



HAL
open science

Téléphone clinique et adolescence: analyse de 398 appels reçus en 6 ans dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants de Nancy

Aurélie Vigier

► To cite this version:

Aurélie Vigier. Téléphone clinique et adolescence: analyse de 398 appels reçus en 6 ans dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01734261

HAL Id: hal-01734261

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734261>

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.



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>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle
de Médecine Spécialisée

par

Aurélie VIGIER

le 26 Juin 2007

TELEPHONIE CLINIQUE ET ADOLESCENCE

Analyse de 398 appels reçus en 6 ans dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital
d'enfants de Nancy.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur SIBERTIN-BLANC

Président

Mme le Professeur VIDAILHET

Juge

M. le Professeur VIDAILHET

Juge

M. le Docteur KABUTH

Juge

Mme le Docteur THILLY

Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

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

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

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

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – 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 – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur François LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

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)
École de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Rhode Island University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Erbil University, Nashville (U.S.A)
Professeur J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (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 (VIËTNAM)*

Remerciements

A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN – BLANC,
Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos bons conseils, votre soutien tout au long de ce travail. Nous vous estimons profondément pour vos qualités humaines, votre sens clinique précieux, votre ouverture d'esprit.

La richesse des connaissances que vous nous transmettez tout au long de notre formation d'interne est précieuse.

Travailler auprès de vous permet de mieux appréhender la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et du respectueux attachement que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge, Madame le Professeur Colette VIDAILHET, Professeur Emérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et juger notre travail. Vous avez été à l'initiative de ce travail, sans vous il n'aurait pu voir le jour. Nous vous sommes très reconnaissant de nous apporter vos remarques, vos connaissances, vos conseils précieux dans le domaine de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Nous vous remercions pour votre bienveillance et vos qualités pédagogiques. Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge, Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET, Professeur Emérite de Pédiatrie, Officier de l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et juger notre travail. Vous nous avez permis d'enrichir nos connaissances en étant à vos côtés en tant qu'interne. Vous nous avez transmis un sens clinique précieux et vous nous avez fait partager vos passions et votre dévouement pour votre travail auprès des enfants et des adolescents. Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous témoignons.

A notre Juge et Directeur de Thèse, Monsieur de Docteur Bernard KABUTH, Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Docteur en Psychologie. Nous vous remercions de nous avoir choisi pour mettre en place ce travail et d'avoir accepté de le diriger. Nous vous remercions pour vos grandes qualités humaines et professionnelles, votre disponibilité permanente, votre soutien. La richesse de vos connaissances est précieuse. Par ce modeste travail, recevez, Monsieur, toute notre estime pour vos encouragements et vos qualités de chercheur.

A notre Juge, Madame le Docteur THILLY, Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury et juger notre travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité, pour votre analyse et vos idées précieuses. Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous témoignons.

A Sébastien pour son soutien permanent et son aide précieuse apportée tout au long de ce travail, pour sa générosité, sa patience, son courage, son amour. Ce travail n'aurait pas la même valeur sans lui.

A ma mère, mes frères, ma sœur qui m'ont apporté joie, courage, soutien tout au long de mes études.

A mon père, qui m'a donné l'envie d'être psychiatre. J'espère qu'il est fier de là où il est..

A ma grand-mère, mon grand père, qui n'aura pas vu la fin de ce travail, pour leur bonne humeur, leur soutien.

A Philippe, Régine, pour leur soutien, leur aide, leur générosité, le bonheur qu'ils m'apportent depuis quelques mois.

A Estelle, Fabrice, pour leur générosité, leur présence, pour tous les bons moments partagés, pour leur soutien, leur amitié précieuse.

A Isabelle, pour tout ces petits moments de bonheur partagés, pour ses bons conseils, sa bonne humeur, son amitié fidèle.

A Fanny, pour toutes ces années partagées, son enthousiasme, sa confiance.

A François, sans qui je ne serais peut être plus là.

A mes autres collègues pour leurs présences agréables.

A toute l'équipe du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital d'enfants de Nancy – Brabois, sans qui ce travail n'aurait pu être conduit.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	23
---------------------------	----

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. <u>LE 21^{EME} SIECLE ET SES NOUVEAUX MODES DE COMMUNICATION</u>	25
--	----

A. L'art de communiquer: quelques définitions.....	25
---	----

1. La communication.....	25
--------------------------	----

2. La communication verbale.....	26
----------------------------------	----

3. Parler au téléphone.....	28
-----------------------------	----

a. L'intimité

b. La notion de lien

c. L'impact de la parole

B. Le téléphone à la portée de tous.....	29
---	----

1. Bref Rappel historique.....	29
--------------------------------	----

2. Taux d'équipements téléphoniques en France au cours de ces 30 dernières années : apparition du téléphone mobile.....	30
--	----

3. Evolution de l'usage téléphonique.....	31
---	----

a. Enquête américaine DORICK S, LAROSE R

b. Un usage différent selon les pays

*c. Quelques caractéristiques des usages téléphoniques :
émergence d'une nouvelle conversation*

C. Internet: Un moyen supplémentaire.....	44
II. <u>UNE COMMUNICATION PARTICULIERE ENVISAGEE A TRAVERS DES</u>	
<u>CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE L'ADOLESCENCE</u>.....	47
A. L'impact pubertaire.....	47
1. La barrière du corps.....	47
2. De l'attachement à la séparation: le sentiment de perte et le travail de deuil.....	50
3. Les processus identificatoires, de l'identification parentale à l'identification aux groupes.....	50
4. Les conduites de dépendance.....	52
B. L'adolescence et ses excès.....	54
1. La notion de limites.....	54
2. Risques et conduites à risque.....	55
3. La « crise », l'urgence.....	55
<i>a. La fugue</i>	
<i>b. Le suicide</i>	
III. <u>L'influence des nouvelles technologies sur l'adolescent d'aujourd'hui</u>.....	58
A. Mode de vie des adolescents d'aujourd'hui.....	58
1. Enquêtes de l'INSEE : Les modes de vie des adolescents âgés de 15 à 17 ans.....	58
2. La famille, les pairs, de nouveaux repères.....	59
B. la virtualité à l'adolescence.....	62

C. Le « dire » des ados au téléphone : une parole remaniée.....	64
1. la forme du discours téléphonique.....	65
2. L'illusion de la maîtrise.....	65
3. Une organisation linguistique assez spécifique.....	66
4. Appréhension d'un nouvel espace-temps.....	68
5. Le portable outil de la cohésion familiale.....	69
6. Vers de nouvelles dépendances.....	70
IV. <u>LA TELECOMMUNICATION COMME NOUVEAU SYSTEME DE SOINS</u>.....	72
A. Définitions.....	72
1. La téléphonie sociale.....	72
2. La téléphonie clinique.....	73
3. La télé psychiatrie.....	73
B. La téléphonie sociale : Différents espaces d'écoute.....	74
1. Historique du développement des lignes d'écoute.....	74
2. Quelques caractéristiques communes.....	78
<i>a. Les écoutants</i>	
<i>b. Les appelants</i>	
<i>c. L'anonymat</i>	
<i>d. Une écoute neutre et chaleureuse</i>	
<i>e. Le bénévolat</i>	
<i>f. Une écoute qui se veut professionnelle</i>	
3. Un exemple de ligne d'écoute pour adolescents : Fil Santé Jeunes.....	80
4. L'association SEPIA et la ligne <i>je vais mal</i>	83
5. D'autres lignes pour adolescents dans d'autres pays.....	84

- a. *Au Québec*
- b. *En Belgique*
- c. *En Italie*

6. Etude de la DGS..... 85

C. La téléphonie clinique en médecine..... 85

1. The Telephone-Linked Communication System (TLC)..... 86

2. Des consultations médicales par téléphone..... 87

- a. *L'Interactive Voice Response*
- b. *Des centres d'écoute tenus par des infirmières*

V. LA TELEPSYCHIATRIE : AU SUJET DU TELEPHONE..... 90

A. La consultation téléphonique en santé mentale..... 90

1. Un diagnostic par téléphone ?..... 90

- a. *Le Primary - Care evaluation of Mental Disorders : PRIME-MD*
- b. *L'évaluation diagnostic*

2. Une psychothérapie par téléphone ?..... 91

3. D'autres lignes téléphoniques spécialisées..... 93

4. Des consultations préalables..... 94

5. L'alliance thérapeutique..... 94

B. Place du téléphone dans la crise suicidaire..... 95

1. La crise chez les jeunes..... 95

2. La crise suicidaire..... 95

3. Les services d'assistance téléphonique dans la crise suicidaire..... 97

- a. Les campagnes de prévention du suicide*
- b. Le pont de Mid-Hudson*
- c. Des études controversées*
- d. Revue de la littérature concernant l'efficacité des centres de prévention du suicide en matière d'écoute téléphonique et étude dans deux centres de prévention du suicide de MISHARA et DAIGLE.*

C. Caractéristiques des appels et des appelants..... 103

- 1. Les adultes..... 103
- 2. Les « appelants réguliers » ou chroniques..... 105
- 3. Les adolescents..... 108

D. Les écoutants..... 111

- 1. La gestion de l'angoisse..... 112
- 2. L'écoute nécessite plusieurs aptitudes..... 114
- 3. Etre écoutant sur une ligne spécialisée sur le suicide : Suicide Ecoute..... 117
- 4. Etre écoutant, un métier ?..... 118

- a. Des caractéristiques particulières*
- b. La formation*
- c. Revue de la littérature de STEIN et LAMBERT*

E. Différentes « psychothérapies » utilisées par téléphone..... 122

- 1. Application dans les problèmes de dépendance alcoolique..... 123
- 2. Application dans la dépendance à la cocaïne..... 123
- 3. Application dans la dépression..... 124
- 4. Application dans le trouble obsessionnel-compulsif..... 124
- 5. Application dans la thérapie familiale..... 125

D. Le suivi par téléphone.....	125
1 En médecine.....	125
2. En psychiatrie.....	126
<i>a. Chez les schizophrènes</i>	
<i>b. Chez les adolescents</i>	
VI. <u>MESURES DE PREVENTION</u>.....	127
A. Les différentes mesures gouvernementales....	127
1. Rapport annuel 1998 de l'inspection générale des affaires sociales	127
2. Communiqué de presse du secrétariat d'état à la santé et aux handicapés en septembre 2000	128
3. La conférence de consensus « <i>la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge</i> » d'octobre 2000.....	128
4. Communiqué de presse du Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés lors de la Journée Nationale pour la Prévention du Suicide en février 2001.....	129
5. Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes au Québec... ..	130
B. L'étude de VAIVA G et al.....	130

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE

I. <u>PRESENTATION</u>	132
II <u>METHODOLOGIE</u>	133
A. Recueil des données	133
1. Les cahiers d'appels.....	133
2. Les dossiers.....	134
B. Les facteurs étudiés	134
1. La population des adolescents.....	134
2. Le type de lien avec l'unité de psychiatrie.....	136
C. Les données manquantes	137

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I. <u>LES ADOLESCENTS ET LEURS HOSPITALISATIONS</u>	138
A. Caractéristiques des adolescents et de leur famille	138
1. Répartition en fonction de l'âge et du sexe et de l'identité des appelants.....	138
<i>a. Le sexe</i>	
<i>b. Identité de l'appelant</i>	
<i>c. Identité de l'appelant et sexe des adolescents</i>	
<i>d. L'âge</i>	
<i>e. Classes d'âges et sexe des adolescents</i>	
2. Situation parentale.....	143
3. Nombre de personnes dans le foyer de l'adolescent	143
4. Lieu d'habitation des adolescents.....	144
<i>a. Lieu d'habitation de la totalité de l'échantillon</i>	
<i>b. Lieu d'habitation et sexe des adolescents</i>	
<i>c. Lieu d'habitation et identité de l'appelant</i>	
5. Situations professionnelles des parents	147
6. Diagnostic principal et diagnostic associé.....	148
<i>a. Diagnostic principal</i>	
<i>b. Diagnostic principal et sexe des adolescents</i>	
<i>c. Diagnostic associé</i>	
7. Tentative de suicide avant le premier appel.....	152
8. Suivi psychiatrique au moment de l'appel.....	153
B. Prise en charge hospitalière	154

1. Nombre et durée d'hospitalisations entre 2000 et 2005.....	154
<i>a. Nombre d'hospitalisations par adolescent</i>	
<i>b. durée d'hospitalisation</i>	
2. Antécédents d'hospitalisation avant 2000.....	155
II. <u>APPELS ET HOSPITALISATIONS</u>	157
A. Caractéristiques des appels	157
1. Les motifs d'appel.....	157
<i>a. Motifs d'appel de l'ensemble de l'échantillon</i>	
<i>b. Motifs d'appel en fonction du sexe des adolescents</i>	
<i>c. Motifs d'appel en fonction de l'âge des adolescents</i>	
2. Nombre d'appels entre 2000 et 2005.....	161
<i>a. Nombre total d'appels entre 2000 et 2005</i>	
<i>b. Nombre d'appels par année</i>	
<i>c. Caractéristiques de l'échantillon selon le nombre d'appels</i> <i>classés en catégories d'appelants</i>	
3. Comparaison du nombre moyen d'hospitalisations selon le nombre d'appels.....	178
4. Comparaison de la durée moyenne d'hospitalisation selon le nombre d'appels.....	179
B. Délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante	179
1. Délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante	179
2. Répartition du sexe en fonction des 3 catégories.....	180
3. Répartition de l'identité de l'appelant en fonction des 3 catégories.....	181

4. Répartition de l'âge en fonction des 3 catégories.....	182
5. Répartition de la situation des parents en fonction des 3 catégories.....	183
6. Répartition du nombre de personnes au foyer en fonction des 3 catégories.....	183
7. Répartition de la catégories socio professionnelle des parents en fonction des 3 catégories.....	184
8. Répartition du diagnostic principal en fonction des 3 catégories.....	184
9. Répartition du diagnostics associé en fonction des 3 catégories.....	185
10. Antécédents de tentative de suicide en fonction des 3 catégories.....	186
11. Suivi psychiatrique en fonction des 3 catégories.....	187
12. Répartition des motifs d'appel en fonction des 3 catégories.....	187
13. Nombre d'appels et délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante	188
14. Nombre d'hospitalisations et délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante.....	188
15. Durée d'hospitalisation en fonction des 3 catégories.....	190

C. Délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente..... 190

1. Comparaison du nombre moyen d'hospitalisations selon le délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente.....	190
2. Comparaison de la durée moyenne d'hospitalisation selon le délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente.....	190

4EME PARTIE : DISCUSSION

I. <u>PROBLEMES METHODOLOGIQUES</u>	191
II. <u>DISCUSSION</u>	192
A. Caractéristiques des adolescents et de leur famille	192
1. Sexe, identité de l'appelant et âge.....	192
2. Situation parentale, lieu d'habitation des adolescents et nombre de personnes au foyer.....	196
3. Diagnostic principal et diagnostic associé.....	198
4. Tentatives de suicide avant le premier appel.....	199
5. Suivi psychiatrique.....	201
B. Caractéristiques des appels	202
1. Les motifs d'appel.....	202
2. Le nombre d'appels.....	203
3. Le délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante.....	206
C. Prise en charge hospitalière	206
1. Qu'il y ait une hospitalisation (dans les 15 jours, après 15 jours) ou non après l'appel.....	207
2. Par contre, ceux qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel.....	208
3. Délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente.....	208
CONCLUSION	210

INTRODUCTION

« Avant que le spectacle ne commence, je vous souhaite une bonne soirée en vous rappelant de ne pas oublier d'éteindre vos portables ». Qui n'a pas déjà entendu cette phrase ?

