces sources ne sont-elles pas plutôt des modèles à imiter, sans portée symbolique et fonctionnant plutôt comme une séduction narcissique flattant l'omnipotence ? Peut être faut-il y voir l'avènement de la Nouvelle Economie Psychique décrite par **MELMAN**, laissant peu de place à un Idéal du Moi structurant, mais favorisant plutôt la persistance d'un Moi Idéal infantile. C'est ce qu'il décrit en disant que «*nous passons d'une culture fondée sur le refoulement du désir et donc la névrose à une autre qui commande la libre expression et prône la perversion, fonctionnant dans la jouissance immédiate. La Santé Mentale relève ainsi aujourd'hui d'une harmonie non plus avec l'Idéal, mais avec un objet de satisfaction. La tâche psychique s'en trouve grandement soulagée et la responsabilité du sujet effacée par une régulation purement organique*» [138]. Ce déficit en capacité de symbolisation, l'attente d'une satisfaction immédiate, et l'atténuation de la responsabilisation expliquent peut être le recours de plus en plus fréquent à l'urgence et sa supposée solution instantanée. Cette évolution se fait d'ailleurs en parallèle avec celle du droit, renforçant le sujet dans cette idée qu'une satisfaction pleine et entière attend «*l'homme sans gravité*» et que, dans le cas contraire, il est juste d'attendre une réparation. La vision du monde n'a ainsi jamais été aussi manichéenne, partagée en bons et mauvais objets, mais n'arrivant pas à intérioriser un objet total.

II.3.2 - **Une société adolescentrique** :

II.3.2.1 - L'avènement de la post-adolescence :

Si la société actuelle est faite de progrès techniques, la relation interhumaine semble souffrir. Le monde adulte semble s'être réfugié dans la «*quête du Graal*», c'est à dire dans une recherche de jeunesse éternelle, à l'origine de ce mouvement qu'est le «*jeunisme*».

Nous avons vu que depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, un mouvement socio-culturel a imaginé le développement progressif de «*cet espace psychique*» entre-deux âges qu'est l'adolescence. L'allongement de ce nouvel âge de la vie est un phénomène récent. Après l'adolescence, terme existant quand même depuis **PLAUTE**, voici venir le temps de la post-adolescence. Cette dernière est une situation particulière qui s'inscrit dans la suite de l'adolescence et participe pour **ANATRELLA** «*au même processus général d'adolescence*», mais avec des rôles particuliers à accomplir dans l'aménagement de la personnalité [7]. Il semblerait que nous assistions d'un côté à l'adoption précoce de conduites juvéniles chez de jeunes enfants, avant mêmes les transformations de la puberté, et de l'autre l'adoption de ces mêmes conduites par les adultes «*de 17 à 77 ans*». Ainsi, l'adolescence semble exercer une attraction indéniable, comme le dit **ANATRELLA** : «*il faut y entrer de plus en plus tôt pour en sortir le plus tard possible*» [7]. On retrouve ici une certaine confusion des générations. Le temps est vécu sur un modèle juvénile, celui de l'immédiateté et de «*l'instant qui dure*», sans cesse renouvelé mais identique, dans une sorte d'amour maternel ininterrompu, source de plaisirs sans limites. L'idée de choix ou d'engagement angoisse le sujet moderne qui semble entamer une errance affective.

Ainsi, si l'enfant est «*sorti de l'anonymat*» (**ARIES**), l'adolescent semble en passe de devenir un modèle de référence. Nous sommes passés en quelques siècles de l'enfant représenté comme un adulte en miniature à celui du «*petit d'homme*», investi d'un capital affectif et narcissique, au point de devenir un pôle d'identification engageant le destin psychique des adultes.

II.3.2.2 - La narcissisme en question :

Cette contre-identification des adultes aux enfants et adolescents est relativement nouvelle. Un tel système ne permet pas chez les parents la projection du Surmoi sur leurs enfants et représentent par là un idéal du Moi décevant [7].
Ce surinvestissement du narcissisme de l'adolescence peut provoquer une organisation morcelée puisque la réalité interne, vécue comme angoissante à cet âge, ne trouve plus en la réalité externe un appui «*contra-narcissique*». La fonction défaillante de «*pare-excitation*» des parents n'étant pas non plus relayée par la troisième base du triangle, la souffrance intérieure peut s'avérer plus grande. Les symptômes, habituellement protecteurs, disparaissent pour laisser s'exprimer les conflits pulsionnels à travers l'Agir, laissant l'adolescent «*sans gravité ni qualité*».

On assiste alors au "remplacement" du Surmoi, théoriquement héritier de l'œdipe, par le narcissisme primaire. Celui-ci met en place un régime régressif, anté-œdipien et l'économie libidinale reste prégénitale interdisant l'accès à la relation objectale. **ANATRELLA** pense que nous assistons à un déni et un refoulement du complexe d'œdipe. Pour lui, cet évitement du Surmoi œdipien a «entraîné chez les jeunes une altération de l'appareil mental, le Surmoi individuel n'ayant pu se mettre en place et l'organisation du travail du désir s'est confondu avec sa réalisation immédiate» [7]. **MELMAN** parle de «*carence de la dimension subjective*», chez les adolescents n'étant pas en capacité de «*consentir à occuper leur place de sujet et assumer leur désir*» [138].

Le narcissisme aboutit à un paradoxe : être comme tout le monde, se retrouver dans les autres pour conjurer l'incapacité à devenir soi-même.
La deuxième étape au processus de séparation-individuation est alors largement entravée par le conformisme ambiant. De la même manière que l'utilisation de drogues a changé et perdu ses caractères festifs et culturels, le narcissisme d'aujourd'hui apparaît plus défensif, protégeant l'adolescent de la réalité externe. Il n'a plus rien à voir avec celui de ses aînés, que ce soit à San Francisco ou Katmandou,plus porteur d'espoir en la subjectivité humaine et le lien social.

II.3.3 - **La dépression de l'adolescent sou le primat de la dépendance** :

Nous avons dit que l'adolescent peut être intéressé par la poursuite de son développement si il est certain que le gain obtenu pourra être à la hauteur de la perte. Dans le cas contraire, il risque d'effectuer un repli violent pour préserver son intégrité narcissique. Peut-être à l'heure actuelle ne trouve-t-il rien de rassurant et d'idéalisable dans la réalité externe ?

L'enquête de 1994, de **CHOQUET** et **coll** [50] mettait en avant un chiffre de 30 % «*d'ambiance dépressive*», cette dernière pouvant sans doute correspondre à «*la menace dépressive*» décrite par **BRACONNIER** [36].
Les chiffres que l'on retrouve dans notre étude rétrospective nous fait penser à une augmentation de ce type de dépression larvée et pouvant se manifester à travers l'Agir. La morosité par exemple nous semble une caractéristique retrouvé très souvent. Mais ce qui semble dominer est le vécu abandonnique d'une part et la notion de dépendance affective d'autre part.

La dépendance et son aménagement sont pour **JEAMMET** [100] une façon de réguler l'ensemble des troubles psychopathologiques de l'adolescence. Pour lui, les «*aménagements de la dépendance font appel à des mécanismes de défense, mais surtout à des comportements ... plus ces mécanismes sont univoques et massifs, plus ils ont un potentiel pathogène*». Les conduites d'auto-sabotage dont nous nous occupons quotidiennement reflètent pour **JEAMMET** le maintien d'une situation de dépendance, appauvrissant la vie relationnelle de l'adolescent, dans un mouvement de «*déliaison pulsionnelle*». C'est alors l'angoisse de néantisation qui domine, sous tendant la pathologie narcissique pour **CAHN** [43]. Ce dernier explique que «*la déliaison l'emporte donc sur la liaison rendant impossible l'intégration dans la problématique œdipienne*». On retrouve ici la prééminence des défenses par le clivage ou la tendance à l'Agir. Pour **CAHN**, c'est ici, dans «*ces impasses du développement*» décrites par **LAUFER** que l'on retrouve les tentatives de suicides, les tableaux dépressifs sévères, la délinquance, la toxicomanie, l'anorexie. En somme, on y retrouve l'Agir pathologique décrit plus haut, et si souvent rencontré aux urgences comme «*masque*» de la dépression.

Il nous semble évident qu'actuellement la dépendance est, comme le dit **JEAMMET**, «*une virtualité sinon une constante du fonctionnement mental*» [105].

Pour lui, elle devient un problème si elle est un mode prévalent et durable du fonctionnement psychique, s'appuyant essentiellement sur la réalité externe perceptivo-motrice afin de contrecarrer un monde interne non sécurisant. Il définit le champ de la dépendance par cet "entre-deux" : entre la quête autodestructrice de sensations pour se sentir exister et le «*plaisir de l'enfant d'être satisfait et apaisé par l'échange avec l'objet*». Mais pour un sujet en insécurité, se sentant vide ou "défaillant", l'échange est trop dangereux pour l'intégrité du Moi.

Ce qui frappe actuellement, au regard de la pathologie de l'Agir en augmentation, est justement cette sensation subjective de «*vide intérieur*», dont se plaignent les adolescents. Cette «*éclipse subjective*» s'apparente alors à une «*dépressivité chronique*» plus qu'à un état dépressif franc. Nous pouvons penser, à l'instar de **CORCOS** et **JEAMMET** [56] que nous assistons à l'augmentation de fréquence de fonctionnement de type limite chez les adolescents. Pour les auteurs, l'évolution actuelle de la société favoriserait ce type de fonctionnement pour des patients «*en prise avec un mode de structuration psychique inachevé, situé entre le mode de satisfaction névrotique et le mode psychotique*». Pour eux, il y a une grande proximité clinique entre les "états limites" et les pathologies de la dépendance, laissant présager une «*structuration marquée par un arrêt de développement du Moi*». Le «break-down», décrit par **LAUFER**, trouverait un appui incontestable actuellement dans une société adolescentrique où le narcissisme primaire l'emporte sur la constitution d'un Surmoi puis d'un Idéal du Moi.

Si l'on part du principe que l'identification inversée à laquelle nous assistons actuellement a pour conséquence de faire «*l'économie de l'œdipe*», il y a alors développement du Moi de façon anarchique, qui aspire à repousser et refuser toute limite. Peut être assistons nous actuellement à l'éclosion de pathologies marquées par une "dépressivité chronique" que d'aucuns nomment dysthymie. Ces troubles peuvent sans doute être vus sous l'angle de la pathologie du narcissisme, dominés par un fonctionnement de dépendance anaclitique et n'ayant pas accès à la «*permanence de l'objet*».

Le «*sentiment continu d'exister*» de **WINNICOTT** est peu à peu remplacé par un sentiment de vide subjectif pouvant déboucher sur ces conduites d'auto-sabotage que nous connaissons.

Les "post-adolescents" ne sont alors peut être pas très différents de ces «*immaturités charmantes et un peu inquiétantes*» dont parle **BERGERET** [22], ni des personnalités «*as if*» de **DEUTCH**.

Nous allons maintenant voir en quoi le passage à l'hôpital général de l'adolescent dépressif peut être une expérience positive.

III - PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS L'URGENCE DE LA SOUFFRANCE DE L'ADOLESCENT :

III.1 - RAPPEL HISTORIQUE : LA PSYCHIATRIE A L'HOPITAL GENERAL :

La notion d'urgences en psychiatrie a un long passé historique marqué des mêmes jalons que ceux de la reconnaissance de la maladie mentale et dans lequel l'hôpital de la Salpêtrière joue un rôle central.
Créé à l'occasion du «grand renfermement» ordonné en 1657 par **Louis XIV**, l'hôpital de la Salpêtrière a eu dès l'origine vocation à traiter l'urgence en accueillant dans le cadre d'une mesure de police les hommes et les femmes présentant des troubles du comportement social, quelle qu'en soit la nature.

Avec le XVIII^{ème} siècle, les aliénés furent progressivement séparés des autres pensionnaires. La reconnaissance du caractère médical de l'aliénation mentale est l'œuvre de **PINEL**, qui fut médecin-chef de la Salpêtrière de 1795 à 1826. Il mit fin au renfermement policier des déviants sociaux et contribua à instaurer l'orientation thérapeutique des malades mentaux. L'aboutissement est la loi de 1838 et la création des asiles départementaux.

La loi du 30 juin 1838 incitait chaque département à se doter au minimum d'un asile permettant d'accueillir les aliénés. Ceux-ci y étaient placés sous le mode de l'internement. Il faut attendre 1924 pour que se développent les premiers "services ouverts" où les patients sont librement hospitalisés, notamment à l'hôpital Henri Rousselle.

Peu à peu, la politique de secteur va voir le jour. Le secteur de psychiatrie générale correspond à une aire géographique délimitée par la population qui y réside. La circulaire du 15 mars 1960 considère qu'un secteur correspond à 67.000 habitants. La Circulaire du 4 Septembre 1970, prise en application du Décret du 11 Mars 1970, réaffirme qu'il constitue la base du dispositif du service public de "lutte" contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. Il assure la prophylaxie, le dépistage précoce et la post-cure de ces trois types de pathologies.

Peu à peu, la définition du secteur va varier. Au départ, il s'agissait de faire sortir les psychotiques s'étant chronicisés à l'hôpital psychiatrique. Au rythme de différents textes et circulaires, c'est d'un grand moment de désinstitutionalisation qu'il s'agit au départ. Puis le secteur est devenu une aire d'intervention et enfin avec sa législation une aire de planification, de gestion des comptes de santé, du redéploiement des moyens existants pour assurer une efficacité maximale au moindre coût. Ce glissement progressif du sens du concept peut faire craindre à certains la "mort du secteur" tel qu'il a été conçu par les pionniers.

D'une expérience innovante, souple et remplie d'enthousiasme, le secteur devient peau de chagrin aux moyens réduits, tout en étant de plus en plus engoncé dans un carcan légal qui le rigidifie, s'en empare et limite de plus en plus sa marge de manœuvre thérapeutique.

DAUMEZON a ouvert le 1er mars 1968 le C.P.O.A. (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) intégré à l'Hôpital Henri Rousselle. Il expliquait à l'époque que «*le découpage en secteur conserve un caractère empirique et mal connu du public et des médecins, et, comme un nombre non négligeable de sujets n'ont pas d'insertion social stable, l'existence d'un lieu d'accueil et d'orientation reste nécessaire*» [89]. Le CPOA a ainsi été conçu en s'appuyant sur une vision prospective axée d'emblée sur la notion d'urgence psychiatrique et la volonté d'être au service d'un dispositif modulable et adaptatif. La consultation d'urgence en psychiatrie née en 1973, à l'hôpital général, six ans après la naissance du C.P.O.A. de Ste Anne, est l'aboutissement logique d'une augmentation de la demande psychiatrique qui permet aux patients de bénéficier 24h/24 d'une écoute attentive capable dans une majorité de cas de calmer une situation de crise.

En 1992 paraît le rapport **MASSE**. Il est la conclusion de la mission confiée à **Gérard MASSE**, psychiatre des hôpitaux, par **Bruno DURIEUX**, alors Ministre délégué à la Santé. Cette mission avait pour objectif le développement de la psychiatrie à l'hôpital général dans la perspective d'une meilleure intégration de la Santé Mentale dans le système général de santé (le but premier étant de ne pas augmenter les dépenses de santé).
Ainsi, en 1992, près des deux tiers des secteurs généraux sont implantés en Centres Hospitaliers Spécialisés (C.H.S.).

L'hétérogénéité des moyens selon les services et les lieux d'implantation est jugée considérable, avec un net déficit au détriment des secteurs gérés par un Centre Hospitalier Général (C.H.G.). Quel que soit le lieu d'implantation, CHS ou CHG, il existe encore trop de structures repliées sur elles-mêmes, justement qualifiées par **MASSE** de «néo-asilaires». Par ces termes jugés acerbes, **MASSE** est accusé de vouloir installer l'ensemble de la psychiatrie à l'hôpital général.

En fait, l'idée directrice est que tous les secteurs aient un pied à l'hôpital général, afin de pouvoir répondre à leurs missions traditionnelles, présence dans les services d'urgences et implication dans la psychiatrie de liaison.
Les grandes idées de MASSE sont axées sur la relativisation de la notion de secteur au profit de critères centrés sur le patient qui en première intention consulte à l'hôpital général. Il propose de développer les conventions entre CHS et CHG, en renforçant, si nécessaire, les services de psychiatrie implantés en CHG.
Ceci peut permettre de rompre avec l'image négative de la maladie mentale par l'information, la sensibilisation et la recherche. Le but est donc un meilleur repérage des troubles et de mieux remplir la mission initiale de "lutte" du secteur.

La circulaire du 30 juillet 1992 sur les urgences psychiatriques, s'inspirant du rapport de la Commission des Maladies Mentales [16] [149], souligne la très grande hétérogénéité de l'organisation de la réponse aux situations d'urgences psychiatriques et son insuffisance au sein des hôpitaux généraux.
Elle encourage «*l'amélioration du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques par la mise en œuvre d'une réponse psychiatrique efficace et permanente, articulée avec les secteurs psychiatriques, dans tous les pôles d'accueil des urgences*».

Elle définit d'abord l'urgence qui serait en psychiatrie selon ses propres termes : «*une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique*».

Elle définit les grandes catégories d'urgence, la distinction entre crise et urgence, ainsi que les mesures à mettre en oeuvre. Elle réaffirme la place de la psychiatrie aux urgences en définissant le rôle de l'équipe psychiatrique.

Elle définit ensuite les locaux de soins et d'hospitalisation de courte durée et affirme l'importance de la prise en charge psychologique des suicidants aux urgences mêmes.

III.2 - LE PASSAGE A L'HOPITAL GENERAL PEUT IL AVOIR UNE VALEUR INITIATIQUE ?

III.2.1 - **L'hospitalisation de crise** :

Face à augmentation des pathologies de l'Agir, ayant pour nous valeur de grave crise des repères symboliques des adolescents, il est sans doute nécessaire de pouvoir compter sur des lieux d'hospitalisation afin d'effectuer un premier travail de crise. Comme nous l'avons vu, c'est l'occasion de faire le point avec l'adolescent et sa famille avec qui le «*contrat narcissique*» est souvent rompu depuis longtemps. Afin de faire contrepoids à une insécurité interne trop importante, la réponse thérapeutique doit pouvoir offrir une «*alliance narcissique*» selon l'expression de **JEAMMET** [99]. L'hospitalisation doit pouvoir offrir un cadre contenant autorisant un «*travail sur les contenus*», permettant au sujet, par exemple en ce qui concerne le suicide, «*de s'approprier subjectivement son propre geste, comme prélude à une meilleure internalisation*» [63]. L'unité de court séjour peut lui offrir un cadre et un contenu déterminés en fonction d'insuffisances ou de carences présupposées telles que : limite et loi paternelle défaillantes, capacités de symbolisation délaissées au profit de l'Agir, absence de liaison entre les affects et les représentations mentales par exemple.

Ainsi, dans ces situations où l'absence de capacités contenantes de l'environnement se conjugue à une faiblesse des ressources internes du jeune, un séjour de rupture et d'évaluation semble indispensable. L'espace qui est alors proposé doit être un lieu pour penser, réfléchir et redonner un sens aux difficultés [64].
Entre de trop brefs séjours aux urgences (quelques heures parfois) et la précipitation vers l'hospitalisation en psychiatrie classique (par manque de temps et de moyens souvent), il semble indispensable de concevoir des «espaces thérapeutiques intermédiaires» [152].
Nous rejoignons ici la dimension "transitionnelle" de l'unité au sens où l'entend **CAHN** à partir du concept Winnicottien [42], où se joue une crise entre l'interne et l'externe. Par là même, va se jouer un jeu de va et vient entre le groupe et l'individu, c'est-à-dire entre l'indifférenciation de soi à autrui et la séparation.

Offrir à l'adolescent la rencontre de plusieurs praticiens (donc différents en compétences, âge et sexe), et également plusieurs patients, peut permettre une ébauche de travail sur l'altérité et l'apprentissage de la dette et l'échange.
Si dans une société individualiste et narcissique les notions de réciprocité et de contradiction semblent s'estomper, c'est là aussi un apprentissage nécessaire afin de réussir le passage de "l'entre-deux".

Dans le temps d'hospitalisation, la rencontre avec les parents (ou du moins le tuteur légal) fait partie d'emblée du cadre thérapeutique. Ayant d'abord une fonction à caractère anamnestique et d'alliance thérapeutique, on pourra tenter ensuite une «*mise en sens de la crise dans le roman familial*» [64]. En effet, les troubles de l'adolescence sont souvent le reflet de secrets familiaux non résolus et non parlés. Les entretiens permettent de replacer chacun face à son rôle et sa fonction dans l'arbre généalogique et la hiérarchie générationnelle. Chacun peut alors penser la crise autrement, au travers des liens qui les unissent, en travaillant la représentation qu'à leur enfant dans leur psychisme et en réfléchissant aux moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'autonomie à laquelle l'adolescent aspire et à laquelle il est de toute façon destinée.

Ce travail de crise, nous pouvons l'effectuer depuis peu puisque nous travaillons depuis quelques mois dans une unité dite de «crise et post-crise», en parallèle avec le travail au SPUL. Nous hospitalisons donc régulièrement des adolescents en souffrance. Nous nous sommes aperçus que le travail de crise proprement dit, est variable en terme de durée. Si l'hospitalisation est brève, c'est en général parce que les parents la lèvent, après avoir été confrontés à une remise en question du roman familial. Souvent, certaines choses sont figées, et l'ensemble de la famille se trouve dans une impasse psychique. La levée des secrets entraîne souvent une «levée de boucliers parentaux». Si par contre le travail s'amorce, il est étonnant de voir un adolescent tellement assis sur ses positions intolérantes, incapable d'accepter l'idée de compromis, se modifier de jour en jour. Le cadre thérapeutique travaillant sur les contenus et assurant un contenant semble réconcilier les mondes interne et externe. Cela entraîne un assouplissement du fonctionnement psychique, une baisse du besoin d'agressivité et de violence, laissant apparaître un adolescent déprimé et enfin prêt à entamer un travail psychothérapique mettant en jeu sa propre subjectivité.

Bien sûr, cet aspect idyllique des choses n'est pas quotidien et l'impression d'échec fait partie de ce travail sur la dépression polymorphe de l'adolescent. Il faudra parfois plusieurs hospitalisations de crise avant que le patient sorte de l'Agir et que l'identification projective cède la place à une ébauche de "position dépressive".

Une autre question nous est apparue importante, celle de savoir s'il est préférable d'hospitaliser les adolescents entre eux ou bien en psychiatrie adulte. On peut s'interroger sur la pertinence de les faire se côtoyer, alors que de plus en plus on veut nous faire voir dans les adolescents un groupe social spécifique. Les positions sont contradictoires bien sûr, et ce débat est assez passionnel. Pour notre part, nous pensons que l'on ne peut avoir de position tranchée et générale. Si l'adolescence est un concept décrivant le processus du pubertaire, chaque jeune et différent en son histoire, sa maturité et son rapport à l'adulte. Pour **BALDACCI**, le mélange avec les adultes «*favorise la différenciation, contribue à la reconstitution d'un sentiment d'identité car un tel lien permet la conflictualisation intra-psychique favorisant la constitution d'un espace psychique*» [14].

Dans notre service, nous avons pu remarquer deux choses. La première est que la position de **BALDACCI** est juste si l'adolescent trouve quelqu'un en face de lui. Or l'évolution de la clinique adulte tend à une augmentation de sujets «*sans gravité*» pour **MELMAN** [138], ou «*sans qualité*» pour **LE BRETON** [119]. Les processus identificatoires alors en jeu ne représente pas un changement par rapport à l'extérieur. Le deuxième fait est que si les adolescents représentent plus de 20 % de l'effectif du service (soit plus de trois patients sur quinze en ce qui nous concerne), il y a un risque d'auto-entretien des problématiques. De plus, des phénomènes de contre-identifications ne sont pas rares, à l'image de ce que l'on a décrit plus haut. Nous avons eu par exemple une "épidémie" d'automutilations chez les adultes initiée par une patiente âgée de 15 ans. Si les adultes peuvent représenter un potentiel identificatoire en termes d'apprentissage dans la différenciation de soi et de l'autre, avec abandon du Moi Idéal, alors peut être cela sera bénéfique pour l'adolescent.

Nous avons peut-être un rôle à jouer pour rétablir le lien parfois rompu entre service de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, afin de pouvoir s'adapter à chaque situation, en luttant par là même contre l'uniformité arbitraire.

Nous pensons qu'il est souhaitable de pouvoir envisager les orientations thérapeutiques non en terme de lieu ou de réglementation, mais selon les fonctions thérapeutiques que l'on veut développer.
L'hospitalisation en psychiatrie adulte n'est plus alors un choix par défaut de place, mais un choix précis et réfléchi. C'est un des intérêts, à notre sens, des "lits de crise" (24 à 72h) que de permettre une évaluation de notre projet (post-crise, service adolescent ou adulte, sortie, suivi ambulatoire, ...).

III.2.2 - **Rituels initiatiques et rituels thérapeutiques** :

Nous nous sommes intéressés à l'aspect initiatique que peut représenter le passage aux urgences. De nombreux auteurs établissent un parallèle entre les rituels d'initiation et les rituels psychothérapiques. Pour eux, ces derniers sont calqués sur un processus initiatique, considérant que la maladie peut être la conséquence d'un ratage de l'initiation. Dans une société où la transmission fait défaut et où l'apprentissage de l'idée de mort s'estompe au rythme de la déliaison sociale, les adolescents en "carence de symbolisation" et engagés dans une ordalie moderne, viennent peut-être chercher à l'hôpital général l'initiation nécessaire à leur individuation.

Rappelons les trois phases du schéma initiatique décrit par **LEVI-STRAUSS**, **VAN GENEP** ou encore **MEAD** [98] :

* La séparation d'avec le groupe familial et social. Elle est ressentie comme un deuil, le groupe feignant de croire que le sujet va être mis à mort.

* La phase de réclusion dans un endroit clos, arrondi (caverne, enclos, ...), dans un état de nudité et dans le silence. C'est le moment des apprentissages (épreuves physiques, morales et intellectuelles). C'est le moment de la mort et de la renaissance symbolique, résumant l'essence de l'initiation avec mise en scène mimant l'accouchement.

* Le retour et l'intégration à la société adulte.

Le schéma initiatique comporte donc un certain nombre de constantes, quelle que soit la peuplade, comme le rappelle **LEVI-STRAUS** [123]. On retrouve l'Agir et les transformations de statut à travers le corps de l'adolescent et l'espace. On met en scène la séparation d'avec la mère, la rupture avec le monde de l'enfance, la rivalité avec les adultes, l'adoption d'une identité sexuelle abandonnant la bisexualité toute-puissante et enfin on confronte l'adolescent à la différence sexuelle. Mais ici, comme le dit **JEAMMET**, les tensions sont dans un premier temps «*toutes entières extériorisées et prises en charge par la société adulte offrant aux adolescents une représentation codifiée de ces changements*» [98].

AIRAULT [1] compare ainsi l'hospitalisation aux urgences, se déroulant selon un schéma similaire. On retrouve la séparation d'avec la famille, «*cet arrachement plus ou moins théâtralisé de l'ado. que chacun sait promis à la souffrance et au risque de mort*». La phase de réclusion est effectuée également dans un endroit «*qui peut faire évoquer la naissance mais aussi la mort*» (l'hôpital général évoquant dans notre culture la naissance mais aussi, à l'heure actuelle, la mort). On retrouve des épreuves physiques dans cette deuxième phase (prise de sang, sutures, examens complémentaires, ...) mais aussi morales (confrontation aux équipes, aux adultes, à l'autorité).
Pour **AIRAULT**, le service d'urgences peut être métaphorisé comme «*une sorte de temple avec des grands prêtres habillés de blanc, le néophyte étant nu ou en pyjama*». La phase de renaissance est représentée par l'émergence du jeune adulte à qui l'on s'adresse dans un premier temps sans ses parents.

Ainsi, l'hospitalisation aux urgences, puis en lits de crise et/ou de post-crise peut s'apparenter à un rituel, «*offrant aux participants des expériences exceptionnelles hautement intégratives, soutenues par un degré d'autoréférence et par l'introduction d'agents et d'idiomes spécifiques (symbolisme) ; il leur fournit par là des contextes représentables permettant une réévaluation des relations coordonnées constituant leur norme sociale*» [92].

III.3 - UNE PRATIQUE ENTRE IMPASSE ET ESPOIR :

Après avoir longtemps boudé les services d'urgence en hôpitaux généraux, la psychiatrie publique française s'est lancée dans une véritable frénésie organisatrice.

Avant la circulaire du 9 mai 19995, celle du 15 juin 1979 n'a jamais été vraiment appliquée : nombre de psychiatres voyaient dans le domaine médical et dans l'intervention ponctuelle, très efficace dans l'urgence vitale, des mythes dangereux et antinomiques au principe de secteur, socle idéologique depuis 40 ans d'une psychiatrie communautaire. Qu'on le regrette ou non la lente normalisation de la psychiatrie s'accélère.
De nouveaux défis de santé publique apparaissent (pharmacodépendance, exclusion sociale, infection VIH, suicidants...). Les moyens financiers quant à eux s'amenuisent.

La deshospitalisation faisant de la psychiatrie un gisement de productivités, la belle utopie du secteur risque de paraître rétrograde, faute de moyens. Le psychiatre dans la cité, inventant il y a longtemps déjà les réseaux, des partenariats, créant les alternatives à l'hospitalisation, refusant la psychiatrie à deux vitesses, apparaît aussi comme le psychiatre s'accrochant à l'opium asilaire, passant à côté de nombreuses évolutions de la médecine et de la société, privilégiant le social sur le médical, la psychanalyse sur les neuro-sciences, la prise en charge de psychotiques sur les autres souffrances psychiques. Dans ce contexte difficile, où les subventions de l'Etat s'éparpillent ailleurs que dans la psychiatrie, et où le législateur retire l'autisme des maladies mentales, les urgences sont un rendez-vous à ne pas manquer.

L'intérêt y est multiple, mais apparaît sous-tendu par un rôle essentiel, celui d'intervenir en tant que médiateur du lien social défaillant. Peut-être avons-nous un rôle à jouer dans ce domaine. Face à la dilution du lien et un fonctionnement social essentiellement narcissique et individualiste, l'adolescent a sans doute besoin de liaison entre son monde interne et la réalité externe. Ainsi, la reconnaissance de la psychiatrie, son implantation dans les hôpitaux généraux (lieux naturels et incontournables du passage de toutes les souffrances) peuvent permettre sans doute de replacer le patient au cœur du dispositif de soins, donnant un meilleur accès à une population jusque là ignorée de la psychiatrie. D'autre part, notre position à l'hôpital général nous place au cœur de la politique de réseau. Celle-ci concerne le réseau externe mais aussi interne, avec une meilleure coopération avec nos collègues somaticiens.

Le premier intérêt de notre présence semble être un réel accès aux soins psychiatriques par une meilleure information du public, permettant entre autres de démystifier notre discipline encore trop souvent synonyme de «*traitement moral de la folie*».

La présence d'infirmiers avec la spécificité psychiatrique permet d'instaurer avec les patients un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité. Les infirmiers étant souvent en première ligne, leur compétence humaine alliée à leur savoir diagnostic permet sans aucun doute à l'alliance thérapeutique de se faire. C'est vrai en psychiatrie adulte, ça l'est d'autant plus avec l'adolescent, souvent «*incapable de compromis*» (**WINNICOTT**) et supportant mal 4h d'attente avant d'être examiné et entendu. Notre rôle dans l'approche clinique du patient permet de «*prendre en compte tout ce qui constitue la personne humaine ... obligeant le praticien à envisager globalement son patient*» [120]. Si la médecine évolue vers un diagnostic de plus en plus précis, l'abord d'un individu venant pour être écouté redonne sens au «*fondement de l'acte médical qui est dans la majorité des cas un contact direct*» nous dit **LEGER**. Dans une société de progrès, nous pensons essentiel que l'abord psychologique des patients puisse se faire, que ce soit aux urgences ou en psychiatrie de liaison. Redonner une place à l'adolescent en souffrance et se débattant dans l'Agir pour ne pas éprouver sa dépression nous semble une des missions de la psychiatrie au cœur de la cité.

Le deuxième rôle important qui nous est dévolu à l'hôpital général concerne l'éducation du personnel soignant, et leur sensibilisation à l'abord global de la personne. Le temps consacré à la psychiatrie pendant les études est infime en médecine (30h) et également pendant les études d'infirmiers. Ainsi la distinction entre les différents troubles n'est pas aisée pour un personnel formé à la technique et souvent surchargé de travail.
C'est un travail de liaison interne avec le personnel, nécessaire à une meilleure compréhension de la maladie mentale.