Près de 3 adultes sur 4 sont maintenant équipés d'un téléphone portable (74% exactement) (INSEE, 2006). Fin 2002, dix ans après le lancement du GSM (Global System for Mobile Communications), 75 % des Européens possédaient un téléphone mobile. On ne connaît pas au XXème siècle d'outil de communication ayant connu une diffusion aussi rapide.

Les jeunes en sont, pour la plupart, pourvus. Chaque parent sait combien il est difficile de limiter les consommations de leurs chers enfants. Il en est de même pour l'usage des ordinateurs. Près de 57 % de la population dispose d'un ordinateur personnel à leur domicile et 43 % y sont connectés à internet.

En travaillant avec des adolescents et pour en côtoyer régulièrement, je me suis rendue compte que je devais considérer l'importance de ces avancées technologiques au sein de mon travail.

Il est peut être important de se demander si le téléphone a une fonction particulière à cet âge, malgré le fait que l'ensemble de la population l'utilise. Ce d'autant plus que la virtualité peut être considérée comme faisant partie de la réalité de l'adolescent « A l'adolescence, le rationnel et l'imaginaire viennent bousculer une sensorialité harmonieuse » (Rispaal, 1962).

Peu à peu, face à ces évolutions, se sont développées, d'abord la « télémedecine », puis la « télépsychiatrie ». L'utilisation de ces nouveaux systèmes de soins, en tout cas en psychiatrie, est encore néanmoins assez controversée. Il existe encore très peu d'applications et de ce fait, très peu de données.

Dans une première partie nous essayerons donc d'évaluer l'importance et la place qu'occupent ces nouvelles technologies dans notre monde d'aujourd'hui et particulièrement dans le monde des adolescents.

Nous illustrerons également, à travers une revue de la littérature, ce qu'est la télémedecine et plus spécifiquement la télépsychiatrie, ses applications dans le domaine des soins mais aussi de la prévention.

Dans une deuxième partie, j'ai donc décidé, conjointement avec l'équipe de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'enfants de Nancy-Brabois d'étudier, d'analyser, l'ensemble des appels reçus dans le service entre 2000 et 2005. Ces appels surviennent toujours à des moments particuliers. Nous allons voir si il existe des corrélations avec certaines caractéristiques observables chez ces adolescents, au niveau social, familial, clinique (en particulier la tendance suicidaire), avec la présence ou non d'un suivi.

Tous les appels ont été répertoriés par l'équipe soignante et particulièrement par les infirmiers dans un registre. Nous avons remarqué que cette base de données n'avait encore jamais été exploitée.

Les données actuelles concernant la télépsychiatrie peuvent peut être nous permettre de faire un meilleur usage du téléphone au sein du service, ce qui pourrait conduire, selon les résultats, à envisager de nouveaux axes de prévention.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. LE 21EME SIECLE ET SES NOUVEAUX MODES DE COMMUNICATION

A. L'art de communiquer: quelques définitions

1. La communication

Elle est indispensable à tout être humain, c'est le passage obligé pour rentrer en relation avec autrui, c'est un processus d'échanges d'informations. Ce terme provient du latin « *communicare* » qui signifie « *mettre en commun* ». C'est le vecteur de la connaissance et de la culture qui réunit les connaissances de plusieurs sciences: la linguistique, la télégraphie, la psychologie, la sociologie, la politique et l'anthropologie.

Un processus de communication est basé sur la transmission d'un message d'un émetteur à un ou plusieurs récepteurs à travers un média subissant des interférences. C'est le contexte qui donne le sens de l'échange. Il passe par des voies de communication.

Elle cherche à répondre à l'un des objectifs suivants :

- Faire passer une information, une connaissance, une émotion.
- Créer une norme commune pour se comprendre.
- Créer une relation avec l'autre.
- Obtenir une influence pour inciter l'autre à agir selon sa volonté.
- Donner son identité, sa personnalité à un tiers, pour être connu.

Il est nécessaire pour cela que le message soit compréhensible, il comporte toujours un signifiant qui est la forme utilisée pour transmettre le message et un signifié qui est ce que représente le message transmis, ce qu'il veut dire.

La communication est d'abord passée par le geste, puis par la parole, par l'image pour se finaliser dans l'écriture. Toutefois, la parole semble être la forme la plus commune, la plus universelle de communication, elle perdure malgré l'émergence des nouvelles technologies.

2. La communication verbale

La parole caractérise l'être humain. Le mot « parole » vient du latin *parabola* ce qui s'est transformé en *paraula* qui désigne une comparaison, une similitude. C'est l'expression verbale de la pensée. La parole est l'émergence des contenus de conscience à travers le langage. Elle est le fait de l'individu et lui permet alors de se différencier de l'autre, et ce, dès la naissance ou l'enfant attendu, déjà parlé immerge dans un bain de langage.

« la communication orale, seule naturelle, est seule chargée de tout sens d'origine. Elle est multiplanaire. Un phénomène capital, dont aucun système d'écriture connu ne conserve la trace, le fait bien apparaître. Ce phénomène est l'intonation ...Une reproduction graphique qui, bien qu'exacte pour le reste, ne note pas l'intonation, peut paraître quasiment inintelligible ». (HAGEGE, 1985).

- G; GUSDORF, philosophe, qualifie la parole *« d'instance en amont du langage et de la communication ..La parole est la finalité, la communication est le moyen. La parole est ce qui donne son sens à la communication ».* (G. GUSDORF, 1952).

- Parler implique une adresse à l'autre, dans le but d'être entendu, reconnu. C'est un besoin vital, en même temps que d'être un plaisir. La parole ouvre à l'échange, au partage.

Jacques Lacan illustre bien cela dans ses *Ecrits*, *« L'Autre est donc le lieu où se constitue le « je » qui parle avec celui qui entend, ce que l'un dit étant déjà la réponse et l'autre décidant à l'entendre ».* (LACAN J, 1966)(73). La pensée se construit à l'aide du langage qui la contient, lui donne corps.

Parler c'est se confier, se dévoiler, exprimer son ressenti, ses émotions dans le but de les faire partager à l'autre, de trouver chez l'autre un espace d'écoute et de

compréhension. « *Parler, c'est co-construire du sens avec son interlocuteur* ». (CADEAC B, LAURU D, 2002) (25). Grâce au langage et à la parole, l'individu prend sa place au sein d'une communauté où il parle une langue comprise des autres.

- La communication permet de s'exprimer sur soi, sur les autres, sur le monde, on parle de « communication expressive ». Parler de soi est un genre relativement nouveau dans l'histoire humaine. Cela implique une certaine valorisation de l'individu, qui choisit de se mettre en avant, de parler de lui. La notion d'intimité entre alors en jeu. L'oralité, avec les inflexions de la voix trahit l'intimité d'une relation. Un message écrit ne recèle pas la même charge affective qu'un message parlé.
- La parole ne s'exprime pas qu'à travers des mots, chaque silence a valeur de parole, de message. Dans le silence, chacun peut trouver sa vérité. Les silences laissent place à toute interprétation et renforcent alors la valeur des mots qui les rompent.
- La parole est véhiculée par la voix. Chaque voix est unique, avec ses intonations propres. Pourtant la voix est avant tout imitation de la voix, identification à la voix de l'autre. Le nouveau-né annonce sa venue au monde par un cri. Puis, par la suite, il émet des vocalises à celle qui lui prodigue des soins. La parole constitue d'emblée un espace sécurisant qui relie la mère à l'enfant. Ce dernier transmet déjà une parole à destinée de l'autre, à travers le langage commun, par la voix. Peu à peu, en grandissant, les voix font l'objet de processus d'identification inconscients à l'autre. On remarque souvent que les voix des enfants ressemblent fortement à celles des parents du même sexe. On retrouve parfois les mêmes expressions, les mêmes intonations. Le langage permet donc à la fois de se différencier de l'autre et à la fois d'appartenir à un groupe, une société ou chaque membre peut se faire comprendre des autres. « *la voix participe à la constitution du sujet. La voix vient s'inscrire sur le corps comme l'image s'inscrit dans les représentations* ». (CADEAC B, LAURU D,2002) (25).

Nous savons combien les variations, les intonations de la voix ont valeur de signification en clinique. La voix triste, atone, monocorde et ralentie du déprimé l'illustre bien. En dehors de tout mot qu'elle porte la voix elle même fait sens. Certains paramètres vocaux peuvent nous renseigner sur l'évolution d'une dépression. Certains ont même émis l'hypothèse d'utiliser certaines caractéristiques de la voix comme indice d'évolution de la dépression. (KUNY ST, STASSEN H H, 1993) (72).

La fréquence de base de la voix varie en fonction des thérapeutiques administrées. L'analyse de la voix peut donc être un moyen efficace d'évaluer l'effet des traitements antidépresseurs. (SCHERER KR, ZEI B, 1988) (119).

Ferenczi parle d'ailleurs d'anomalies psychogènes de la phonation lorsqu'il évoque dans ses oeuvres complètes, deux patients qui chacun exprimait leur angoisse à travers le symptôme « voix ». (FERENCZI, 1978) (47). Il explique également que les troubles de la vocalisation et de l'élocution peuvent être étroitement liés à l'érotisme anal. (FERENCZI, 1978) (48).

L'analyse de la voix permet parfois de comprendre l'état émotionnel de chacun. (SCHERER KR, ZEI B, 1988) (119).

3. Parler au téléphone

a. L'intimité

Nos comportements sont de plus en plus soumis au contrôle social. L'individualisme est privilégié, la communication de l'intime reste difficile, cependant, avec l'arrivée des nouvelles technologies, elle est de plus en plus médiatisée. (BRETON P, PROULX S, 2002) (21). Le développement des communications téléphoniques en est un exemple parlant. On choisit son interlocuteur, on crée à travers le fil une relation de confiance, on peut se confier en toute intimité. L'intimité est construite par un basculement sans cesse entre l'intérieur et l'extérieur, l'invisible et le visible, par une mise en scène de l'identité. (DE GOURNAY C, 1997) (40). Parler au téléphone permet une mise à distance de l'autre, même s'il réside à proximité, permet de se centrer plus sur soi-même, et donc de se dévoiler un peu plus. Le fait de parler au téléphone participe aussi sans doute à une tendance culturelle exhibitionniste. L'intimité de la relation duelle est parfois exposée au public. Celui qui répond au téléphone en public est tellement absorbé par son interlocuteur qu'il en arrive à oublier son environnement. Qui n'a pas déjà fait cette expérience dans le train ou le bus.

b. La notion de lien

On est dans une bulle à deux au téléphone, le dehors vient au second plan. On perd toute notion de temps et d'espace, toute notre attention est fixée sur la voix de l'autre. Le téléphone

symbolise tout type de lien, à la fois la proximité et la distance, le rapprochement et la séparation. De plus, chacun peut interrompre à tout moment ce lien en raccrochant.

Parfois on ne peut d'ailleurs plus le quitter. Il peut se créer une dépendance qui devient coûteuse et envahissante. « *Tous les adeptes du mobile sont dépendants. Ils croient l'être d'un objet, le portable, mais ils sont dupés, l'affaire est plus grave. Elle se joue au niveau symbolique. Il s'agit d'une marque de dépendance à l'autre, d'une addiction au contact et à la parole, même si c'est souvent une parole vide qui est proférée. Elle donne l'illusion, pour un temps au moins, de ne pas être seul, d'être au contact de l'autre, proche de lui* ». (CADEAC B, LAURU D,2002) (25).

c. L'impact de la parole

La vue manque, les mots prennent alors une toute autre ampleur, à travers eux on se représente l'autre. Toutes les émotions peuvent s'entendre, comme la joie, la tristesse, chaque modulation de la voix est interprétée.

B. Le téléphone à la portée de tous.

1. Bref Rappel historique

En 1854, le télégraphe en France n'en était qu'à ses débuts. Un Français, Charles Bourseul énonce dans un article paru dans « l'Illustration » du 26/08/1854 ce qui sera en fait le principe du téléphone.

Deux américains, Alexander Graham Bell et Elisha Gray déposent le 14/02/1876 un brevet d'invention du téléphone.