Notre place aux urgences fait également de nous des interlocuteurs privilégiés dans la mise en route des soins ambulatoires et le travail de réseau. Longtemps la distinction est apparue claire entre les actions ambulatoires et d'autres qui se déroulent dans les institutions spécialisées. Les repères sont remis en questions avec le développement théorique des dispositifs "en réseau", permettant de maintenir l'enfant au plus près de son milieu habituel, en lui offrant de nouveau dispositifs de soins. La formalisation des réseaux est en cours depuis les circulaires de 1997 et 1999, mais la notion reste peu précise. Pour **GUEDJ**, il faut «*poser l'articulation entre le réseau externe et le cadre interne comme le véritable fil rouge de l'intervention en urgence*» [87]. C'est par exemple le but du projet "Eric", à Paris, élaboré par **KANNAS**. Il s'agit d'un système de gardes psychiatriques fonctionnant 24h / 24, basées sur une articulation entre les médecins généralistes, le SAMU

et les urgences psychiatriques. Pour **KANNAS**, cela a permis de réduire de moitié les demandes d'hospitalisation en milieu psychiatrique et ainsi de mieux diriger le patient vers les soins ambulatoires. D'autre part, il observe d'après ses statistiques que sur une période de cinq ans, il y a 75 % de nouveaux patients, non connus de la psychiatrie [108].

En ce qui concerne les adolescents, le soutien du réseau peut être essentiel devant la multiplication des problématiques abandonniques et le recours à l'Agir comme tentative de fuite par rapport à une réalité difficile. La souffrance des adolescents se manifeste partout (école, clubs sportifs, bars, ...) nous obligeant à aller au-devant d'eux.
Un meilleur repérage des troubles passe par un partenariat étroit avec les acteurs clairement identifiés. Ainsi, le Haut Comité de Santé Publique a défini des propositions et des moyens à mettre en œuvre afin de mieux traiter la souffrance des adolescents [47] :

* stimuler les capacités des enfants à réagir en situation de crise ;

* développer les possibilités de soutien aux adolescents en difficulté et à leurs familles ;

* une meilleure diffusion et des formations sur la dépression aux médecins généralistes ;

* promouvoir la prise en charge coordonnée entre généraliste et spécialiste ;

* poursuivre l'implantation des équipes psychiatriques spécialisées dans les services d'urgences hospitaliers.

Globalement, il faut repenser notre cadre institutionnel. Il ne s'agit pas de réinventer la psychiatrie, mais de s'adapter à l'évolution de la clinique.
La critique la plus communément émise est le risque de psychiatrisation de tous les maux de la société par notre simple présence aux urgences. S'il est vrai que nous ne pouvons résoudre des problèmes sociaux dépassant nos compétences, il semble, comme nous avons tenté de le montrer, que nous assistons à une «*montée de la dépendance*». La question réelle est de savoir si nous allons ou non entretenir cette dépendance, entraînant certains sujets dans une «*addiction à l'urgence*».

C'est probablement là aussi un de nos rôles d'arriver à travailler cette notion avec le patient, mais aussi avec les équipe médico-chirurgicales : toute souffrance n'est pas synonyme de pathologie psychiatrique. Ainsi, comme le dit **ISRAEL**, pour qui «*la dépression est devenue à la fois une explication et un droit*», il faut garder en tête la séméiologie classique tout en étant attentif à une souffrance s'exprimant dans un contexte précis [96].

Enfin, nous avons tenté de montrer que l'urgence psychiatrique doit prendre son temps et ne pas répondre au passage à l'acte autrement que par l'action psychothérapique. C'est là aussi une position à tenir, pour ne pas sombrer, nous aussi, dans le «*tout urgence*». Face à ces "nouvelles pathologies", le but sera de «*réintégrer le sujet dans la continuité et l'intégrité de son histoire... en l'aidant à faire circuler une parole porteuse de représentations*» [168].
Comme le dit **POMMEREAU**, le travail aux urgences nous «*oblige à dire que tout reste à faire pour l'adolescent, l'hospitalisation de crise lui indiquant l'existence de gués où il aura à s'engager plus avant*» [153].

CONCLUSION

Période clé de l'évolution de la maturation de la personnalité, la période adolescente est considérée par les uns comme une répétition de l'enfance, par les autres comme une période riche en changements déterminants et entraînant le futur adulte dans un schéma psychopathologique précis. C'est la période de construction du Moi, qui, s'appuyant sur les acquis des premières années de la vie va s'édifier par couches successives en s'appuyant sur ses propres fondations. Un des buts de l'adolescence est de permettre le renoncement à la toute-puissance infantile et l'accession à la relation objectale parallèlement à la mise en place d'un Idéal du Moi structurant. C'est le moment où le sujet va tenter d'acquérir une autonomisation et de prendre de la distance par rapport à ses identifications premières, à savoir les figures parentales.

Fait individuel, l'adolescence est également un fait social. Son début, les nouveaux modes de vie qu'elle implique entraînent le sujet dans une obligation d'adaptabilité. C'est une période faite d'une certaine vulnérabilité face aux circonstances anxiogènes ou dépressogènes. Certains adolescents connaissent ainsi des moments de malaise, de déprime ou d'anxiété. Le mal-être s'exprime à travers leur ennui, leur morosité et le regard dévalorisant qu'ils portent sur eux-mêmes. Partagés entre un monde interne nouveau et un monde externe exigeant, la construction de leur identité se fait parfois dans la confusion. Peuvent s'installer de réelles dépressions de l'humeur pouvant passer inaperçues aux yeux de l'entourage.
L'adolescent peut alors négocier son passage à l'âge adulte par de multiples comportements dérogatoires, cherchant quelles sont ses propres limites, ainsi que celles d'autrui.

De plus en plus semble-t-il, le jeune va pousser le défi avec lui-même jusqu'à un jeu subtil avec la mort, s'engageant dans des conduites à risque, telles que le suicide ou la toxicomanie. C'est un moment possible de réémergence de la violence fondamentale, en même temps que l'apprentissage de l'altérité et de la réciprocité. L'augmentation de l'Agir pathologique témoigne sans doute d'un vécu dépressif chez de nombreux adolescents exprimant par le corps un sentiment de vide et d'ennui profond. La pensée et le langage paraissent parfois vécus comme dangereux et l'expression affective passer de plus en plus par une expression comportementale. Un sentiment d'isolement semble assaillir les nouveaux adolescents, et la phrase de **WINNICOTT** selon laquelle «*les adolescents sont des isolés rassemblés*» en bande [171] prend toute sa valeur actuellement.

Ces adolescents isolés semblent être symptomatiques d'une époque. Dans ce monde en mouvance et changements brutaux, la «*crise des repères*» si souvent dénoncée, semble retentir sur la relation entre les hommes et les notions mêmes d'altérité et de subjectivité.

Parallèlement à l'évolution d'une société en progrès scientifique considérable, nous assistons à une dissolution du lien social et une transformation de la communication entre les individus. La société évoluant entre hypnose ambiante et monde virtuel, les adolescents semblent avoir repéré inconsciemment une faille d'autorité. Dans ce monde en mutation et en accélération, les repères de l'autorité semblent s'atténuer au même rythme que la disparition des rites de passage. Pour pallier à cette carence, peut être l'Agir constitue-t-il un rite de passage privé, ou de "contrebande". La violence permet peut être de rompre les liens aux imagos parentaux afin d'établir une identité propre, mais de surface, en "négatif". Si l'adolescence est un moment d'affrontement à la promesse œdipienne, il semblerait que celle-ci ne soit plus déçue.

La problématique adolescente apparaît au premier plan dans un service d'urgence psychiatrique. L'augmentation des conduites marquées par l'Agir conduit à s'interroger sur sa signification et sur l'expression actuelle de la souffrance psychique. Ainsi plus qu'à une réelle dépression de l'humeur, nous sommes confrontés de plus en plus à une dépressivité chronique chez des jeunes en construction identitaire. Les souffrances traumatiques, les blessures narcissiques de plus en plus souvent rencontrées expliquent peut être que les questions adolescentes soient désormais portées au premier plan, tant chez les jeunes que chez les adultes. Face à l'explosion de telles problématiques marquées du sceau de la dépendance, la présence psychiatrique aux urgences d'un hôpital général constitue peut être un levier possible à l'accès aux soins, même si par ailleurs d'aucuns objectivent un possible renforcement de cette dépendance.

Lieux de soins et de crise, l'urgence ne doit pas devenir un lieux d'asile, mais doit constituer un moyen de repérage des troubles et notamment de la souffrance dépressive adolescente, dissimulée souvent derrière un masque comportemental bruyant.

L'adolescent, «*porteur de vérité avant la compromission avec les autres*» selon **DOLTO** [66] interroge notre spécificité en même temps que les manques de notre culture laissant l'individu sans repères à des moments cruciaux de la vie, comme l'adolescence ou la mort. Il nous invite à une inventivité permanente, indispensable à la psychiatrie. Peut être le travail aux urgences, articulé avec le réseau de Santé Mental constitue une approche nouvelle pouvant donner un poids à la parole et aux actes de l'adolescent.

L'adolescence a une importance probablement majeur dans la vie d'un individu et constitue un moment de cristallisation possible d'un vécu dépressif pouvant s'exprimer de diverses manières. Le jeune vit dans un monde en changement, fait de crises et de ruptures. Cette tension vécue, nous avons sans doute à la recueillir et à la transformer. Nous aiderons alors peut être, comme le disait **DEBESSE** «*l'individu à élargir au maximum son horizon, à déployer toutes ses virtualités, à reconnaître ses possibilités les plus variées avant de faire les choix définitifs qui amorcent la maturité prochaine*» [58].

BIBLIOGRAPHIE

1 - **AIRAULT R.** - Tentative de suicide de l'adolescent : le passage à l'hôpital général peut-il avoir une valeur initiatique ? Nervure, Tome IX, n° 4, mai 1996

2 - **AKISKAL S.** - Developmental pathways to bipolarity : are juvenile on-set depressions pre-bipolar ? J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatr, 34, 6, 754 - 763, 1995.

3 - **ALLGOOD D., MERTEN B., LEWINSOHN P.M.** - Sex differences and adolescent depression. J. A. Psycholo, 99, 55 - 63, 1990.

4 - **ALVIN P., GASQUET I., DE TOURNEMIRE R., NOUYRIGAT V., SPERANZA M.** - Les adolescents aux urgences hospitalières. A propos d'une enquête menée à l'AP-HP. Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 50, 571 - 576, 2002.

5 - **ALVIN P., MARCELLI D.** - Médecine de l'adolescent, Masson, PARIS 2000

6 - **ANAES**, Service des Recommandations Professionnelles, Novembre 1998.

7 - **ANATRELLA T.** - Interminables adolescences, les 12 - 30 ans. Cerf, 1998

8 - **ANDREOLI A., CALIVE J., GARRONE G.** - Crise et intervention de crise en psychiatrie, PARIS, SIMEP, 1986

9 - **ANGOLD A.** - Childhood and Adolescent depression I. Epidemiological and aetiological aspects. Brit. J. Psychiatr. , 152, 601 - 617, 1988 a

10 - **ANGOLD A., COSTELLO E. J.** - Depressive Comorbidity in children, and adolescents : empirical, theoritical and methodological issues. Am. J. Psychiatr., 150, 12, 1779 - 1791, 1993.

11 - **ARIES P.** - Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen - Age à nos jours. Coll. Histoire. Seuil 1975.

12 - **ARIES P.** - L'enfant et la vie sous l'Ancien Régime. Plon, PARIS, 1960.

13 - **ARSENAULT P.A., GAGNE R., GIRARD M.** - L'adolescent qui somatise : regards cliniques. Annales Pédiatriques, 45 (5) : 303 - 310, 1998.

14 - **BALDACCI C.** - Hospitalisations d'adolescents en milieu d'adultes : quelques principes. Nervure, Tome XIV, n° 8, Novembre 2001.

15 - **BALDO E., BAGAYOGO M.** - Le secteur dans l'urgence. L'information psychiatrique n° 5, 1996.

16 - **BARBIER D.** - Secteur de psychiatrie générale. Ed. Techniques. Encycl. Méd. Chir. (PARIS - FRANCE), Psychiatrie, 37 - 915 - A - 10, 5 p., 1995.

17 - **BARTHES R.** - Mythologies. Seuil, 195 - 247, 1957.

18 - **BENADIBA M.** - L'adolescent et le suicide - Adolescence. Arcanes / Apertura 75 - 88, 1999

19 - **BENNETT D.S.** - Depression among chiLdren whith chronic medical problems : a meta-analysis. J. Pediatric Psycholo. 19, 2, 149 - 169, 1994.

20 - **BENEZECH M.** - Colère normale et colère pathologique : considérations générales et observations cliniques. Annales Médico-psychologiques, 156, 361 - 741, 1998.

21 - **BERGERET J.** - "La dépression et les états vraiment limites dans la clinique psychanalytique contemporaine" in Narcissisme, œdipe et violence, PUF, 1995

22 - **BERGERET J.** - La personnalité normale et pathologique. Dunod, PARIS, 1996.

23 - **BERGERET J.** - Narcissisme et états-limites. Dunod, PARIS, 1999.

24 - **BERGERET J.** - "Violence et évolution affective humaine" in Psychologie pathologique, 84 - 89, Masson, PARIS, 1995.

25 - **BERTHAUT E., MARCELLI D.** - Urgences psychiatriques à l'adolescence. La revue du praticien, 1191 - 1195, 2003.

26 - **BIRD H.R., GOULD M.S., STAGHEZZA B.M.** - Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. J.Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 32, 2, 1993.

27 - **BIRMAHER B., RYAN D., WILLIAMSON D.E, et al.** - Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years, Part I. J. Am. Acad child Adolesc. Psychiatr, 35, 11, 1575 - 1582, 1996.

28 - **BLOS P.** - Les adolescents, essais de psychanalyse. Stock, PARIS, 1967.

29 - **BLOS P.** - The second individuation process of adolescence. Psychoanal. Study Child, 22, 162 - 186, 1967.

30 - **BOCHEREAU D.** - Adolescence, violence et psychiatrie. Synapse n° 165. Avril 2000.

31 - **BOMBA J.** - La dépression chez l'adolescent. Etude psychologique et épidémiologique. Confrontations psychiatriques, 29, 161 - 184, 1987.

32 - **BOTBOL M.** - Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent. Nervure, Tome X, n° 8, 1999.

33 - **BOUVARD M.P., PARIS P., DUGAS M.** - Evolution de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. L'encéphale, XIX, 473 - 479, 1993.

34 - **BRACONNIER A.** - Amoureux ou malheureux, un dilemme de l'adolescence, Nervure, Tome XI, n°5, 31 - 33, 1998.

35 - **BRACONNIER A.** - Dépressions à l'adolescence. Ed. Techniques. Encycl. Med. Chir. (PARIS, FRANCE), Psychiatrie, 37 - 214, A - 10, 4 p, 1993.

36 - **BRACONNIER A.** - La menace dépressive, une transformation à l'adolescence de l'angoisse de séparation. Confrontations psychiatriques n° 29, 1988.

37 - **BRENT D.A., JOHNSON B., BARTLE S., BRIDGE J., RATHER C. MATTA J., CONNOLLY J., CONSTANTINE D.** - Personality disorder, tendancy to impulsive violence, and suicide behavior in adolescents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 32, 69 - 75, 1993 a.

38 - **BRENT D.A., KOLKO D. J., WARTELLA M. E., BOYLAN M. B., MORITZ G., BAUGLER M., ZELLENAK J.P.** - Adolescent psychiatric impatient's risk of suicide attempt at 6 month follow-up. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 32, 95 - 105, 1993 b.

39 - **BRUILLON V., MAJESTE M.** - Les traces du corps adolescent à l'âge adulte. A propos des patients psychosomatiques. Nervure, Tome XII, n° 8, Novembre 1999.

40 - **BRUSSET B.** - "Repères pour la théorie de la conduite agressive" in Violence, agressivité et groupe. Eres. 13 - 27, 1999.

41 - **CADIET L.** - Urgences Psychiatriques. Guide pratique, thérapeutique et juridique. Estem, PARIS, 1997.

42 - **CAHN R.** - "Espaces transitionnels et institution thérapeutique" in Adolescence terminée, adolescence interminable, PARIS, PUF, 137 - 141, 1985.

43 - **CAHN R.** - La psychopathologie de l'adolescent aujourd'hui. Confrontations Psychiatriques n° 7, 1987.

44 - **CAHN R.** - La psychopathologie de l'adolescent aujourd'hui. Service de l'audiovisuel. Hôpital Sacré-Cœur de Monréal, 31 mn. 1992.

45 - **CARLSON G.A., STROBER M.** - Manic Depressive illness in early adolescence : a study of the clinical and diagnostic characteristics in six cases : J. Am. Acad. Child. Psychiatr, 17, 1, 138 - 153, 1978.

46 - **CHABROL M., DUCONGE E., ROURA C., CASAS C.** - Relations entre les symptomatologies anxieuse, dépressive et limite, et la consommation et la dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. L'Encéphale, 2004 ; XXX : 141 - 6.

47 - **CHAVAGNAT J.J., FRANC R.** - "Prise en charge du suicidant" in Dépression et suicide, Masson, PARIS, 129 - 155, 2000.

48 - **CHESS S., THOMAS A., HASSIBI M.** - Depression in childhood and adolescence : a prospective study of six cases. J. Nerv. Puer. Dis. 171, 411 - 420, 1983.

49 - **CHOQUET M., et coll.** - Adolescents (14 - 21 ans), enquête épidémiologique. Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. INSERM, PARIS, 1998.

50 - **CHOQUET M., LEDOUX S.** - Adolescents, enquête nationale, INSERM, PARIS, 346, 1994

51 - **CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H.** - La santé des adolescents. La documentation française, INSERM, PARIS, 141 p, 1988.

52 - **CLANCIER A.** - Intervention. Rev. Fr. Psychanal., 36, 197 - 201, 1977.

53 - **CLAUDEL H., GILOUX N.** - Les adolescents et la violence aux urgences psychiatriques. La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale n° 35. Février 2000.

54 - **CORCOS M.** - La dépression de l'adolescent. Les dossiers du praticien. Impact Médecin, sous la direction de P. Jeammet, 240, 1994.

55 - **CORCOS M., AGMAN G., BOCHEREAU D., CHAMBRY J., JEAMMET Ph.** - Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Encycl. Med. Chir. Elsevier, PARIS, Psychiatrie / Pédopsychiatrie. 37 - 215 - B - 65, 2002, 15 p.

56 - **CORCOS M., JEAMMET P.** - Expression névrotique. Etats limites. Fonctionnement psychotique à l'adolescence. Encycl. Med. Chir.. Elsevier, PARIS. Psychiatrie / Pédopsychiatrie, 37 - 215 - B - 20, 2002, 10 p.

57 - **COSLIN P. G.**- Violence et délinquance à l'adolescence. Perspectives psy, vol 39, n° 4, 274 - 285, Sept. - Oct. 2000.

58 - **DEBESSE M.** - L'adolescence (PUF 1943) 20ème édition. Coll. "Que Sais-je ?" 1997.

59 - **DEBOUT M.** - Le suicide. Rapport du Conseil Economique et Social, Direction des Journaux Officiels, 1993, 90 p.

60 - **DE CLERCQ M.** - Impasses et idéalités de la prise en charge des urgences psychiatriques. L'information psychiatrique n° 5, 1996.

61 - **DE CLERCQ M., FERRAND I., ANDREOLI A.** - Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. Encylcl. Méd. Chir. Elsevier. PARIS, Psychiatrie. 37 - 678 - A - 10, 1996, 10 p.

62 - **DELAROCHE P.** - L'adolescence, enjeux cliniques et thérapeutiques. Nathan. PARIS. 2000

63 - **DELORME M.** - Le concept de mort à l'adolescence. Adolescence. Monographie. ISAP, 371 - 381, 2000

64 - **DELVENNE V.** - L'hospitalisation de crise chez l'adolescent. Annales de psychiatrie 2000, 15, 231 - 234.

65 - **DE MIJOLLA A., DE MIJOLLA MELLOR S.** - Psychanalyse PUF, 511 - 518, 1996.

66 - **DOLTO F.** - La cause des adolescents, Robert Laffont, PARIS, 1988.

67 - **DUVERGER P., ALRIC., ORLER J. B., DUBREUIL S., GARRE J. B.** - "Pulsion de mort et médicament" in Suicide : médicament - relation thérapeutique. XXIIème réunion du GEPS - 15 et 16 Juin 1990.

68 - **ERIKSON E. H.** - Identity youth and crisis. W. W. NORTON Co. Inc. 1968.

69 - **FAHS H.** - Les troubles dépressifs des adolescents - Comparaison des symptômes et des facteurs de risque entre une population d'adolescents dépressifs consultant et une population tout venant scolarisée. Thèse de médecine, POITIERS, 1996.

70 - **FAHS H., MARCELLI D., DUPLA V.** - Adolescence, dépression sub-syndromique et dépression majeure, rupture ou continuité ? Une approche dimensionnelle. Communication "La dépressions dans tous ses états", Société française de l'enfant et de l'adolescent, Journées Nationales, POITIERS, 1997.

71 - **FERRAND I.** - Psychiatre aux urgences d'un hôpital général. Quelles difficultés ? L'information psychiatrique n° 5, Mai 1996.

72 - **FRANK L., HELLMAN I.** - A Specific problem in adolescent : difficulties in losening the infantile tie to the mother. Bull. Phila. Asso. Psy. 13, 120 - 129, 1963

73 - **FREUD A.** - Adolescence. Psychoanal. Study child (1958) Traduction française in L'enfant dans la psychanalyse, Gallimard, PARIS, 244 - 266, 1976.

74 - **FREUD A.** - Le Moi et ls mécanismes de défense. PUF, 1954.

75 - **FREUD S.** - La vie sexuelle, PUF, PARIS, 1969.

76 - **FREUD S.** - L'avenir d'une illusion, PUF, PARIS, 1995.

77 - **FREUD S.** - Le malaise dans la culture, PUF, PARIS, 1995.

78 - **FREUD S.** - Psychologie des foules et analyse du Moi (1921) in Essais de psychanalyse, Payot, 1981.

79 - **FREUD S.** - Trois essais sur la théorie sexuelle (1905), Gallimard, PARIS, 1987.

80 - **FURTOS J., LAVAL C.** - L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité, introduction à une clinique de la disparition, in Confrontations Psychiatriques n° 39, 373 - 405, 1998.