Le téléphone entre, dès 1877, aux Etats Unis, dans sa phase commerciale suite à la création de la Bell Telephon Compagny.

Fin 1877, l'américain Frédérick Gower améliore l'appareil de Bell et son système est installé à Paris en 1879. Ce fut le premier central téléphonique français. Rapidement, 3 sociétés françaises fusionnent, la Société Générale des Téléphones est ainsi créée le 10/12/1880.

L'état développe son réseau dès 1885. Ce fut la création de la première ligne importante reliant le réseau de la ville de Reims au Palais de la Bourse de Paris équipée de cabines téléphoniques.

En 1927, le téléphone traverse l'Atlantique, des câbles permettent de communiquer au delà de l'océan.

En 1963, le premier téléphone à touches apparaît. Il en comptera 12.

Enfin, en 1996, la numérotation en France passe de 8 à 10 chiffres. France Telecom instaure ce système pour répondre à l'augmentation croissante des usagers.

2. Taux d'équipements téléphoniques en France au cours de ces 30 dernières années : apparition du téléphone mobile

En 1974, seul un quart des ménages français est équipé d'un téléphone.

Son accès est également très inégalement réparti, selon l'appartenance sociale et le lieu d'habitation. Ainsi près de $\frac{3}{4}$ des cadres supérieurs sont équipés contre 10% des agriculteurs (données INSEE) . En 1982, le niveau d'équipements atteint difficilement 75%.

En 1990, le téléphone répond déjà à une demande familiale. En effet, on voit plus rapidement apparaître les postes au sein des ménages avec enfant(s). Le taux d'équipements des ménages atteint 95%. Cependant seul un quart des foyers disposait de plus d'un poste. Les Français sont encore 12% à préférer écrire plutôt que de téléphoner « afin d'être sûrs de se faire comprendre ». (Sondage IPSOS pour le ministère des PTT).

En 1996, quatre ménages sur dix possédaient alors plusieurs postes. (FLICHY P, 1999) (50). Avec 33 millions de lignes principales, la France possède un considérable parc de lignes principales, le deuxième en Europe, le 5ème au niveau mondial, derrière les USA, la Chine, le Japon et l'Allemagne. Avec 53,6 lignes principales pour 100 000 habitants, elle occupe la 4ème position européenne et la sixième mondiale. (VERLYNDE T, 1997) (133).

Depuis le milieu des années 90 le taux d'équipement en téléphone fixe a diminué, de 95 à 82 % en raison de la concurrence du téléphone mobile.

En mai 1999, 28 % des ménages en sont dotés, soit deux fois plus qu'en 1997. Les cadres, les quadragénaires et les couples avec enfant(s) en sont les mieux pourvus. (ROUQUETTE, INSEE, 2000) (113).

En effet, selon une étude du CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie) (2006) (10), il y a eu un véritable engouement pour le téléphone portable :

- Au cours de la période 1998-2001, la proportion de personnes âgées de 18 ans et plus ayant un portable est passée de moins de 10% à 74%. Depuis 2002 le taux de croissance est plus faible, pratiquement stable.
- La proportion d'adolescents disposant personnellement d'un portable reste assez stable, aux alentours de 70% sur les trois dernières années.
- l'utilisateur type du téléphone mobile est plutôt :
 - ✓ *âgé de 18 à 40 ans*
 - ✓ *diplômé, actif ou étudiant et percevant des revenus assez confortables.*
- Au total, plus d'une personne sur deux est aujourd'hui utilisatrice de portable, quelque soit la catégorie considérée (hormis les plus de 70 ans).
- Les personnes qui conservent leur « fixe » sont les seniors, les ruraux et les personnes aisées.

Le téléphone n'est pas seulement un outil social de plus, il est devenu indispensable, répondant à une nouvelle demande de l'individu. Un véritable lien social en ligne a vu le jour en un peu plus d'un siècle. Quelque soit l'âge, le sexe, la personnalité et l'histoire de chacun, il devient universel.

3. Evolution de l'usage téléphonique

« j'avais le téléphone dans mon lit parce que, malgré tout, on est relié par le téléphone. Il va chez toi et puis j'avais cette promesse de ton coup de téléphone.

Alors figures toi que j'ai fait une foule de petits rêves. Ce coup de téléphone devenait un vrai coup que tu me donnais et je tombais, ou bien un cou, un cou qu'on étrangle, ou bien j'étais au fond d'une mer qui ressemblait à l'appartement d'Auteuil, et j'étais reliée à toi par un

tuyau de scaphandre et je te suppliais de ne pas couper le tuyau-enfin des rêves stupides si on les raconte ; seulement dans le sommeil ils vivaient et c'était terrible.....Parce que tu me parles.....(sic)...Mon rêve n'est pas si bête, si tu coupes, tu coupes le tuyau...(sic) On a l'illusion d'être l'un contre l'autre et brusquement on met des caves, des égouts, toute une ville entre soi.. ». (COCTEAU J, 1930) (30). Cette pièce en un acte fut écrite en 1930, il s'agit d'un monologue d'une femme au téléphone avec son amant qui vient de la quitter. On appréhende déjà très bien toute la fonctionnalité du téléphone au sein des relations humaines.

a. Enquête américaine DORICK S, LAROSE R (1992) (44)

Cette étude a été réalisée entre avril et juin 1991. Elle est basée sur un échantillon national de foyers équipés de téléphone. Il était question pour chaque chef de famille de tenir un journal de bord concernant les caractéristiques de 60 appels émis et reçus au sein de leur foyer. Il leur a été également demandé de répondre à plusieurs auto-questionnaires concernant leur manière d'utiliser le téléphone.

503 foyers répondirent à l'enquête ce qui correspond à plus de 12 000 appels.

Cette enquête illustre bien l'intérêt que portent les jeunes foyers pour les nouvelles technologies. Il en ressort plusieurs conclusions :

- Les citoyens jeunes et éduqués adoptent plus précocement les innovations technologiques.
- Cet attrait pour les innovations est propagé à l'ensemble du réseau social de ces citoyens.

Il en émerge un désir de reprendre le contrôle de la sphère communicationnelle.

Il est à noter que les familles à faible revenus sont également de plus en plus utilisatrices.

Quelle est la fonction relationnelle du téléphone ?

« Deux tiers des sondés préfèrent le contact direct pour les questions très importantes et 40 % le préfèrent lorsqu'ils doivent annoncer une mauvaise nouvelle ou manifester de l'affection.

Environ 10% disent qu'ils ne voient aucune situation dans laquelle ils préfèrent le contact direct au téléphone ».

Malgré le fait que le téléphone soit devenu un outil banalisé et utilisé de tous, il en ressort qu'il établit une relation bien particulière où la communication est amputée de tout champ visuel et comportemental. Il crée un mode relationnel nouveau, où les utilisateurs s'en servent dans des situations sociales bien particulières.

De plus, ces situations téléphoniques entraînent à leur tour des comportements types, ainsi, on constate dans cette étude qu'il existe 3 grandes catégories d'utilisateurs répertoriés selon leurs réponses à l'auto questionnaire intitulé « attitudes vis-à-vis du téléphone » :

- **les utilitaires :** Ils considèrent le téléphone juste comme un moyen d'augmenter leur efficacité.
- **les ludiques :** Ils considèrent le téléphone et ses services comme une source de plaisir. Ce sont souvent des jeunes, des étudiants, des célibataires. 45% sont des femmes. Ils sont plus intéressés par les nouveaux services proposés.
- **les phobiques :** Se sentent tendus et nerveux lorsqu'ils reçoivent un appel, ils pensent à de nouvelles négatives. Ils considèrent le téléphone comme un intrus dans la vie privée de chacun.

En ce qui concerne les 12 902 appels :

- Plus des 4/5^{ème} sont « aboutis ».
- La famille représente 36% des interlocuteurs et les amis 30%.
- Les personnes âgées entre 50 et 64 ans appellent plus leur famille que les autres par contre les jeunes adultes (< 25 ans) appellent leurs amis dans près de 50% des cas.
- Les appels intra familiaux sont prioritaires dans les foyers aux revenus modestes.
- 1/4 des appels consistent à maintenir un lien social sans énoncer de demande particulière.

Les adolescents consacrent 40% de leurs appels à leurs relations amicales tandis que les personnes âgées y consacrent seulement 15%.

- Les femmes plus que les hommes appellent pour « bavarder » et entretenir des liens sociaux.
- Les femmes, les utilitaires et les ludiques passent beaucoup de temps au téléphone, au contraire des adolescents et des personnes âgées.

Ce sont les femmes, les adultes jeunes, et les jeunes célibataires qui passent le plus d'appels.

On remarque alors que le comportement téléphonique, malgré une première approche groupale (ou les appels intra familiaux sont prédominants), semble être devenu plus individuel, en fonction du tissu social de chacun.

b. Un usage différent selon les pays

D'après deux enquêtes reprises par CHABROL J-L, PERIN P (1997) (28) (sources France « Pratiques de communication des Français », sources USA « The Telephone in Daily life »), il semblerait que les français appellent moins souvent et moins longtemps par rapport aux américains. Par contre, il s'agit aussi plus souvent de femmes, de jeunes, de célibataires. Les appels sont dans les deux cas destinés à la famille et aux amis.

Il existe des différences quant aux tarifications qui sont moins élevées aux USA, de plus, il y eut un véritable décalage dans la démocratisation du téléphone en France, puisque déjà, dès 1950 plus de $\frac{3}{4}$ des américains disposaient d'un téléphone à leur domicile.

L'évolution des usages est assez lente. Au départ le téléphone avait une fonction utilitaire, collective, par la suite, il est devenu une appropriation individuelle. C'est « *l'acte de consommation lui-même (qui) change le consommateur* » (BACKER,1985).

Le téléphone tient déjà, dans les années 90, une place centrale dans le foyer américain, il est plus souvent aussi bien dans l'entrée, le séjour ou la cuisine, attestant d'une certaine banalisation de cet objet, ce qui n'est pas le cas chez les français qui préfèrent encore plutôt écrire qu'appeler.

La particularité de l'étendue du territoire géographique des USA a semble-t-il favorisé le développement plus rapide des lignes téléphoniques. Cette spécificité retentit sur l'organisation des réseaux sociaux des américains qui sont plus importants, géographiquement plus étendus et plus vite renouvelés. Les appels, dans les deux cas, se font au sein du cercle amical ou familial.

Il y a également une autre variable qui rentre en compte : la sociabilité diffère entre la France et les USA.

Les valeurs données à l'amitié sont différentes, aux USA, on privilégie les relations plus distancées, plus courtes, de ce fait, elles sont plus souvent entretenues par téléphone.

En France, le type d'appel sera représentatif de la nature de la relation entretenue avec l'interlocuteur. Dans les contacts avec les proches, l'appel est fortement investi. Dans d'autres circonstances, il est utilisé avec prudence.

Aux USA, le téléphone est un outil qui permet de se rendre accessible à tous, sans distinction de comportement au bout du fil.

L'américain utilise son téléphone avec un certain détachement, donc une plus grande liberté, par rapport au français où chaque appel peut équivaloir à un signifiant important.

c. Quelques caractéristiques des usages téléphoniques: émergence d'une nouvelle conversation

➤ L'usage familial

Le téléphone a un rôle particulier lorsqu'il s'agit aux parents de converser avec leurs enfants. Les enfants sont naïfs, authentiques et expriment leurs émotions de manière simple, dans l'immédiateté, la spontanéité.

Les enfants intègrent encore difficilement le fait qu'il n'y a pas d'image, ils sont très souvent surpris et sont parfois dans l'attente que l'autre parle, à travers le combiné, comme si la présence de l'autre n'était effective que lorsqu'ils l'entendent.

Quant aux parents, lorsqu'ils sont éloignés, séparés de leurs enfants, le téléphone leur permet d'entretenir un lien, ils espèrent beaucoup de ces appels comme s'ils craignaient que leurs enfants les oublient.

Le Cordon paternel (CASTELAIN- MEUNIER, 1997) (26)

- Cette étude a été réalisée auprès de pères séparés de leurs enfants. Il s'agit de séparations d'avec la mère ou de divorces.
- Un questionnaire a été remis à 1000 pères adhérents à une association de défense de la paternité. L'échantillon est donc très spécifique.
- Les réactions des enfants sont assez communes. « *Celles ci sont à la fois très sérieuses et très ludiques. L'enfant joue un rôle et se sert du téléphone comme d'un instrument de distraction ou d'affirmation, sans en avoir conscience* ».
- Ils racontent ce qu'ils font, ce qu'ils veulent faire, n'hésitent pas à signaler qu'on les dérange dans leur activité. Il est très difficile d'avoir un rôle éducatif ou contenant à travers le téléphone. L'enfant est plus souvent en interaction avec la personne qui est près de lui lorsqu'il est au téléphone. Il s'agit donc dans ce cas le plus souvent de la mère ou des grand- parents.
- La dimension phallique du père semble s'estomper. Les pères sont presque gênés, pudiques, contrôlent difficilement le cours de la conversation. Les enfants expriment leurs désirs sans complexe. Les pères eux, doivent tenter de tenir la conversation. On s'aperçoit bien qu'il existe une certaine évolution dans les rapports père- enfant nettement mise en évidence à travers ces conversations.
- Les échanges sont de différents types d'après les pères:

- L'échange animation-plaisir :

Les pères se soucient du bien être de leurs enfants. « *le lien téléphonique est alors comparé à un fil qui permet de maintenir le contact sensoriel par voie auditive dans une dimension plus proche du lien biologique et de la vocalise que de l'argumentaire et de la verbalisation. « pour qu'il se souvienne de ma voix », écrit un père* ».