81 - **GARRE J. B., LHUILLIER J. P., DUVERGER P., BOURRIER P.** - Urgences psychiatriques in Thérapeutiques Psychiatriques, Hermann, 1995.

82 - **GARRISSON C. Z., ADDY C. L., JACKSON K. L., et all.** - Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. Am. J. Epidemiol., 135, 7, 792 - 802, 1992.

83 - **GASQUET I.** - Approche épidémiologique de l'évolution avec l'âge et le sexe de la dépression infanto-juvénile. Psychiatrie Enf., 38, 2, 533 - 566, 1994.

84 - **GEDANCE D., LADAME F., SNAKKERS J.** - La dépression chez l'adolescent. Rev. Fr. Psychanal., 36, 257 - 259, 1977.

85 - **GRIVOIS H., DAUCHY S., MATHIEU P.** - Urgences psychiatriques, Masson, PARIS, 1997.

86 - **GRIVOIS H., GROSSO LUIGI.** - La schizophrénie débutante. John Libbey Ero text, PARIS, 1998.

87 - **GUEDJ M. J.** - Passage à l'acte et urgence : entre cadre et réseau. Adolescence, 20, 3, 571 - 579, 2002.

88 - **GUEDJ M. J., ASZVAZADOURIAN R., GALLOIS E., POMMERANC I.** - Urgence, consultation prolongée, hospitalisation brève. Nervure, Tome XIV, n° 8, Novembre 2001.

89 - **GUEDJ M. J., MASSE G., LANA H., FOUILLET M., MAZODIER I., WEILL M., SCHMIT N., RAYNAUD P.** - Le CPOA, bilan et perspectives. L'information Psychiatrique, n° 5, mai 2000.

90 - **GUTTON P.** - Identification à l'adolescence. Ed. Techniques. Encycl. Méd. Chir. (PARIS, FRANCE), Psychiatrie, 37 - 213 - A - 30, 1993, 4 p.

91 - **HAIM A.** - Les suicides d'adolescents. Payot, PARIS, 1970.

92 - **HOUSEMAN M.** - Qu'est-ce qu'un rituel ? L'autre. Cliniques, culture et sociétés, vol. 3, n° 3, 533 - 538, 2002.

93 - **HUERRE P.** - La psychiatrie de l'adolescent : 40 ans déjà ? in Nervure, Tome X, n° 1, 7 - 9, Février 1997.

94 - **HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND J. M.** - L'adolescence n'existe pas, Odile Jacob, 2003.

95 - **HURSTEL F.** - Penser la maternité contemporaine, raisonner la clinique in Fonctions maternelle et paternelle. Eres, 87 - 100, 2000.

96 - **ISRAEL L.** - Initiation à la psychiatrie, Masson, PARIS, 69 - 77, 1984.

97 - **JALFRE V., LAQUEILLE X.** - "Dépression et toxicomanies" in Dépression et comorbidités psychiatriques, Masson, PARIS, 2001.

98 - **JEAMMET P.** - "Adolescence et processus de changement" in Traité de psychopathologie, sous la direction de WILDOCHER D., PUF, 687 - 726, 1994.

99 - **JEAMMET P.** - Approche psychodynamique de la violence chez les adolescents. Perspectives psy, vol. 40, n° 3, 182 - 188, 2001.

100 - **JEAMMET P.** - Diagnostic et évaluation des troubles psychiques de l'adolescence. L'information psychiatrique, vol. 79, n° 8, Octobre 2003.

101 - **JEAMMET P.** - Dynamique de l'adolescence. Ed. Techniques, Encycl. Méd. Chir., (PARIS, FRANCE), Psychiatrie, 37 - 213 - A - 20, 1994, 8 p.

102 - **JEAMMET P.** - La crise suicidaire chez l'adolescent. Centre National Audiovisuel de Santé Mentale. 23 mn, 1998.

103 - **JEAMMET P.** - "La dépression chez l'adolescent" in traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2, 309 - 325, PUF, PARIS, 1985.

104 - **JEAMMET P.** - "L'adolescence comme conflit" in Le bien être de l'enfant dans sa famille, ESF., PARIS, 69 - 80, 1980.

105 - **JEAMMET P.** - Les liens, fondement du sujet, de la contrainte au plaisir. Adolescence, 20, 2, 227 - 239, 2002.

106 - **JEAMMET P.** - Rapport au Sénat, 5 mars 2003.

107 - **JEANNEAU A., RUFO M.** - "Clinique de la dépression de l'adolescent" in La dépression avant 20 ans, Masson, PARIS, 67 - 79, 1998.

108 - **KANNAS S., GUEDJ M.J., MASSE G., MERCUEL A., HINGLAISSE M.** - Les urgences en psychiatrie. Centre Audiovisuel en Santé Mentale, 60 mn, 1999.

109 - **KESTEMBERG E.** - La crise de l'adolescence. Revue Française de Psychanalyse, 44, 3 - 4, 524 - 530, 1980.

110 - **KESTEMBERG E.** - L'identité et l'identification chez les adolescents. Psychiatrie de l'enfant, 5, fascicule n° 2, 1967.

111 - **KOVACS M.** - Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life spam. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 35, 705 - 715, 1996.

112 - **KOVACS M., AKISKAL S., GATSONIS C., PARRONE P. L.** - Childhood onset dysthymie disorder. Arch. Gen. Psychiatr., 51, 365 - 374, 1994.

113 - **LAEDERACH J., LADAME F.** - "Suicide des jeunes et dépression" in La dépression avant 20 ans, Masson, PARIS, 117 - 133, 1998.

114 - **LAFAY N.** - Les états dépressifs de la post-adolescence : épidémiologie et facteurs de risque d'une population étudiante. Thèse de médecine, POITIERS, 1996.

115 - **LANG F.** - "Troubles des conduites alimentaires et comorbidités" in Dépression et comorbidités psychiatriques, Masson, PARIS, 2001.

116 - **LANTERI-LAURA** - Regard historique sur la prise en charge des adolescents en psychiatrie, in Nervure, Tome X, n° 1, 19 - 25, Février 1997.

117 - **LAUFER M.** - L'Idéal du Moi et le pseudo-Idéal du Moi à l'adolescence. Revue Française de Psychanalyse, 44, 3 - 4, 591 - 616, 1980.

118 - **LAUFER M.** - Perte d'objet et deuil à l'adolescence. Adolescence, 4, 2, 305 - 325, 1986.

119 - **LE BRETON D.** - Passions du risque. Métaillé, PARIS, 1991.

120 - **LEGER J. M.** - Plaidoyer pour une clinique spécifique ou de l'importance d'une clinique de la personne. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. Tome IV, n° 40, Septembre 2000.

121 - **LE HEUZEY M. F.** - Suicide de l'adolescent, Masson, PARIS, 2001.

122 - **LE MALEFAN P., BILLARD P.** - Post-adolescence, moment de suspension, moment éthique ? L'information psychiatrique, 79, n° 37, Novembre 2003.

123 - **LEVI-STRAUSS C.** - La pensée sauvage, Librairie Plon, 1962.

124 - **LEWINSOHN P. M., HOPS H., ROBERT R. E., et al.** - Adolescent psychopathology : Prevalence and incidence of depression and others DSM III. R disorders in high school students. J. Abnorm. Psychol, 102, 1, 133 - 144, 1993.

125 - **LEWINSOHN P. M., RHODE P., SEELEY J. R.** - Are adolescents changed by an episode of major depression ? J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatr, 33, 9, 1289 - 1298, 1994.

126 - **LEWINSOHN P. M., RHODE P., SEELEY J. R., FISHER S. A.** - Age cohort changed in the life time occurence of depression and other mental disorders. J. Abnorm. Psychol. 102, 1, 110 - 120, 1993.

127 - **Mc FARLANE A. H., BELLISSIMO A., NORMAN G. R.** - The role of family and peers in social self-efficacy : links to depression in adolescence. Am. J. orthopsychiatr, 65, 3, 402 - 410, 1995.

128 - **MÂLE P.** - De l'enfant à l'adulte, Payot, PARIS, 1984.

129 - **MÂLE P.** - Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. Confrontations psychiatriques, n° 7, 103 - 123, 1971.

130 - **MALKA J., DUVERGER Ph., DURAND-VEIL F., GARRE J. B.** - Le silence de l'urgence chez l'adolescent en souffrance psychique. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Tome IV, n° 40, Septembre 2000.

131 - **MARCELLI D.** - "Approche psychopathologique de la dépression à l'adolescence" in La dépression avant 20 ans, Masson, PARIS, 57 - 61, 1998.

132 - **MARCELLI D.** - Les états dépressifs à l'adolescence. Coll. Les Ages de la vie, Masson, 2000.

133 - **MARCELLI D., BRACONNIER A.** - Adolescence et psychopathologie, Masson, PARIS, 559 p, 1995.

134 - **MARCELLI D., FAHS H.** - Relation entre dépression et suicide à l'adolescence. Nervure, 8 (1), 26 - 34, 1995.

135 - **MARTY F.** - Les parents face au risque de la violence des enfants et des adolescents. Les carnets psy, 25 - 33, Juin 2001.

136 - **MAZET P., SIBERTIN-BLANC D.** - Dépression de l'adolescence et carence de soins maternels. Rev. Neuropsychiatr. Infant., 24, 309 - 318, 1976.

137 - **MEDJADJI M., OUACHI H., BOURGEOIS D.** - Existe-t-il une sociose cannabique d'allure psychotique ? SYNAPSE, n° 177, Juin 2001.

138 - **MELMAN C.** - Entretiens avec J.P. Lebrun. L'homme sans gravité, jouir à tous prix, Denoël, PARIS, 2002.

139 - **MEZZICH A. C., MEZZICH J. E.** - Symptomatology of depression in adolescence. J. Personnlity Assessment, 43, 3, 267 - 275, 1979.

140 - **MICHEL G., PURPER-OUAKIL D., MOUREN-SIMEONI M. C.** - Facteurs de risque des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. Annales médico-psychologiques, 159, 622 - 631, 2001.

141 - **MITCHELL J., Mc CAULEY E., BURKE P., et al.** - Phenomenology of depression of children and adolescents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 28, 352 - 357, 1989.

142 - **MORRISSON J.** - The end by the Doors. (1969), 1995.

143 - **NASIO J. D.** - Enseignements des 7 concepts cruciaux de la psychanalyse, Stock, PARIS, 1967.

144 - **NOLEN-HOEKSEMAS S., GIRGUS J. S.** - The emergence of gerder differencies in depression during adolescence. Psychological Bull, 115, 3, 424 - 443, 1994.

145 - **PASCALIS G., CHAUVOT B., DELPECH J.** - Urgence en psychiatrie et psychiatrie d'urgence. Annales Médico-Psychologiques, 138, 673 - 685, 1980.

146 - **PESTRE E.** - La première fois. Les premiers entretiens avec les enfants et les adolescents. Le carnet psy, Avril 2003.

147 - **PETERSEN A. C., SARIGIANI P. A., KENNEDY R. E.** - Adolescent depression : why more girls ? J. Youth Adolesc, 20, 247 - 272, 1991.

148 - **PHILIPE A.** - "Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide" in Dépression et suicides, Masson, PARIS, 3 - 21, 2000.

149 - **PICHENE C., KUNTZBERGER F., NORROY B., DEMOGEOT C.** - La prise en charge des urgences en psychiatrie : l'intérêt des conventions entre CHS et CHG. L'information psychiatrique n° 5, Mai 1996.

150 - **POCHARD F.** - Conférence de consensus sur la crise suicidaire, modes d'intervention, ANAES, PARIS, Octobre 2000.

151 - **POLAINO-LORENTE A., DOMENECH E.** - Prevalence of childhood depression results of the first study in spain. J. Child. Psychol., 34, 6, 1007 - 1017, 1993.

152 - **POMMEREAU X.** - La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unités spécifiques de court séjour. Nervure, Tome XIV, n° 2, Mars 2001.

153 - **POMMEREAU X.** - Le mal être des jeunes : du repérage des signes à la prise en charge de la souffrance. Les colonnes d'EPSOS, n° 87, 2003.

154 - **POMMEREAU X.** - "Quelques repères statistiques" in L'adolescent suicidaire. Dunod, PARIS, 2001.

155 - **RAO V., RYAN N. D., BIRMAHER B., et al.** - Unipolar depression in adolescents clinical out come in adult bood. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 34, 566 - 578, 1995.

156 - **RASSIAL J. J.** - "L'adolescent dans tous ses états" in Adolescences, Arcanes / Apertura, 1999.

157 - **REYNAUD M., VILLEZ M., CAZSNI G., MOREL A.** - Y a t'il un usage nocif du cannabis ? SYNAPSE, n° 173, Février 2001.

158 - **RIGGS P. D., BAKER S., MIKULICH S. K., YOUNG S. E., CROWLEY T. J.** - Depression in substance dependant delinquat. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 34, 6, 764 - 771, 1995.

159 - **ROUSSEL L.** - Vers un nouveau modèle de famille. Nervure, Tome X, n° 1, Février 1997.

160 - **SARTRE J. P.** - L'enfance d'un chef. (Galimard : "Le Mur", 1939) Folio, 2003.

161 - **SCHMIT G.** - Crises dans la crise : entre souffrance au quotidien et malaise dans la civilisation. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 49, 483 - 491, Elsevier, 2001.

162 - **SIBERTIN-BLANC D.** - La saga des familles recomposées , in Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 51, 145 - 152, 2003.

163 - **SIBERTIN-BLANC D., VIDAILHET C.** - De l'effraction corporelle à l'effraction psychique. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 51, 1 - 4, 2003.

164 - **SPADONE C.** - "Conduites de risques et dépression" in Dépression et comorbidités psychiatriques, Masson, PARIS, 2001.

165 - **STROBER M., GREEN J., CARLSON G.** - Phenomenology and sub-ty of major depressive disorder in adolescence. J. Affect. Disord., 3, 281 - 290, 1981.

166 - **TISSERON S.** - L'intimité surexposée. Coll. Pluriel, Ramsay, PARIS, 2001.

167 - **VAIVA G., CESTAVEL P., GOUDEMAND M.** - L'urgence psychiatrique à l'hôpital général, premières rencontres non programmées et accès aux soins en Santé Mentale. L'information psychiatrique, n° 5, Mai 1996.

168 - **VEDRINNE J., ELCHARDUS J. M., GUILLEMARRE- ALZIEU D.** - "Etat de crise, urgence et temporalité" in L'urgence psychiatrique, Masson, PARIS, 1990.

169 - **VERMELEN P.** - Dix ans après le rapport MASSÉ. La psychiatrie à l'hôpital général : mérites et limites. Revue Hospitalière de France, n° 490, Jan-Fév. 2003.

170 - **VIOLET-CHARTIER** - Agir et adolescence, de la normalité à l'anormalité. Nervure, Tome XII, n° 3, p. 25, Avril 1999.

171 - **WINNICOTT D. W.** - Jeu et réalité : l'espace potentiel. Concepts actuels du développement de l'adolescent. Gallimard, PARIS, 190 - 207, 1975.

172 - **WINNICOTT D. W.** - "La tendance anti-sociale" in De la pédiatrie à la psychanalyse, 1956.

ANNEXES

Annexes 1

Source : DSM IV

A - Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure). **NB.** Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **NB.** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte (v. p. 165).

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets psychologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.à.d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Tableau n° 1 : Episode dépressif majeur (EDM)

A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres. **NB**. Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins un an.

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

(1) perte d'appétit ou hyperphagie
(2) insomnie ou hypersomnie
(3) baisse d'énergie ou fatigue
(4) faible estime de soi
(5) difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
(6) sentiments de perte d'espoir

C. Au cours de la période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents) de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Au cours des deux premières années (de la première année pour les enfants et les adolescents) de la perturbation thymique, aucun Episode dépressif majeur n'a été présent ; c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un Trouble dépressif majeur chronique ou par un Trouble dépressif majeur en rémission partielle.

N.B. : En cas d'Episode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes ou de symptômes significatifs pendant deux mois) avant le développement du Trouble dysthymique. Par ailleurs, après les deux premières années (la première année pour les enfants et les adolescents) du Trouble dysthymique, des épisodes de Trouble dépressif majeur peuvent se surajouter : dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés si les critères d'un Episode dépressif majeur sont remplis.

E. Il n'y a jamais eu d'Episode maniaque (v.p. 163), mixte (v.p.165), ou hypomaniaque (v.p.165), et les critères du Trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un Trouble psychotique chronique, tel une Schizophrénie ou un Trouble délirant.

G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :
début précoce : si survenue du trouble avant l'âge de 21 ans
début tardif : si survenue du trouble à l'âge de 21 ans ou après.

Spécifier (pour les deux années les plus récentes du Trouble dysthymique) :
avec caractéristiques atypiques (v.p. 193)

Tableau n° 2 : F.34.1 [300.4] Trouble dysthymique

Spécifier si:

avec caractéristiques atypiques (qui peut s'appliquer quand ces caractéristiques prédominent pendant les deux semaines les plus récentes de l'Episode dépressif majeur d'un Trouble dépressif majeur ou d'un Trouble bipolaire I ou Trouble bipolaire II, si l'Episode dépressif majeur est le trouble thymique le plus récent ou si, dans le cadre d'un Trouble dysthymique, ces caractéristiques prédominent au cours des deux dernières années)

A. Réactivité de l'humeur (c.à d. les événements positifs réels ou potentiels améliorent l'humeur).

B. Deux des caractéristiques suivantes :

(1) prise de poids ou augmentation de l'appétit significative
(2) hypersomnie
(3) membres "en plomb" (c. à d. sensation de lourdeur, "de plomb" dans les bras et les jambes).
(4) la sensibilité au rejet dans les relations est un trait durable (c. à d. elle n'est pas limitée aux épisodes de trouble thymique) qui induit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel

C. Ne répond pas aux critères avec caractéristiques mélancoliques ou avec caractéristiques catatoniques au cours du même épisode.

Tableau n° 3 : Syndrome dépressirf avec caractéristiques atypiques

Annexes 2

1 - Concentration et attention réduites
2 - Pulsion et motivations réduites, anergie
3 - Humeur dépressive
4 - Troubles du sommeil
5 - Anxiété
6 - Retrait social
7 - Méfiance
8 - Détérioration du fonctionnement social
9 - Irritabilité

Tableau n°4 : Caractéristiques prodromiques plus couramment décrites dans les études sur les psychoses en premier épisode (par ordre de fréquence)

Source : Yung et McGorry, (22, p. 358) Schizophrenia Bulletin

Symptômes "neurologiques"	**Symptômes d'ordre thymique**	**Modification du comportement**
Anxiété	Dépression	Altérations du fonctionnement social
Inquiétude	Anhédonie	Repli social
Instabilité	Sentiment du culpabilité	Impulsivité
Colère	Idées de suicide	Comportement bizarre
Irritabilité	Oscillations de l'humeur	Agressivité

Modifications cognitives	**Modifications de la volonté**	**Symptômes physiques**
Troubles attentionnels	Apathie	Plaintes somatiques
Baisse de la concentration	Perte de l'élan vital	Perte de poids
Préoccupations	Ennui	Perte d'appétit
Rêveries diurnes	Perte d'intérêt	Trouble du sommeil
Barrage idéique	Fatigue	
Difficulté d'abstraction	Perte d'énergie	

Autres symptômes		
Manifestations obsessionnelles et compulsives	Modification de la psychomotricité	Modification de la conscience de soi, des autres ou du monde
Phénomènes dissociatifs	Troubles du langage	Méfiance
Sensitivité exacerbée	Troubles de la perception	Modification de l'affectivité

Tableau n°5 : Symptômes et signes observés dans la période prodromique de la schizophrénie, synthèse de la littérature

Source : Yung et McGorry, (22, p. 358) Schizophrenia Bulletin

- Troubles du sommeil, périodes d'éveil à des heures inhabituelles, confusion entre le jour et la nuit.
- Repli sur soi, isolement, indifférence au monde extérieur.
- Détérioration des relations interpersonnelles.
- Hyperactivité ou inactivité ou alternance entre ces deux états.
- Manque de concentration et difficulté prononcée à prendre des décisions.
- Intérêt inhabituel à l'égard de la religion ou des sciences occultes.
- Hostilité, méfiance, terreur.
- Réactions exagérées face à la désapprobation de l'entourage ou des membres de la famille.
- Laisser-aller dans l'hygiène personnelle.
- Randonnées fréquentes en auto-stop, sans but précis.
- Besoin compulsif d'écrire, utilisation d'une calligraphie semblable à celle d'un enfant et textes incohérents.
- Réactions affectives inhabituelles.
- Regard vide, sans expression.
- Regard fixe, accompagné d'une absence de clignements d'yeux ou, au contraire, de clignements incessants.
- Hypersensibilité (au bruit et à la lumière).
- Changement au niveau de l'odorat et du goût.
- Utilisation d'expressions et de structures de phrase inhabituelles.
- Comportements bizarres : refus de toucher les autres personnes, port constant de gants, rasage de la chevelure ou des poils, mutilation ou menaces d'automutilation.

Tableau n°6 : Signes avant-coureurs d'un premier épisode psychotique.

Source : Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social en collaboration avec la Société Canadienne de Schizophrénie. La schizophrénie. Guide à l'intention des familles. Ottawa : Santé et Bien-être Social Canada, 1991, p. 13.