- L'échange marqué par la frustration :

Cette situation n'est pas naturelle. L'échange est amputé de toutes émotions exprimées par le regard, les gestes, la mimique. Il en émane une certaine frustration. Les pères ont l'impression que la relation s'appauvrit. Ils supportent difficilement les silences, ils se sentent obligés de parler. Un des pères dira: *« le téléphone, bien qu'étant le seul moyen souvent pour rester en relation avec ses enfants, nous transforme aussi en père virtuel »*, l'autorité est difficile à assumer, de même, les pères ont beaucoup de difficultés à exprimer leurs émotions, à dire à leurs enfants qu'ils les aiment.

- l'échange « déplaisir » :

Il est particulier à cette étude, puisqu'il existe en majorité des conflits, des difficultés de communication entre les pères et les mères, ce qui transparaît à travers les appels. Les mères contrôlent la durée des appels, le moment où les enfants peuvent répondre. A l'inverse, certains pères transmettent à travers les appels toute leur rancune ou leur douleur. C'est alors la modulation de la voix qui est particulière. Ils chuchotent ou parlent fort. *« l'impact émotionnel est d'autant plus intense que le coup de fil relève d'une dynamique pathologique de la part de l'appelant. L'effet perturbateur est d'autant plus fort qu'il intervient de manière soudaine et inattendue, dans le huis-clos du foyer »*.

Les relations ainsi créées dépendent de la capacité des pères à se représenter l'autre, hors de la vue. Ils exercent difficilement leur autorité, ce d'autant plus qu'ils sont extérieurs au foyer. L'appel fait intrusion, dans un foyer parfois réaménagé.

Il en ressort que les hommes lorsqu'ils sont séparés de leurs enfants, ont un comportement particulier au téléphone, loin du tableau habituel décrit par Sonia LIVINGSTONE en 1996 : *« le téléphone était pour les femmes une source vitale. Pour les hommes, les communications téléphoniques sont purement « fonctionnelles » »*.

Les pères ressentent le besoin d'entretenir ces liens, pour mieux se représenter leurs enfants. Les enfants eux, sont ainsi sollicités véritablement comme sujet, à part entière.

Selon une enquête réalisée par DE GOURNAY C et MERCIER en 1996, les membres d'une même famille, bien qu'ils vivent ensemble, doivent recourir aux médias pour communiquer entre eux, les occasions de rassemblement devenant insuffisantes. L'appropriation des nouveaux médias fournit l'occasion de renforcer la solidarité familiale. Paradoxalement ceci entraîne un risque de « désocialisation » puisque l'investissement familial laisse peu de temps à la participation mondaine, à la sociabilité. (DE GOURNAY C, 1997)(40). Le téléphone permet de vivre ensemble séparément.

La visite téléphonique (AKERS-PORRINI, 1997) (1)

Cette étude analyse des appels spécifiques qui ont été nommés « visite téléphonique ». Il s'agit d'appels au sein d'une même famille, lorsqu'un membre vient prendre des nouvelles d'un autre qui est malade.

On sait par ailleurs que souvent l'annonce d'un événement se fait par téléphone. Lorsqu'un membre d'une famille est malade, les autres se sentent parfois en difficulté face à lui. Le contact téléphonique préserve les interlocuteurs des interférences du visible, notamment de l'état physique du malade. Nous avons vu que le téléphone libérait des contraintes liées au temps et à l'espace, il est donc pratique, surtout de nos jours, de prendre des nouvelles par ce biais, autant qu'on le souhaite.

Même si le téléphone est un moyen pratique de rentrer en relation, il génère certaines difficultés. Lors d'une visite en face-à-face, la présence physique peut suffire, les silences sont tolérables et même admis. Par contre, au téléphone, on est tenu d'y faire face. La présence est assurée uniquement par la voix. On est contraint de parler et chaque parole doit être bien réfléchi et bien exprimée.

Ici, l'appelant semble s'efforcer d'emblée, peut être par anticipation du caractère problématique de la rencontre, de contrôler la tonalité de la conversation.

De plus, ces « visites téléphoniques » ne mettent en relation que deux personnes. Il ne s'agit plus de rendre visite à quelqu'un accompagné de sa famille, ses enfants. L'appelant doit donc participer activement pendant cette « visite ». Chacun doit manifester une attention soutenue à l'égard de l'autre.

« Dans la mesure où en amont de la réalisation interactive d'une activité (comme une visite téléphonique) rien ne permet de prédire ce qu'elle sera, ni comment les participants s'y prendront pour la réaliser, c'est dans et à travers les détails de son accomplissement qu'il faut retrouver les méthodes qui confèrent à cette activité sa forme et son caractère

reconnaissable ». L'important n'est donc pas le contenu de l'appel mais la façon dont cet appel se déroule.

Dans une conversation téléphonique il y a des tours de paroles. A chaque tour, les locuteurs inscrivent leur compréhension du tour précédent et de l'état actuel de l'activité en cours, ainsi que leur niveau d'engagement dans l'échange. Chacun des énoncés prend sens par rapport à son positionnement séquentiel, à sa localisation temporelle dans le déroulement de la conversation.

Il existe donc 4 séquences d'ouverture:

- une séquence sonnerie/réponse.
une séquence d'identification et de reconnaissance.
- une séquence d'échange et de salutation.
- une séquence d'échange « comment ça va ».

Il existe trois registres de réponse à la question « comment ça va » :

- positif « très bien ».
- neutre « moyen ».
- négatif « pas bien ».

Le malade parle peu de son état actuel. Il en fait un résumé synthétique. L'appelant doit fournir un travail plus important pour amener le malade à donner de ses nouvelles. Les nouvelles du malade sont aussi le fait de ce que le visiteur veut entendre. L'appelant doit « s'aligner » de façon à encourager le malade à poursuivre. Le visiteur emploie parfois pour cela des « continueurs » tels que « mm », « je vois », « oh ». Cela permet au visité d'ajouter des éléments nouveaux.

Parfois, du fait de l'absence du regard, des perturbations interactionnelles arrivent parasitant le récit, il existe alors une divergence. L'un ou l'autre doit se ré-aligner à partir de la séquence précédente. Un terme doit alors être mis à la divergence par un compromis, ce qui permet, soit de reprendre l'activité en cours, soit d'en entamer une autre.

Ces séquences laissent entrevoir une implication forte des participants dans la relation téléphonique. La visite impose une attention soutenue de la part des deux protagonistes.

Une relation de soutien se construit au fil des visites mais aussi pendant chacun des épisodes.

« la relation de soutien apparaît donc comme une suite séquentiellement exécutée de visites, dans laquelle chacune d'elles, également séquentiellement organisée, crée un environnement propice à l'invocation de cette relation. Le tout qu'est la série de visites et les parties que sont les épisodes/appels s'élaborent mutuellement ».

Le discours s'élargit et s'enrichit progressivement au fil de l'appel. La relation change au cours de l'interaction. Elle devient de plus en plus symétrique, chacun contribuant au développement de la conversation.

Le visiteur tient compte également de la relation qu'il entretient au préalable avec le visité. Cette connaissance est mobilisée en tant que ressource. Le visiteur vient à partager avec le malade son expérience de sa situation, ce qu'il peut indiquer à travers ses expressions d'empathie et de compassion.

Nous verrons, plus tard, combien ces éléments rentrent en compte dans les appels des adolescents.

➤ Un usage à la fois individuel et social

Le téléphone crée un véritable espace privé portatif, où l'ouïe en est l'unique voie de communication, la parole l'unique moyen de se faire comprendre. La dimension publique ou privée de l'espace n'est plus tributaire de son statut ou de sa clôture. Il se crée une véritable bulle qui préserve les conversations domestiques de l'espace public dans lequel elles se déroulent.

L'individu entretient alors lui-même ses liens sociaux, en contrôlant les appels qu'il reçoit et ceux qu'il émet.

Le téléphone portable renvoie à un individu et à un seul. *« C'est une technologie qui, comme un vêtement, est associée au corps. Il s'agit en quelque sorte d'une extension de soi, d'une prothèse immédiatement disponible ».* (FLICHY P, 2003) (51).

On constate que les appels sont souvent gérés par le récepteur (celui qui reçoit l'appel). Celui qui appelle doit se plier aux attentes de celui ou celle qu'il appelle. L'appelant se comporte en fonction de ce qu'il pense être le style de conversation attendu. (SMOREDA Z, 2003) (123). La conversation vocale a l'intérêt néanmoins de dissimuler une partie du contexte présent à l'interlocuteur.

Dans une nouvelle, *le portable perdu*, Jean-Pierre Marchand met en scène un homme oubliant son portable dans le métro, une jeune femme le prend. Le narrateur appelle son propre portable pour tenter de le retrouver, la jeune femme décroche alors. Une relation d'abord virtuelle se crée. On est frappé par la soudaine dépendance que cette voix inconnue suscite, et l'importance que le narrateur donne à son portable. « *c'était comme si j'avais été oublié moi-même dans le métro* ».

L'espace de la conversation est un espace d'égalité. Avec l'autre, on expérimente ce qui fait sens. En cela, c'est l'expérience même de la transmission. (MARCHAND J-P, 1999) (89).

L'usage du téléphone chez un groupe de jeunes adultes parisiens (MANCERON V, 1997) (85) à la fin des années 1990 montre clairement le rôle social de cet outil. Dans cette enquête, l'usage du téléphone est bien spécifique. Il leur permet de se rencontrer, de créer un véritable « groupe » d'appartenance où leurs contacts sont entretenus par de brefs échanges téléphoniques tout au long de la journée. Il permet la coordination de tous et la cohésion du groupe. De part leur mode de communication, ces jeunes créent une sorte de « *micro société* ». Leur emploi du temps est fonction de leurs appels échangés. Le contact entretenu leur permet de toujours être informés de ce que font les autres, en vue d'avoir un projet commun.

Ces contacts réguliers amènent à créer une certaine dépendance, ils sont toujours dans l'attente d'un nouvel appel. Le téléphone ici permet le fonctionnement d'un ensemble de personne. Il ne sert pas à entretenir une relation duelle, intime, mais bien une cohésion sociale. Il n'appartient pas à l'un mais à tous.

Selon Aronson, le téléphone domestique, dans un cadre urbain, permet de réduire la solitude et l'anxiété. Il accroît le sentiment de sécurité. Le téléphone permet une « décentralisation » de notre espace de vie en une multitude de réseaux intimes distanciés, notre « *voisinage psychologique* ». (ARONSON, 1971).

Lorsque l'on est privé de téléphone domestique, il semblerait que l'on cherche alors à utiliser d'autres téléphones, comme ce fut le cas lors de l'incendie de la New York Telephone Compagny où 90 399 abonnés d'un secteur de Manhattan, ont été privés de leurs lignes pendant vingt-trois jours. Une enquête à distance montra que le téléphone réduisait le sentiment de solitude et d'anxiété et augmentait le sentiment de sécurité (WURTZEL A H, TURNER C, 1992) (142). 45% des personnes interrogées se sont senties moins maîtresses de leur vie pendant la panne. 72% avaient l'impression de mieux maîtriser les choses après le rétablissement de leur ligne. Plus une personne déclarait le téléphone nécessaire, plus elle avait de chances de récupérer son sentiment de maîtrise une fois la ligne rétablie.

Par contre, contrairement aux études précédentes, 67% ont davantage eu de rencontres en face-à-face pendant la panne qu'elles soient données ou reçues.

Mais rien n'a remplacé la satisfaction d'un contact immédiat par téléphone.

Le fait de ne pas pouvoir être joint compte autant que l'impossibilité de joindre quelqu'un. Le téléphone permet le maintien « *d'une proximité symbolique* ».

Une conversation fatale (WHALEN J, ZIMMERMAN D, WHALEN M) (138)

Dès que nous sentons un danger imminent, notre réflexe à tous est de demander des secours, et ce ci est fait très souvent par téléphone.

Une conversation qui eut lieu au début de l'année 1984 à Dallas, a fait l'objet de nombreuses polémiques. Elle est parue en première page du « Dallas Times Hérald » sous le titre « Une dispute retarde une ambulance : une femme se meurt tandis que son gendre implore les secours ».

Effectivement, il s'agit d'un homme qui appelle les secours car sa belle-mère ne respire plus. Malheureusement, son appel est mal compris, et le malentendu engendré a fait que l'assistance est partie trop tard, la personne n'a pas été secourue à temps. Le gendre a alors entamé des procédures de réparation en justice.

L'appel fut alors analysé sous forme d'analyse séquentielle :

- Les énoncés sont d'abord compris en référence à leurs placements et à leurs participations à des séquences d'action. Au fur et à mesure des réponses, les participants rendent mutuellement manifeste leurs analyses.
- Les appels d'urgence commencent, comme les appels téléphoniques, par une section d'ouverture axée sur le problème d'identification/reconnaissance.

Dans une première partie, il y a la requête exprimée, puis au tour suivant la réponse apportée. On peut donc différer une réponse en posant des questions pour déterminer des éléments dont elle dépendra, ce qui fut le cas ici. Il s'agit alors de ce que l'on appelle une « séquence insérée », une série interrogative de paires de question-réponse.

Du fait de ces séquences insérées, un des interlocuteurs, en l'occurrence l'appelant, a réitéré sa demande sans cesse, devenant impatient, et ne comprenant pas les questions posées (les secours voulant en savoir plus sur la situation avant d'envoyer une ambulance), il refusa alors de répondre d'avantage, il y eut donc une incompréhension de part et d'autre, « *un asynchronisme interactionnelle* » (JEFFERSON et LEE). Un risque de rupture fait donc partie de la situation. Les professionnels de l'envoi de l'ambulance procèdent à leurs interrogations en tant qu'elles facilitent le choix de l'assistance appropriée. Les appelants peuvent considérer ces appels comme des éléments retardant les secours. La réitération, par les appelants, d'une demande de confirmation de l'envoi des secours peut donc les engager dans la production de comportements qui pourraient être interprétés comme des attitudes impatientes ou même hostiles. Leur crédibilité est alors mise en défaut.

- Il est donc très important que les séquences insérées soient bien exprimées et comprises. Le ton de la voix, les mots employés sont primordiaux.

« Un principe général est à l'œuvre ici, le développement séquentiel d'une activité langagière est critique pour la détermination de son statut et de ses conséquences, pour ce qu'elle est et pour les effets ultérieurs qu'elle produira. Par conséquent, des énoncés, qui paraissent

informatifs, mais qui ont lieu dans différents types de contextes séquentiels, peuvent très bien ne pas fonctionner pour les participants en premier lieu comme des informations, mais comme d'autres types d'activité, par exemple, des ripostes, des excuses, et ainsi de suite... ».

Une fois une dispute amorcée, elle peut compromettre par la suite tout le bon déroulement de la conversation et donc ici, la reprise de la trajectoire ordinaire d'un appel d'urgence.

Le contexte séquentiel est un facteur déterminant pour le bon déroulement d'un appel d'urgence.

Cela montre bien à quel point les échanges sont vulnérables, et ceci surtout dans un contexte où l'urgence, le stress sont à leur apogée. Néanmoins, chaque appel est spécifique, du fait de l'interaction de deux protagonistes dans un contexte unique.

C. INTERNET: Un moyen supplémentaire

L'essor de la micro informatique, à partir des années 1990, suit à peu près la même évolution que la téléphonie. A la fin des années 80, l'ordinateur ne faisait alors référence qu'au travail et aux jeux. En 1998, on utilisait en France, 15 millions de micro ordinateurs et un tiers était alors utilisé à domicile. L'usage professionnel s'est installé peu à peu à la maison puis l'ordinateur a acquis d'autres fonctions. La majorité des adultes de plus de 30 ans se sont formés à l'informatique au cours de leur vie professionnelle. Il y a 8 ans, les deux tiers des enfants âgés de 10 à 14 ans en avaient déjà appris plus en famille qu'à l'école. Cependant, l'accessibilité à Internet a été très progressive en France.

Fin 1998, il y avait 2,3 millions d'accès, quatre fois moins qu'en Grande-Bretagne ou en Allemagne. (FLICHY, 1999) (50).

Selon l'INSEE, 30 % du parc des ordinateurs domestiques ont été acquis en 1998. En 1999, 23% des ménages français possédaient un micro-ordinateur, contre 19% un an plus tôt. (ROUQUETTE,2000) (113).

En octobre 2001, un tiers des adultes a déjà utilisé Internet. Neuf adolescents sur 10 (15 à 19 ans) ont déjà touché à un ordinateur en 2002. 49% des enfants et adolescents de 6 à 14 ans ont un accès à un ordinateur dans leur établissement scolaire et la proportion double quasiment pour les 15 ans et plus. Internet est accessible dans les établissements scolaires pour les ¾

d'entre eux. Il est utilisé presque tous les jours. Les 15-19 ans se distinguent par une utilisation ludique régulière. (ROUQUETTE,2002) (114).

En 2006, selon l'enquête du CREDOC (BIGOT,2006) (10), 60% de la population (dont 57% des adultes et 83% des 12-17 ans) sont équipés désormais d'au moins un ordinateur à leur domicile.

Depuis 1998, la croissance en taux d'équipement s'est nettement accélérée. Il y aurait même 12% de la population qui serait multi-équipée.

Les personnes les mieux équipées seraient :

- les diplômés du supérieur.
- les ménages composés de plus de 5 personnes.
- les ménages à revenus aisés.
- les ménages avec enfant(s).

Mais les inégalités d'accès à Internet se réduisent peu à peu.

Le taux d'équipement à Internet à domicile, concernant les personnes de 18 ans ou plus, est passé d'à peine 5% en 1998 à 43% en 2006.

En juin 2006, 79% des 12-17 ans disposent d'un accès à Internet sur leur lieu d'études.

Il existe donc un engouement certain pour les nouvelles technologies ces dernières années et particulièrement pour l'ordinateur et l'accès à Internet.

Il est à noter que l'intérêt porté par les adolescents, les adultes jeunes et même les enfants pour ce nouvel outil participe activement au développement d'un lien social « on line ».

57% des personnes interrogées dans l'étude utilisent leur ordinateur tous les jours. Tous modes de connexions à Internet confondus, il apparaît que 34% des Français de 12 ans et plus naviguent sur Internet tous les jours.

Il est important de constater que le principal usage d'Internet est la communication. En effet, près de 79% des internautes ont utilisé un système de messagerie électronique au cours des 12

derniers mois, cela correspond donc à 45% de la population, soit près de 23 millions de personnes en France.

Internet nous permet de faire circuler des textes, des sons, des images. On peut y communiquer par l'intermédiaire du courrier électronique, des forums de discussion, des chats. Nous avons accès à une multitude d'information, on peut échanger des heures et des heures de messages, mais on a jamais affaire aux personnes elle mêmes.

Plusieurs hypothèses sociologiques en découlent, certains revendiquent le fait que le média conditionne le message, il est au centre de la communication entre l'émetteur et le récepteur; d'autres privilégient la communication par « *la vraie parole* ». Toute médiation entraînerait une dégradation de l'être.

Pour certains, « *Internet permettrait à la conversation de sortir de son état d'enfermement local pour s'épanouir dans un cadre universel idéal. Il libérerait toute la puissance potentielle de la conversation en nous permettant de converser tout le temps, avec tous, dans la totalité du monde connu* ». (BRETON P, 1999) (23). Pour d'autres, il générerait « *une illusion de la communication , de la conversation et de l'échange du savoir* ».

Internet devient un nouvel espace de parole. L'écriture est remaniée, elle peut être produite en réseau. L'émetteur est unique et les récepteurs peuvent être multiples. L'intime de l'être devient alors un intime social, le plus souvent représenté par un groupe social.

Le mot virtuel provient du latin médiéval *virtualis* dérivant lui-même de *virtus* qui signifie littéralement « *force, puissance* », par ailleurs, *virtus* signifie aussi *vertu* au sens de « *qualité* » ou « *pouvoir* ».

Il existe trois approches du virtuel, en fonction du type de rapport qu'elles posent entre le réel et le virtuel (BRETON P, PROULX S, 2002) (21) :

- le virtuel renvoie à une représentation du réel, il n'en est qu'une copie déformée. Il devient « *réalité artificielle* ».
- La virtualité est une résolution du monde frappée d'imperfection du fait de son actualité. « *le virtuel est au réel ce que le parfait est à l'imparfait* ». (DOEL et CLARKE, 1999). Il devient un moyen d'explorer la réalité. Les technologies du virtuel ouvrent alors des portes sur toute la richesse du réel.

- Dans une troisième approche, l'actuel et le virtuel sont en interrelation circulaire et productive.

Même si son développement et son utilisation sont en pleine croissance, la virtualité reste une notion qui divise encore bien des opinions que ce soit sur le plan social, psychologique ou même scientifique.

Avant d'aborder les spécificités de l'usage du téléphone chez l'adolescent, il est important de revenir sur quelques notions théoriques qui illustrent bien toutes les spécificités de cet usage.

II. UNE COMMUNICATION PARTICULIERE ENVISAGEE A TRAVERS DES CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE L'ADOLESCENCE

A. L'impact pubertaire

L'adolescence se situe aux alentours de 10-13 ans et débute par le phénomène pubertaire. L'âge de fin est variable pour chacun. Il s'agit d'une période de transformation non seulement du corps, du psychisme mais aussi des modes de relations interpersonnelles, familiales, sociales.

1. La barrière du corps

La puberté est un processus de maturation globale, l'enfant assiste à son propre changement, et en particulier au niveau de son corps. Les seins poussent chez les filles et les premiers poils apparaissent chez les garçons. Ce processus doit être intégré, incorporé par chacun d'entre eux. Les adolescents doivent s'assurer de leur continuité malgré ce corps en changement. De plus, ils doivent l'intégrer psychiquement, et tout ceci génère de l'angoisse.

L'adolescent s'approprie son moi, ce qui passe par la gestion des pulsions sexuelles émergentes. Le complexe d'œdipe se réactive, l'adolescent doit alors lutter contre des désirs incestueux naissants.

Il va donc peu à peu vouloir gérer ses propres affects. Il va alors utiliser plusieurs mécanismes de défense qui vont permettre au Moi de maintenir à l'intérieur de l'espace psychique une tension supportable. Ces mécanismes sont pour l'essentiel le refoulement, le déplacement, l'isolation, l'intellectualisation, l'ascétisme, le déni, le clivage et la mise en acte. Il arrive que parfois ces mécanismes fassent défaut, le corps en est alors le premier témoin.

Au cours de l'enfance, le corps, ses perceptions et ses limites se construisent à travers les premiers schémas relationnels, donc ce que l'enfant s'approprie des représentations de l'entourage. Le corps est alors source de plaisir. Puis au cours de la puberté, il devient sexué, il y a alors division du sujet.

« A la puberté, le sujet se sent devenir propriétaire de son corps, sans être prêt pour autant à renoncer aux bénéfices d'une « copropriété ». Le corps a une histoire pré sexuelle, une mémoire du plaisir qu'il va devoir intégrer désormais dans une histoire qui n'est plus l'affaire des autres, mais son affaire ». (BIRRAUX A) (12).

Le corps devient objet d'investissement, il est vécu comme objet étrange, il subit en quelques mois une mutation profonde. L'adolescent étudie alors ce corps en mutation, il passe parfois des heures devant le miroir, se regarde, ou utilise parfois certains produits de beauté pour masquer ces évolutions. Il fait l'objet de préoccupations, d'angoisses que le phénomène pubertaire augmente. Le corps est peu à peu utilisé comme un moyen de se différencier et de se détacher des exigences parentales.

Il est également un objet de reconnaissance social parmi les autres adolescents. L'adolescent cherche alors à la fois à se distinguer d'autrui et à la fois à retrouver chez les autres, en particulier les pairs, des ressemblances.

Il devient alors l'objet possible de multiples conduites pathologiques: (BRACONNIER A, MARCELLI D, 1998)(19) :

- Angoisses corporelles multiples: dysmorphophobie, plaintes hypocondriaques :

Le corps étant souvent l'objet privilégié où les angoisses peuvent se fixer. Elles s'expriment par des douleurs au ventre, à la tête, ou même par la crainte d'être atteint d'une maladie grave. Parfois l'image que l'adolescent a de son corps est perturbée. Il se voit déformé, craint que l'on se moque de lui.

- Les conduites alimentaires allant jusqu'à la boulimie ou l'anorexie :

Le refus du corps qui se transforme et des représentations sexuées qu'il fait surgir est ainsi au centre des conduites anorexiques. Le corps est alors désaffecté, divisé, clivé. Les anorexiques sont alors dans une illusion de maîtrise.

Les pulsions sont exacerbées chez l'adolescent, celui-ci tente de les limiter pour ne pas se sentir envahir par elles. Il va donc tenter de contrôler sa façon de s'alimenter ou ses choix alimentaires.

Les repas sont souvent des moments privilégiés. Les familles se retrouvent, chacune avec son propre mode relationnel. L'adolescent s'oppose peu à peu aux règles alimentaires établies.

Il s'agit aussi d'une certaine volonté d'indépendance, l'envie de s'éloigner peu à peu du contrôle parental, toute alimentation renvoyant à la dépendance maternelle, à la pulsion orale. L'adolescent étant dans un processus ambivalent de détachement et d'éloignement, le contrôle de cette pulsion lui semble indispensable.

Ces adolescents mettant à mal leur corps vont parfois avoir envie de le cacher ou au contraire l'exhiber. Le corps fait alors objet de toutes les attentions, les siennes et celles portées par le regard des autres. Ces changements physiques vont entraîner de nombreux bouleversements au niveau de l'image de soi, l'identité de genre, le narcissisme, les idéaux. Il y a alors émergence de « la complémentarité des sexes ». (BIRRAUX A, 2004) (12). L'adolescent perçoit alors que l'autre sexe est l'objet complémentaire qui restaure la toute-puissance. L'auto-érotisme de l'enfance prend alors fin, la sexualité apparaît.

Le corps représente donc un moyen d'expression symbolique des conflits et des modes relationnels des adolescents. Le besoin d'une ré appropriation du corps propre se traduira dans les marques que l'adolescent y inscrit et qui signent sa nouvelle appartenance. Ainsi en cas de conflit identificatoire majeur, le corps peut servir au maintien d'une identité défaillante. La relation que l'adolescent noue avec son nouveau corps reflète la qualité du lien qu'il a établi avec les objets parentaux pendant l'enfance.

2. De l'attachement à la séparation: le sentiment de perte et le travail de deuil

Le comportement d'attachement est un terme qui désigne la capacité d'une personne de retenir à proximité une autre personne préférée. Il est déclenché par la séparation ou la menace de séparation de la figure d'attachement aux objets précoces (en l'occurrence les parents). Il reste dirigé d'abord vers les figures d'attachement précoces et s'enrichit pour inclure de nouvelles figures sélectionnées. BOWLBY voyait « la crise d'adolescence » comme émanant de la problématique d'attachement, détachement et rattachement que l'adolescent doit accomplir. Pour ce faire, l'adolescent doit se désengager plus ou moins partiellement de l'attachement de ses parents et faire le deuil de cette perte pour évoluer vers l'attachement aux pairs puis ultérieurement au compagnon. L'adolescent se sépare de ses parents tout en étant envahi par l'angoisse de les perdre. Pour cela, l'adolescent doit en passer par un processus de désidéalisation, de déception, ce qui lui permettra plus facilement de rechercher des modèles hors du champ familial. Peu à peu l'adolescent va passer du temps hors de la maison. Parfois, les parents ne savent plus où il est, ceci est source d'angoisse pour eux, angoisse qui illustre la séparation « psychique » que les parents doivent aussi faire.

Ce processus de séparation s'applique également en psychothérapie :

« l'alliance thérapeutique apparaît comme une base sécurisante, un objet intérieur comme modèle opérant ou représentatif de la figure d'attachement, la reconstruction comme l'exploration des mémoires du passé, la résistance comme l'hésitation à désobéir aux ordres passés des parents de ne rien dire ». (BOWLBY J, 1988). L'attachement au thérapeute n'est pas une simple étape initiant le transfert mais constitue un élément thérapeutique par lui-même. Il dirige vers le thérapeute ce que lui dictent ses modèles opérants du self et de ses figures d'attachement premières.

3. Les processus identificatoires, de l'identification parentale à l'identification aux groupes

« L'identification fournit la base instinctive de la compréhension et de la connaissance, ce qui veut dire que nous ne pouvons percevoir le monde extérieur que comme une chose non totalement différente du moi ». (BALINT A, 1978) (6). L'identification représente la forme la

plus primitive de l'attachement affectif à un objet. Elle peut avoir lieu lorsque le moi est constitué.

Très tôt le nourrisson s'identifie à sa mère, puis à son environnement social proche. Ces processus nous permettent de nous familiariser avec le monde extérieur, de rendre ce dernier agréable, familier. *« L'identification peut avoir lieu chaque fois qu'une personne se découvre un trait qui lui est commun avec une autre personne, sans que celle-ci soit pour elle un objet de désirs libidinaux. Plus les traits communs sont importants et nombreux, et plus l'identification sera complète et correspondra ainsi au début d'un nouvel attachement ».* (FREUD S, 1978) (52).

L'identification est à rapprocher des phases très précoces du stade du miroir. Peu à peu l'identification primaire, en lien avec l'incorporation de l'objet primaire, laisse place aux identifications secondaires impliquant un choix d'objet sexuel. L'adolescent est poussé, par ce corps en changement, à modifier ses identifications. Son identité va se construire en s'appuyant de plus en plus sur des modèles extra familiaux, tout en maintenant un processus identificatoire parental, surtout en lien avec le parent du sexe opposé. En effet l'amour parental est le meilleur garant de la permanence des objets et du soi. La qualité des premières relations fait le lit du narcissisme. Plus les relations précoces seront stables et satisfaisantes, plus le sentiment d'identité sera assuré, permanent. Il est primordial de se reconnaître dans une lignée, dans une histoire. Le Moi et le Surmoi prennent alors forme, l'adolescent accède progressivement au statut de sujet. En revanche, si les objets précoces sont défailants, des failles narcissiques peuvent s'installer.

L'adolescent prend également conscience de son identité sexuée. Les relations à autrui en sont alors modifiées. L'image du corps se structure à travers le regard des autres et de leurs jugements.

L'adolescent prend alors conscience de la « complémentarité des sexes ». (BRACONNIER A, MARCELLI D,1998) (18). Par ailleurs, une mise à distance du parent du même sexe est nécessaire au cours des processus identificatoires, du fait de l'émergence de la menace incestueuse liée à l'excitation pulsionnelle. L'adolescent doit modifier les rapports qu'il entretenait avec ses parents. Il se détache de ses liens oedipiens, de ses parents et de leurs

images intériorisées. Le sentiment de toute puissance infantile disparaît peu à peu. L'adolescent va s'identifier à son père hors de la position oedipienne négative.

L'adolescent idéalise alors le monde extérieur, l'idéal du moi se construit. Il accorde beaucoup d'importance à l'image qu'il renvoie aux autres, il recherche une image satisfaisante de lui-même. Il tient à être admiré par ses pairs et valorisé par ses « pères ». Le groupe des pairs devient alors l'une des principales sources de valorisation narcissique et également un lieu d'externalisation des conflits de l'adolescent : *« grâce à la distribution des parties du self sur les membres du groupe, les besoins masturbatoires peuvent s'atténuer et les processus sociaux mis en route favorisent à travers la réalisation dans le monde réel, la diminution graduelle du clivage, le déclin de l'omnipotence et la décrue de l'angoisse de la persécution »*. (MELTZER D, 1977).

4. Les conduites de dépendance

Le mot « dépendance » provient de « dépendre », du latin *dependere* qui signifie « pendre de » ou encore « se rattacher à, être lié à ». La dépendance serait une relation asymétrique où celui qui dépend est sous la dépendance d'un autre. Le sujet dépendant devient objet fantasmatique pour un autre sujet.

Par un second processus de séparation-individuation, le désengagement du lien oedipien, la fragilité du narcissisme naissant, les conduites de dépendance sont amenées à être fréquentes chez les adolescents. (MARCELLI, 1994) (86).

Au départ, le nourrisson fait l'objet de toutes les attentions de ses parents, en particulier de la mère qui a pour rôle de répondre à ses besoins. Le nourrisson paraît alors faire partie d'elle-même. Il s'agit alors de la « *dépendance absolue* ». Puis, peu à peu, il s'adapte alors à un « *abandon progressif* ». (WINNICOTT D.W, 1963) (141). Le nourrisson est alors conscient d'une dépendance, qui est devenue relative. Il admet des événements qui échappent à son contrôle. Il prend peu à peu conscience qu'il ne fait qu'un, qu'il est une personne complète, qu'il existe un extérieur et un intérieur qui correspond alors à l'émergence du « moi », séparés tous deux par l'enveloppe psychique ou le « moi-peau » (ANZIEU, 1985).

L'enfant devient alors capable d'affronter le monde et toutes ses complexités. En s'identifiant à la société, l'adolescent va sans cesse à la rencontre de l'autre, inconnu, il s'essaie à toutes sortes de relations sociales. Etablir une relation avec autrui nécessite de reconnaître l'altérité de l'autre tout en acceptant de dépendre au moins en partie de lui et en assumant la nécessaire réciprocité. « *Il n'y a pas de suffisance à soi sans l'autre et pas d'humanité du sujet humain si il vit dans l'autarcie. Telle apparaît être l'équation paradoxale. Nous n'accédons à l'autonomie que par la relation affective avec autrui. Il faut venir à la rencontre du monde, puis s'en dégager pour pouvoir dire « je »* ». (CORCOS M, FLAMENT M, JEAMMET PH, 2003) (32).

L'autre joue alors un rôle essentiel dans la capacité à être autonome, tout en ayant encore une emprise sur le sujet. Les parents, puis les nouveaux objets d'investissement doivent alors adoptés des positions bienveillantes, en étant limitant, contenant, tolérant et indulgent pour permettre aux adolescents d'accepter encore une certaine dépendance parentale.

Parfois cela est difficile et l'adolescent est tenté d'affirmer son indépendance à l'égard des autres en recourant à la manipulation d'un produit, à une conduite répétitive pour préserver son sentiment de maîtrise. L'adolescence est une période à haut risque de développement de conduites de dépendance. Ces conduites s'inscrivent chez l'individu par le biais de failles surtout d'ordre narcissique en rapport avec la constitution de liens objectaux précaires, unis à un défaut de la fonction synthétique du Moi. La séparation d'avec les parents générant de l'angoisse, l'adolescent va déplacer celle-ci en mettant en place des relations d'emprise sur des objets. Ces objets ont alors une fonction de substitution. Le symptôme devient alors garant de la survie psychique du sujet, il permet le maintien de la représentation de soi et par là la préservation du sentiment d'identité et de son équilibre narcissique.

La qualité des liens aux objets primaires est donc essentielle, ces liens sont garants plus tard, d'un rôle de pare-excitation. Si ces liens font défaut, un sentiment de vide intérieur peut se développer, il s'agit alors d'évacuer un trop plein d'excitation.

C'est au travers des troubles du comportement et de la pathologie de l'agir que s'expriment de la façon la plus manifeste les conséquences de la relation de dépendance. L'agir, nous le verrons, si fréquent à l'adolescence, vient se substituer à un travail d'élaboration psychique. L'adolescent va alors extérioriser ses contenus intra psychiques, ce qui va lui permettre d'avoir

une relative emprise sur eux. L'espace, faisant partie de la réalité externe est donc plus maîtrisable, il permet une mise à distance immédiate des tensions internes.

B. L'adolescence et ses excès

1. La notion de limite

A travers l'acquisition d'un nouveau corps, sexué, l'adolescent fait l'expérience de nouvelles limites spatiales et même identitaires. Chaque adolescent fait sa propre expérience. Certains refusent toute maturation, d'autres sont dans la quête permanente de repères identitaires. Les adolescents sont donc par définition à la limite, entre l'enfance et l'âge adulte. Leur monde psychique interne est en pleine mutation. De ce fait, l'adolescence est une période de fragilité, et de fragilité surtout narcissique.

Toutefois il y a donc des limites structurantes, nécessaires, voire indispensables. Ce qui fait limite fait aussi lien. Les valeurs transgénérationnelles transmises font lien et permettent la mise en place d'identifications secondaires à la fois structurantes et rassurantes. La limite se crée en intériorisant ces liens plutôt qu'en les coupant. Ils sont suffisamment puissants, et sont la condition nécessaire d'un processus secondaire de séparation-individuation. La séparation serait alors une façon de reconnaître l'interdépendance qui nous lie aux autres.

Cependant les adolescents tentent parfois de passer outre. A certains moments, ils ne peuvent faire autrement, le lien entre pulsions et représentations étant trop difficile à mettre en place. Tout ceci génère alors de l'angoisse qui s'exprime par le comportement, l'agir et donc parfois par la violence.

« L'adolescent cherche cette limite comme un point contre lequel il peut s'adosser. Bien souvent, aussi, il est obligé de mettre en place un dispositif plutôt bruyant pour alerter l'entourage sur sa difficulté momentanée (ou plus durable) à trouver cette limite et à l'intérioriser, la faire sienne ». (MARTY F, 2003) (92). Les processus de pensée sont alors supplantés par les passages à l'acte où le corps est impliqué de façon prévalente. Par cela, les adolescents se confrontent à l'interdit et aux limites structurantes (oedipiennes) qui le constituent. La loi paternelle est recherchée comme limite à l'exercice du meurtre (tentation

incestueuse et parricide) lié aux fantasmes pubertaires. La poussée pulsionnelle va rencontrer une force opposée qui va faire limite à ce besoin de satisfaction.

2. Risques et conduites à risque

La prise de risque est en lien avec la recherche de limites. Il émerge une certaine excitation à travers ces prises de risque. La quête de l'intensité et de l'excès est d'autant plus forte que la fragilité de la construction narcissique de l'adolescent est importante.

L'espace interne, encore immature, ne permet pas la névrotisation des conflits. Ces derniers sont donc projetés en masse sur l'extérieur, comme provenant de l'autre.

Les conduites à risque sont également appelées équivalents suicidaires. Il s'agit alors d'un désir de mort inconscient qui peut évoluer vers un véritable geste suicidaire.

3. La « crise », l'urgence

« Tout les états psychiatriques aigus traduisent une situation de débordement du Moi, une mise en tension de l'équilibre narcissico-objectal, une vulnérabilité particulière aux variations de la distance relationnelle avec les objets investis et une sensibilité accrue aux aménagements de cette distance et de la qualité des appuis par l'environnement ». (JEAMMET PH, CORCOS M, 2001) (61).

A l'adolescence l'agir est considéré comme un mode d'expression privilégié des conflits et des angoisses de l'individu. Le passage à l'acte est une conduite spontanée, impulsive s'effectuant hors de tout contrôle. Il est souvent teinté de violence et d'agressivité.

Il existe des facteurs favorisant cet agir chez les adolescents, d'une part des facteurs sociaux, où l'adolescent accède à une certaine indépendance et une volonté de se distinguer par rapport aux adultes et aux groupes de pairs et des facteurs internes comme l'excitation pubertaire qui amène de l'angoisse. (MARCELLI D, BRACONNIER A, 2004) (87).

L'acte se substitue à la parole, à un dire, toutefois il ouvre à un nouveau dialogue possible car la non-considération de la valeur de l'acte peut être l'amorce d'une répétition, d'une pulsion de

répétition. Face aux adultes, les adolescents provoquent, testent, ils veulent les mettre en difficulté, et cela passe par l'agir. Au sein d'un groupe de pairs, l'agir a surtout comme fonction de renforcer une image positive à travers le regard des autres. Les actes effectués sont des moyens de faire réagir les autres.

La mise en acte a d'abord une fonction libératrice, elle permet une expulsion, une projection du mal être sur l'extérieur. C'est une tentative de construction visant à pallier un manque. Nous l'avons vu, les adolescents sont exposés inmanquablement à un travail de deuil de l'idéalisation parentale, de leurs imagos intériorisés. Par l'agir l'adolescent se dégage ainsi de tout risque incestueux et en même temps, il supprime ce qui le rend possible, son corps, devenu sexué. Il peut alors traverser une phase de dépressivité. De plus, le langage est un moyen peu utilisé, car en pleine mutation.

Par passages à l'acte on entend les actes auto-agressifs, les crises clastiques, les fugues, les auto-mutilations, les gestes suicidaires, les toxicomanies et les actes hétéro-agressifs comme les agressions, les vols. Il s'agit alors de conduites pathologiques où la décharge impulsive est majeure, l'élaboration mentale impossible.

Nous allons envisager plus spécifiquement les fugues et les gestes suicidaires qui sont deux agirs prenant une place particulière dans notre étude, nous le verrons plus tard.

a. La fugue

La fugue est un acte à caractère social. Il s'agit de quitter le milieu où l'adolescent vit. C'est un acte impulsif, souvent solitaire qui survient souvent lorsqu'il existe des conflits entre l'adolescent et sa famille ou l'institution dans laquelle il vit. Souvent, la fugue est limitée dans le temps et dure en moyenne une nuit. Les fugueurs sont le plus souvent de garçons, présentant des profils psychopathologiques particuliers, ils sont souvent immatures, parfois psychopathes ou déjà délinquants.

Ces conduites sont souvent une modalité de fuite devant une tension interne. La séparation avec les objets prend véritablement forme, dans le réel. Par la fuite, les adolescents cherchent également à se construire leurs propres identités loin des identifications parentales.

b. Le suicide

Il est fréquent que des passages à l'acte répétés masquent un état dépressif. Les adolescents dépressifs sont donc particulièrement à risque d'effectuer un geste suicidaire. « Se suicider » dérive du latin et équivaut à un « se soi-tuer », il s'agit donc de se tuer soi-même, de tuer une partie de soi intériorisée. S'attaquer soi-même prend la signification détournée de l'attaque des figures parentales. D'ailleurs, Freud dans « deuil et mélancolie » (1915) compare les tentatives de suicide à « *un retournement sur soi d'une impulsion meurtrière contre autrui* ». C'est le retournement de la pulsion agressive contre soi.

Le suicide est la troisième cause de décès chez les 15-24 ans. Il y a environ 1000 décès par an, cela représente une mortalité moyenne de 7,7 pour 100 000. La morbidité atteint 500 pour 100 000 chez les filles et 200 pour 100 000 chez les garçons et quasiment 50% de ces tentatives récidivent dans les 12 à 18 mois qui suivent. (MARCELLI D, BRACONNIER A,2004) (87).

Beaucoup d'adolescents ont aussi pris des risques dans certaines conduites en pensant à leur mort, mort qu'ils ont pu éviter avec soulagement et fierté. Ils ont alors le sentiment d'être maître de leur vie, ce qui renforce leur sentiment d'identité propre. D'une certaine manière, ils ont le sentiment d'échapper à tout contrôle parental. L'acte suicidaire, bien qu'impulsif, intervient dans un contexte environnemental bien particulier. Souvent, l'adolescent veut échapper à un climat angoissant.

Les adolescents suicidaires ont souvent des assises narcissiques fragiles. Les pertes ou les séparations sont difficilement intériorisées et supportables, le sentiment de dépendance alors ressenti pour leurs objets internes est insupportable et source d'angoisse massive. L'œdipe négatif n'est souvent pas résolu, la pulsion génitale, l'excitation pulsionnelle devient alors une menace, le passage à l'acte prend alors forme. Assez souvent on retrouve des situations d'échecs scolaires, des conduites toxicomaniaques ou des états dépressifs majeurs. Les antécédents familiaux d'alcoolisme ou de suicide sont plus fréquents que dans la population générale.

Le corps est visé, attaqué, comme représentant symbolique des parents. Le processus de séparation-individuation est déficient.

Il est nécessaire de tenir de compte de ces passages à l'acte, et surtout de leur durée, leur répétition et le contexte social dans lequel ils se déroulent pour ainsi par la suite prévenir d'autres conduites à risque, et éviter ainsi leur fixation.

Le cadre institutionnel représente dans ce cas un lieu médiateur, un support au processus thérapeutique quand les mécanismes de symbolisation font défaut. Il se substitue d'une part à une certaine fonction maternelle comme enveloppe et d'autre part, il fait office de fonction paternelle par les limites et barrières qu'il représente.

Ces particularités sont communes à tous les adolescents. Néanmoins, il existe quelques particularités bien spécifiques liées au contexte social dans lequel ils évoluent.

Nous avons vu précédemment l'essor considérable et l'utilisation générale des nouveaux modes de communication depuis quelques années. Quelle place ceux-ci prennent alors chez les adolescents? En font-ils un usage particulier?

III. L'INFLUENCE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES SUR L'ADOLESCENT D'AUJOURD'HUI

A. Mode de vie des adolescents d'aujourd'hui

Le nombre d'adolescents est à peu près stable depuis 1994, le nombre de jeunes (0-20 ans) est d'environ 15 836 000, par contre leur proportion diminue malgré une augmentation du nombre de naissance, ils représentent 25% de la population (contre 26,7% en 1994). (INSEE,2007) (148).

1. Enquêtes de l'INSEE : Les modes de vie des adolescents âgés de 15 à 17 ans (BLANPAIN N, DANIEL A, 2004) (13).

Ces enquêtes concernent des échantillons compris entre 3000 et 7000 adolescents âgés entre 15 et 17 ans.

Au 1er janvier 2003, la France métropolitaine comptait 2,3 millions de personnes âgées de 15 à 17 ans, soit près de 4% de la population. Environ 7 adolescents sur 10 habitent encore avec leurs deux parents. Près de deux adolescents sur 10 vivent au sein d'une famille mono parentale et un sur dix au sein d'une famille recomposée. Parmi eux, environ 6 sur 10 ont leurs deux parents qui travaillent, moins d'un sur dix a ses deux parents inactifs ou chômeurs.

Le niveau d'étude est en hausse depuis 10 ans et 8 adolescents sur 10 vivent en ville, les deux tiers vivent dans un maison individuelle. Ils ont en général accès à des moyens de transport près de chez eux (8 adolescents sur 10 ont un arrêt desservi par les transports en commun à moins de 10 minutes à pieds de chez eux). Souvent, ils ignorent la présence des équipements socioculturels situés près de chez eux.

Un adolescent consacre 4 heures par jour à ses loisirs et un peu plus d'une heure à ses activités sociales (conversations par téléphone, visites..). L'écoute de la radio est plus fréquente que dans le reste de la population. Ils jouent sur ordinateur près de 41 minutes par jour et consacrent à la télévision près d'1 heure 30 les jours de classe et 2h40 les jours de repos.

Les adolescents manifestent en général une grande sociabilité. Les $\frac{3}{4}$ d'entre eux disent avoir parlé à 5 amis différents durant les 8 derniers jours. 69% des adolescentes déclarent avoir donné ou reçu plus de 5 appels téléphoniques dans la semaine, contre 54% des adolescents. 76% des garçons et 62% des filles déclarent appartenir à un groupe d'ami(e)s.

2. La famille, les pairs, de nouveaux repères

Aujourd'hui, l'adolescence se prolonge, le film *Tanguy*, réalisé par Etienne Chatiliez en 2001, l'illustre bien. Les frontières entre adolescence et âge adulte sont devenues floues.

Les adolescents investissent massivement les nouvelles technologies au contraire de leurs aînés, elles leur procurent un sentiment de maîtrise, de puissance rappelant la toute puissance infantile.

Par ailleurs les aînés s'efforcent de se donner une image jeune, ce qui bouleverse les rapports entre les générations et cela prive les adolescents de repères durables.

Les adolescents sont de plus en plus libres de choisir leur parcours social, les rites initiatiques sont devenus rares. Ils doivent trouver en eux-mêmes leur chemin. Cependant ceci est parfois source d'angoisse : « *la liberté est une valeur pour celui qui possède les moyens symboliques de son usage, pour un autre elle génère de la peur* ». (LE BRETON D, 2002) (77). Les jeunes doivent eux même assurer leur place au sein de la société, du monde du travail. Il n'existe plus guère de rite de passage transmis par la société, les actes sont singuliers, individuels.

De plus, la structure familiale change. Les familles mono parentales sont de plus en plus fréquentes, l'éclatement géographique est habituel, les fratries se réduisent. Il est commun maintenant de rencontrer des pathologies de l'adolescence où les rapports familiaux sont conflictuels. La mésentente parentale, la séparation, le divorce fragilisent l'adolescent. Ses repères et ses sources d'identifications secondaires sont alors perturbés. La violence chez les jeunes fait de plus en plus parler d'elle. « *Le défaut de « containing », de certaines famille, souvent dissociées, conflictuelles ou dont la figure paternelle est absente ou sans autorité, amène les enfants à privilégier la culture de rue au contact des pairs au détriment d'un sens de la mesure et de la reconnaissance de l'autre* ». (LE BRETON D, 2002) (77).

La place des « copains », la relation aux « pairs » a toujours été très importante. Le groupe permet des échanges, permet pour chacun de se sentir intégré à la société. Il devient le relais de l'Idéal du Moi.

L'appartenance au groupe, dans la rue, renforce le sentiment de puissance et de liberté, les limites font défaut, l'agressivité et la violence y deviennent des modes de communication privilégiés. Dans la rue, les jeunes cherchent alors de nouvelles limites, que la société leur offre plus ou moins. L'adolescent est attiré par cet espace intermédiaire qui lui est nécessaire pour construire son espace individuel propre lorsqu'il quitte peu à peu le milieu familial. Cet espace est attirant car inconnu et imprévisible, ses limites ne sont pas fixes. L'adolescent doit s'éloigner de ses parents, du fait de l'émergence de ses pulsions sexuelles. Dans la rue, il a la possibilité d'appréhender de nouveaux objets sexuels. (LAURU D, 2004) (75).

Il va alors rencontrer de nouvelles limites, à travers ses rapports à l'autre, de ce qu'il peut attendre de l'autre. Il va explorer ses propres limites à travers certaines conduites à risque.

Par la rencontre de l'autre, il va devoir exposer son intimité, exprimer ses désirs. « *il peut se dire et se montrer aux yeux des autres* ». (LAURU D, 2004) (75).

L'adolescent tente alors de se situer entre le dedans et le dehors, de déterminer la limite entre l'intérieur et l'extérieur de lui-même. Ses désirs vont être confrontés aux désirs des autres. Il va alors s'exposer aux yeux des autres pour construire sa propre identité. Ceci explique toute l'importance des styles vestimentaires, de certains langages très spécifiques que les adolescents utilisent.

Le dehors, espace qui appartient à tous et à personne en particulier, représente d'une certaine façon la symbolique paternelle. Dehors, les adolescents vont être confrontés au rappel de la Loi. La rue est un lieu des agirs où les passages à l'acte prennent forme, la violence s'exprime sous toute ses formes y compris à travers le langage. L'agressivité marque une différence entre soi et l'autre, elle participe au processus de subjectivation. L'adolescent va projeter son espace psychique interne sur le champ ouvert de la rue, car faute de n'avoir pu ou su dire, il agit.

L'enquête Baromètre Santé jeunes réalisée en 1997-1998 montre que la qualité de vie des adolescents est généralement bonne si ils vivent avec leurs parents de naissance (ou adoptifs) mais qu'elle décroît dans les familles mono parentales ou recomposées. Selon cette enquête, 15,1% des jeunes déclarent avoir fait quelques chose, selon eux, de risqué ou de défiant lors des douze derniers mois, les garçons étant deux fois plus nombreux que les filles. (ARENES J, JANVRIN M-P, BAUDIER F, 1998) (3).

Aujourd'hui, les jeunes ont tendance à habiter plus longtemps chez leurs parents. Parents qui en apprennent de plus en plus de leurs enfants, ne serait ce que dans le domaine de l'informatique, des télécommunications. Les parents traversent eux-mêmes une période de crise lors de l'adolescence de leurs enfants, c'est la « crise de la moitié de la vie », un passage de remise en question et de bilan des années passées.

Le phénomène « adolescence » prend de plus en plus d'importance de nos jours :

La puberté est de plus en plus précoce.

- L'accès aux longues études est de plus en plus fréquent.

Le statut social parfois précaire des jeunes rend difficile parfois une totale indépendance.

- Il existe de plus en plus de produits commerciaux spécifiquement dédiés à cette tranche d'âge (dont les téléphones portables et les micro ordinateurs).

- Il existe de véritables zones suburbaines où se concentrent un grand nombre de jeunes, ce qui favorise le phénomène de bandes.

L'adolescence devient peu à peu un modèle envié par les adultes, par ses capacités de changement et d'adaptation si prisées de nos jours.

B. la virtualité à l'adolescence

L'émergence de la virtualité ne va pas sans rappeler l'émergence du nouveau né au monde qui incorpore et fait sienne les images de sa mère. A partir de ces premières images réelles, il va se construire des représentations internes imaginaires, donc en quelque sorte virtuelles.

Rappelons que le « virtuel » a trois définitions possibles (TISSERON S, 2004) (128) :

- Il peut correspondre à un possible « plus tard », « un potentiel », la temporalité est ici au premier plan.
- Il peut être défini comme « non-actuel », potentiellement actualisable, l'espace ici prime.
- Il peut faire référence au corps et à la sensori-motricité, l'absence de matérialisation prend alors toute sa place.

L'adolescent construit son identité, en cela, tout est possible, et tout est en devenir. Tout est « potentiellement » réalisable. Ceci évoque la ré appropriation progressive de nouveaux objets. De plus, l'adolescent n'utilise pas toutes ses possibilités. Tout n'est pas « actualisable » à l'adolescence. Cela rappelle les différents mécanismes de défense utilisés à l'adolescence comme le clivage. Le virtuel permet également d'échapper à la mise au regard du corps. En cela, il plaît beaucoup aux adolescents, puisque le risque d'émergence de nouvelles pulsions sexuelles est mis à distance (Nous pouvons constater l'essor majeur des blogs et autres sites de discussion d'adolescents sur Internet).

Le virtuel peut également avoir une fonction rassurante, d'enveloppement dans un nouveau personnage (personnages des jeux vidéos créés de toute pièce par les adolescents). L'image et le personnage s'intriquent, ils ne font qu'un.

Il donne l'illusion de maîtrise de ses propres modifications internes où à travers l'interactivité l'adolescent pense acquérir un entier contrôle sur l'autre et donc sur lui.

Le virtuel permet d'accéder plus facilement à l'autre, à la rencontre amoureuse. Les adolescents peuvent alors interrompre la relation à tout moment sans rendre de compte. Il correspond en cela à un nouvel espace transitionnel.

« Ce fantasme est à l'œuvre dans l'ensemble de nos relations aux images, puisque nous n'entrons jamais dans les images réelles, mais seulement dans les représentations que nous nous en formons, avec l'illusion qu'elles nous contiennent alors que c'est nous qui les contenons ». (TISSERON, 2004) (128).

Le virtuel est amené à faire partie d'une catégorie du réel en contribuant à des élargissements de la vie, tout en mélangeant parfois le monde réel et le monde imaginaire.

« l'avènement du virtuel où peut s'enfermer volontiers l'adolescent a pour double conséquence de freiner chez les jeunes leur pouvoir de réalisation et nous empêcher d'approcher leur personnalité qui s'occulte ». (WAWRZYNIAK M, 1998) (137).

Selon WINNICOTT, le jeu permet de mieux supporter la réalité. Ceci prend une particulière importance à l'adolescence. L'adolescent va prendre des risques, va risquer sa propre vie.

On constate ces dernières années, l'émergence d'un attrait tout particulier que les adolescents ont pour les jeux en réseaux, où l'imaginaire prend place dans un monde totalement irréel, il en est de même pour les jeux vidéos. *« Un danger chez certains sujets vulnérables qui fuient une réalité à laquelle ils ont du mal à s'adapter ».* (JEAMMET,PH,1995) (62). Certains faits divers rappellent bien tout l'impact que ces jeux ont sur les adolescents.

A l'école, ils ont de plus en plus de mal à se concentrer sur une tâche longue. Ils doivent sans cesse passer d'une idée, d'une tâche, à l'autre.

Le virtuel permet une extension des limites, celles de l'espace et du temps. Pour certains il peut parfois aider à mieux appréhender la réalité, en développant l'imaginaire qui, en quelque sorte, permet une meilleure organisation d'expression et d'élaboration. Leur rapport au réel se fonde à travers la découverte du champ des possibles. Pour d'autres, qui n'accèdent pas à cette médiation, le virtuel peut les précipiter vers la multiplication des passages à l'acte.

On peut donc imaginer l'importance de l'impact du virtuel chez des adolescents psychotiques, ou la dissociation prime. Le temps, les images, le langage s'entremêlent, il n'y a alors aucune continuité. Il y a donc un risque important d'émergence d'angoisse, de délire et de passages à l'acte. Cela peut aboutir à une construction fragile de l'identité. L'adolescent peut alors s'identifier à ses actes.

Le téléphone est un outil particulièrement prisé au sortir de l'enfance, période où il existe des élaborations fantasmatiques riches et multiples.

C. Le « dire » des ados au téléphone : une parole remaniée

Plusieurs se sont intéressés au « dire » des adolescents. Ils ont une façon particulière d'énoncer une question ou un problème. « *L'énonciation est cette mise en fonctionnement de la langue par un acte individuel de fonctionnement* ». Le sujet de l'énonciation est au centre de l'espace ou s'organise la rencontre téléphonique. L'acte d'énonciation suscite une autre énonciation en retour. L'instance de base de l'énonciation, le corps, est, chez l'adolescent, instable, en perpétuel changement. Les adolescents ont l'impression parfois de ne pas être compris par les adultes qui sont à leur écoute. En effet, l'énonciation, chez l'adolescent, porte plus de sens que l'énoncé lui-même. (DARRAULT-HARRIS,1999) (35).

Une enquête réalisée auprès de 170 lycéens âgés de 15 à 19 ans en 1995-1996, sur 230 communications, montre que déjà les adolescents utilisent de façon courante le téléphone. (FIZE M,1997) (49).

Les adolescents appellent en majorité leurs « amis/copains/copines ». Les thèmes principaux sont d'abord, pour les plus jeunes, la scolarité, puis ensuite, les loisirs, les sorties, les soirées, les rendez-vous.

Les filles parlent plus de scolarité que les garçons. En semaine scolaire, environ la moitié des appels le sont entre le retour de classe et l'heure du dîner. Les filles semblent parler plus longtemps. Tout sexe confondu, les communications sont d'autant plus courtes que les adolescents sont plus jeunes.

A cette époque, le collège semble être le lieu où l'usage du téléphone devient courant.

1. la forme du discours téléphonique

Au téléphone, la voix d'un garçon peut changer tellement qu'il n'est plus identifiable grâce à elle. La mue chez le garçon est très évidente et déroute bien des interlocuteurs. La voix de la jeune fille change aussi et devient difficilement reconnaissable. De plus, les adolescents utilisent un vocabulaire et une façon de parler bien particulière, parfois difficilement compréhensible par les adultes (utilisation du verlan, de l'argot). Voici quelques mots par exemple, employés par les adolescents pour évoquer le baiser : smac, piou, kiss ou encore rouler une pelle, emballer, galocher...Ils utilisent alors une langue qui les représente. Ils mettent ainsi à distance la langue maternelle, trop riche de sens pour eux, lorsqu'ils veulent exprimer des émotions ou des affects. Ils mettent en place des soit « agis » soit « symboliques » pour se placer à l'origine de leur propre existence.

Lors d'un appel, la vue manque, l'adolescent va alors s'imaginer son interlocuteur, le symboliser. Les mots prennent alors une double importance.

Les adolescents sont très sensibles au sens des mots qui leurs sont adressés. A travers leur construction identitaire encore fragile, chaque mot fait l'effet d' une intrusion, voir parfois d'une agression. Il est donc encore plus difficile, pour les adultes, de pouvoir trouver les bons mots à leur adresser. La voix, sans l'image, peut aussi conduire à de l'incompréhension. A travers un silence, sans l'image, sans le comportement, sans les mimiques, la conversation peut vite devenir vaine, des malentendus peuvent s'installer.

2. L'illusion de la maîtrise

L'adolescent ose s'exprimer par téléphone. L'échange virtuel permet la maîtrise d'une situation anxieuse. Le téléphone faisant office d'objet contra-phobique face aux émergences pulsionnelles.

Le succès du téléphone s'explique par la maîtrise du dialogue, de l'échange qu'il entraîne. L'adolescent se sent plus libre de s'exprimer. Hors du champ visuel, hors du corps, la parole semble alors plus facile pour lui. Cette rencontre tenue à distance précède la confrontation physique aux pairs.

Le téléphone souligne aussi l'absence. Il donne l'impression de combler un vide, mais en fait il renvoie aussi à un manque, manque de la présence physique de l'autre. Il peut en cela faire office de « doudou ».

3. Une organisation linguistique assez spécifique

Ivan DARRAULT – HARRIS, linguiste, a tenté d'analyser des appels d'adolescents aux numéros verts. (DARRAULT - HARRIS,2003) (36).

Il s'agit d'une conversation particulière dans le sens où la relation est asymétrique. Les adolescents, appelants, sont dans l'initiative, le dire, tandis que les écoutants sont dans l'attente et l'écoute. Ivan DARRAULT-HARRIS n'a pu cependant étudier tout le chant de la prosodie, les écoutants étant dans l'impossibilité de retranscrire les intonations, les accents (support essentiel des affects, émotions), la voix, les silences, les reprises, les hésitations. « *D'autre part, l'étude des langages adolescents fait apparaître une pauvreté extrême de la lexicalisation des affects, des émotions, lesquels se manifestent plutôt par les traits prosodiques ou les « noms de qualité » (termes injurieux, insultants..)* ». Les écoutants ont surtout retranscrit les paroles d'adolescents, et très peu leur ressenti, leur question. Par contre, les transcriptions des écoutants varient selon les types d'appels, on observe des variations de l'écriture au sein d'un même message.

Il y a deux types d'appels :

➤ Les appels individuels :

On y retrouve les appels silencieux, *muets*, qui souvent, par leur répétition, annoncent de futurs appels parlants.

Certains appels sont très brefs et paraissent stéréotypés. Le « je » alors utilisé renvoie à un « on » général. Ces appels sont souvent de véritables scénarii de fiction. La principale fonction de ces appels est de pouvoir interrompre la conversation.

Parfois, pour certains appels, l'ambiguïté demeure, on y retrouve probablement une part d'authenticité. Il est alors difficile, pour les écoutants de faire la part des choses.

Certaines fictions ont d'ailleurs une valeur anticipatrice, c'est une manière masquée d'appréhender des événements, d'exprimer ses angoisses, comme bon nombre d'adolescentes qui évoquent une éventuelle grossesse.

D'autres appels sont altruistes, on appelle pour les autres, les ami(e)s. Ces appelants parfois, finalement, évoquent leurs propres problèmes.

Les appels en groupe :

Au cours de ces appels, il n'y a pas d'utilisation du « je ». L'énonciation d'injures, de *pseudo-demandes*. (Comment on roule un pipe? Comment on met une capote?..) ou de plaisanteries sont fréquentes. Il s'agit alors de la prise de parole d'un adolescent au nom du groupe. Ceci peut être considéré comme une mise à l'épreuve devant les autres.

L'anonymat peut être un élément hautement facilitateur de ce type d'appel.

L'absence de phase d'enclenchement ou de rupture des appels, l' inachèvement, l'interruption parfois brutale, l'évitement du dialogue sont des indices sémio - linguistiques spécifiques des appels des adolescents.

Les adolescents sont donc assez souvent en difficulté de parole « directe ». Oscar Wilde disait « *donnez-lui un masque, il vous dira la vérité* ». Toutefois, les moindres fluctuations de la voix sont plus aisément remarquables.

« L'adolescent, dans ses appels, sic, semble inventer des stratégies langagières de masquage non pas pour ne pas dire, mais dans le même temps pour dire et ne pas dire, soit pour dépasser l'obligation du choix, par exemple celui d'assumer intimement une parole pour l'autre terriblement, « divinement » présent dans l'absence.... et ce sont bien les difficultés, les aléas de la quête d'identité adolescente qui produisent ces annulations des contraires, chacun des termes devenant hautement signifiant ». (DARRAULT - HARRIS,2003) (36).

4. Appréhension d'un nouvel espace-temps

Le téléphone incarne un espace intermédiaire où les changements vont pouvoir se dire, les transformations se parler, comme pour mieux les sentir et les faire exister. Parler prouve la capacité à dire, et nous l'avons vu, le choix entre le mot et l'acte se pose à l'adolescence.

Au dehors, dans la rue, sans référence adulte immédiate, les adolescents tentent de maîtriser le langage, en s'inventant de nouveaux modes d'expression. La rue devient l'espace privilégié des communications téléphoniques. Les adolescents y exposent leur intimité malgré eux.

Le téléphone envahit les espaces publics, les cafés, les restaurants, les transports en commun.

Les adolescents peuvent alors s'exprimer hors du champ familial. Le téléphone prépare à la rencontre, il serait alors une des interfaces possibles entre le dehors et le dedans. Il permet une mise à distance de l'autre pour se concentrer sur son intérieur.

Au téléphone, la temporalité prend un sens tout à fait différent. Bon nombre de parents ont déjà tenté de limiter les appels de leurs ados, qui parfois leur ramènent des factures de téléphone astronomiques. Le temps du discours n'a rien à voir avec le temps objectif, le présent est au centre de la parole, parole qui recentre également le sujet dans son espace propre.

De plus, les adolescents sont souvent en demande de communication, d'échanges avec les adultes. Il est difficile pour eux de différer, souvent l'immédiateté prime. Mais paradoxalement parfois, ils se refusent à toute communication téléphonique avec leur famille, alors qu'ils parlent des heures avec leurs amis. Ils peuvent préférer se taire, par crainte d'être trahis par les mots et les émotions qui leur échapperont.

Les silences parfois sont un temps d'introduction nécessaire pour que la parole, prenant alors une valeur certaine, s'installe.

Il n'est parfois pas aisé pour les parents d'être à l'écoute de leur(s) adolescent(s), étant trop impliqués, ils se sentent parfois anxieux ou désemparés.

C'est pour cela que l'on a vu se multiplier les espaces d'écoute pour les jeunes où des adultes font le relais avec leur espace social habituel. Nous y reviendrons plus tard.

« le portable, collé au corps est une chambre d'écho de la réalité interne de l'adolescent ».
(LAURU, 2004) (75).

5. Le portable outil de la cohésion familiale

Le portable est d'abord un outil qui maintient la cohésion familiale, offrant à la fois réassurance aux parents mais aussi contrôle social. Ceci a été mis en évidence au cours d'une enquête réalisée auprès de 24 familles d'adolescents âgés de 14 à 18 ans. (MARTIN C, 2003) (149).

Le portable, en particulier pour les mères, leur permet d'être joignables 24h/24. Ceci les rassure. Il permet de gérer l'emploi du temps de chacun. Ce que veulent les mères, c'est pouvoir être prévenues pour ne pas s'inquiéter, pour savoir où leur enfant est, ce qu'il fait, le portable a alors une fonction de réassurance très marquée. Ce maintien du lien au niveau du foyer se fait surtout par les mères, les pères qui appellent leurs enfants restent minoritaires.

Par contre, pour les adolescents, le portable a plus une fonction utilitaire, pratique. Ils appellent uniquement leur famille en cas de besoin.

La famille contemporaine se caractérise par l'autonomisation et l'individualisation de chacun de ses membres. Le portable permet l'accès direct à une socialisation personnelle, sans passer par le téléphone fixe du foyer plus collectif.

La remise, le don du portable tend maintenant à devenir un véritable rite de passage. Il s'agit bien de la reconnaissance par l'adulte d'un nouveau statut et d'un nouveau droit, celui de l'autonomie.

Dans cette étude, les adolescents contactent de façon nettement prioritaire leurs copains/copines, petit(e)(s) ami(e)(s). C'est un objet véritablement personnel, chacun peut d'ailleurs le personnaliser avec différentes sonneries ou protections. Le portable est en permanence allumé, près du corps, la fonction de maintien permanent du lien est patente.

L'émission et la réception de messages SMS (Short Message Service) sont importantes. Cela permet de tout dire, sans contrainte, à n'importe quel moment, dès que l'envie se fait sentir.

L'extériorisation des émotions est alors plus facile. Les SMS sont plus discrets que les appels et moins intrusifs, ils préservent une certaine intimité, hors du champ extérieur.

Le téléphone, au sein de la famille, a alors une fonction utile de réassurance des parents d'une part, et autorise une certaine liberté d'action des adolescents d'autre part. Toutefois, il ne manque pas de générer parfois des conflits entre parents et adolescents.

« Le portable serait alors l'outil de déculpabilisation de la femme-mère, qui bien qu'ayant accès à une vie sociale en tant que femme, porte toujours en elle l'image de la bonne mère. Le portable lui permettrait alors de rester la « suffisamment bonne mère » de son enfant », explique C ROBAGLIA dans son étude concernant le téléphone