Annexes 3

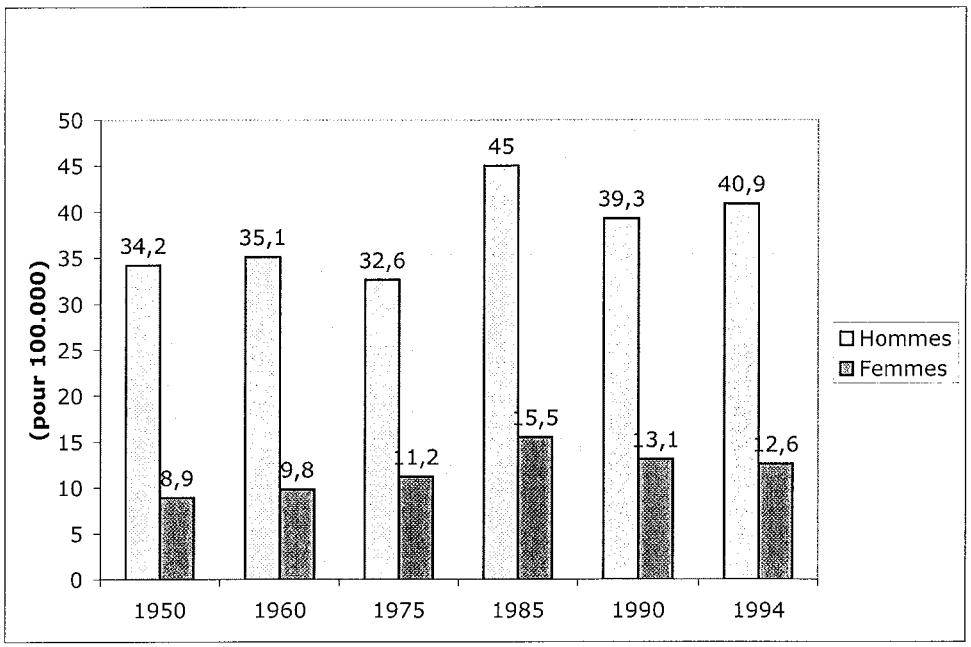

Tableau n° 7 : Taux de suicide par sexe en France depuis 1950 (population de 15 ans et +) [115]

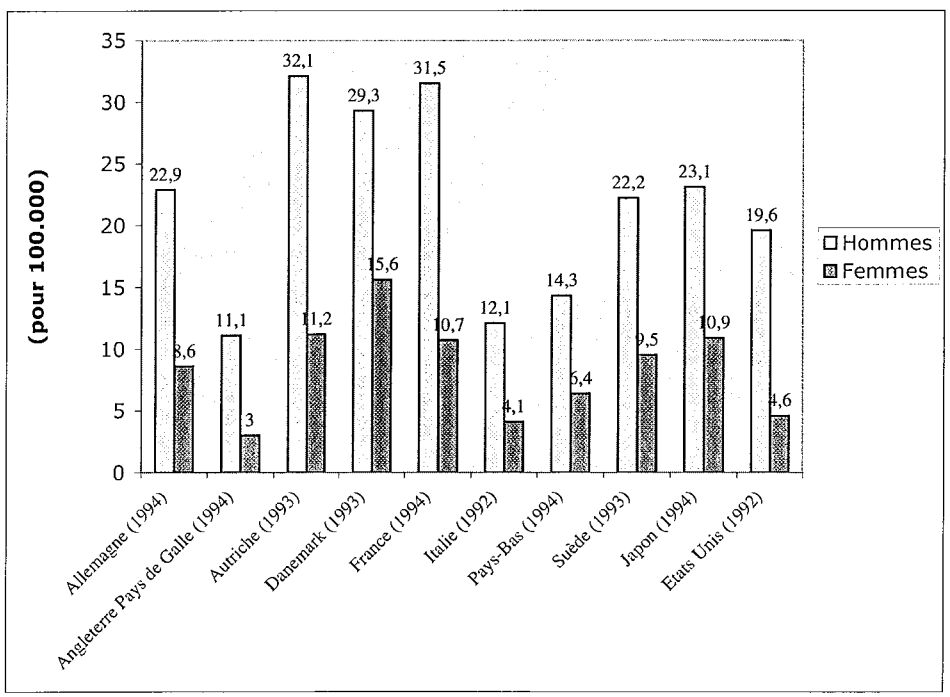

Tableau n° 8 : Taux de suicide dans quelques pays développés [115]

Annexes 4

Circonstances objectives de la TS :	
1 - Isolement	Une personne était-elle présente ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?
2 - Gestion du temps	La TS a-t-elle été planifiée de manière que le patient ne puisse pas être découvert ?
3 - Précautions prises pour ne pas être découvert	Par exemple, TS dans une pièce fermée à clé
4 - Dissimulation de la TS aux personnes présentes	Le sujet a-t-il évoqué sa tentative lorsqu'il a été sollicité ?
5 - Actes réalisés en prévision de la mort	Par exemple, changements de projets, cadeaux inhabituels.
6 - Préparation de la TS	Un scénario suicidaire a-t-il été réalisé ?
7 - Intention écrite de TS	Le patient a-t-il laissé des messages écrits au préalable ?
8 - Communication verbale de l'intention suicidaire	Le patient en a-t-il parlé ouvertement au préalable ?
9 - But de la tentative	Y avait-il une intention de disparaître ?
Propos rapportés par le patient :	
10 - Attentes par rapport à la létalité du geste	Le patient pensait-il qu'il allait mourir ?
11 - Appréciation de la létalité de la méthode employée	Le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que ce qu'il croyait être ?
12 - Gravité perçue du geste suicidaire	Le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?
13 - Attitude ambivalente par rapport à la vie	Le patient souhaitait-il réellement mourir ? Ou seulement fuir, ne plus penser ?
14 - Perception de l'irréversibilité de l'acte	Le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?
15 - Degré de préméditation	Le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexion à son sujet ?
16 - Réaction à l'issue de la prise en charge	Le patient regrette-t-il d'être en vie ?
17 - Représentation de la mort	La mort est-elle représentée de façon positive ?
18 - Nombre de TS antérieures	Y a-t-il eu dans le passé plusieurs TS ? Ont-elles été rapprochées ?

Tableau n° 9 : Paramètres repérés par l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

Sources : ANAES / Service des Recommandations Professionnelles / Novembre 1998

Conditions de la réalisation de la TS	- modalités de la TS : moyen employé et connaissance supposée de sa dangerosité, désir d'être découvert ou non, annonce préalable à l'entourage - but du geste suicidaire : désir de mort, d'alerte, de suite, de pression sur l'entourage, ... - facteurs participants : facteurs de stress durables et aigus, conflits interpersonnels - degré de préméditation pou d'impulsivité - idées suicidaires passées et actuelles
Santé Mentale	- prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac - états dépressifs, troubles des conduites, troubles psychotiques - antécédents personnels et familiaux de prise en charge psychiatrique, adhésion aux suivis proposés, prise de médicaments psychotropes - antécédents de TS : modalités et facteurs déclenchants, prises en charge antérieures - TS dans la famille, l'entourage, annonce de TS dans les médias
Mode de vie et insertion sociale	- situation familiale et scolaire - étayage possible dans l'entourage en cas de crise - prises de risque : activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, comportements violents - projets scolaires, professionnels, relationnels - degré et désir d'autonomie et de liberté
Elements biographiques	- ruptures affectives - antécédents de fugues - antécédents de violences physiques ou sexuelles subies - grossesse, IVG

Tableau n° 10 : Eléments à rechercher chez l'adolescent suicidant

Sources : ANAES / Service des Recommandations Professionnelles / Novembre 1998

Annexe 5

	1992	Part dans l'ensemble des mineurs mis en cause en 1992 (%)	2001	Part dans l'ensemble des mineurs mis en cause en 2001 (%)	Variation 1992 - 2001 (%)
Total des infractions	98.864	100,00	177.017	100,00	79,05
Vols	**68.911**	**69,70**	**87.856**	**49,63**	**27,49**
Vols avec violence sans arme à feu	3.883	3,93	9.531	5,38	
Vols simples	46.605	47,14	56.036	31,66	
Infractions économiques et financières	**1.759**	**1,78**	**5.220**	**2,95**	**196,76**
Crimes et délits contre les personnes	**8.552**	**8,65**	**27.224**	**15,38**	**218,33**
Homicides	55	1,42	46	0,03	- 16,36
Coups et blessures	4.418	4,47	13.543	7,65	206,54
Autres atteintes volontaires aux personnes	2.231	2,26	7.184	4,06	222,01
Dont menaces ou chantages	*1.363*	*1,38*	*5.294*	*2,99*	*288,41*
Dont atteintes à la dignité et à la personnalité	*245*	*0,25*	*1.062*	*0,60*	*333,47*
Atteintes aux mœurs	1.476	1,49	4.062	2,29	175,20
Dont viols	*579*	*0,59*	*1.275*	*0,72*	*120,21*
Dont harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles	*728*	*0,74*	*1.973*	*1,11*	*171,02*
Autres infractions	**19.642**	**19,87**	**56.717**	**32,04**	**188,75**
Infractions à la législation sur les stupéfiants	4.160	107,13	16.572	9,36	298,40
Dont usage	*2.904*	*2,94*	*13.035*	*7,36*	*348,90*
Délits à la police des étrangers	1.503	1,52	2.401	1,36	59,70
Destructions et dégradations de biens	9.884	10,00	24.158	13,65	144,40
Délits divers	4.095	4,14	13.586	7,67	231,80

Tableau n° 11 : Implication des mineurs en fonction des différentes catégories d'infraction

Source : Ministère de l'intérieur et Commission d'enquête - Délinquance de mineurs, la République en quête de respect - Rapport du Sénat n°340 (2001-2002)

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

VU

NANCY, le **14 mai 2004**
Le Président de Thèse

Professeur **D. SIBERTIN-BLANC**

NANCY, le **1er juin 2004**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur **M.C. BENE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **2 juin 2004**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE :

L'adolescence, terme apparaissant déjà dans la Grèce Antique, représente une période de la vie "entre-deux", signant le deuil de l'enfance et permettant l'accès au statut adulte. Bouleversement physiologique et psychologique, elle est un moment propice à l'éclosion de manifestations psychopathologiques, dont la dépression de l'humeur est un exemple. Si le concept d'adolescence a émergé lentement au fil des siècles, la reconnaissance de la dépression à cette période de la vie date seulement de quelques décennies. Son expression poly-symptomatique bruyante a longtemps induit les cliniciens en erreur, faisant du champ des "équivalents dépressifs" par exemple une composante normale de la "crise d'originalité juvénile".

Si la souffrance dépressive de l'adolescent peut se manifester par de multiples symptômes, il semblerait que nous assistions à une augmentation des conduites marquées du sceau de l'Agir pathologique. Ce travail s'est intéressé aux rapports existant entre dépression et Agir à l'adolescence, ainsi qu'à l'accroissement du nombre de consultations aux urgences psychiatriques pour des troubles du comportement. La crise "agie" constitue en effet l'une des préoccupations aux urgences ; elle interroge le thérapeute dans ses repères théoriques, mais aussi la société dans ses rôles de modèles et de transmission. Les modifications socio-culturelles de ces dernières décennies laissent peut être l'adolescent face à des promesses de satisfaction inassouvies, ouvrant une béance à l'origine d'une dépressivité pouvant faire le lit de la dépression. La construction identitaire est en question à travers cette augmentation des conduites à risque et de l'Agir pathologique et nous pouvons nous demander si cela n'est pas prédictif de l'apparition de nouvelles problématiques interrogeant notre spécificité.

Face à un monde en perpétuel changement, la pratique psychiatrique évolue elle aussi. Ce travail s'intéresse à ce dernier point et s'interroge enfin sur l'intérêt de la présence psychiatrique aux urgences générales dans la prise en charge globale des adolescents en souffrance.

Acting in the emergency situation : depressive symptom of adolscent in conflict

---

THESE DE PSYCHIATRIE : année 2004

MOTS-CLES : Adolescence - Dépression - Agir - Crise - Urgences

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de NANCY
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX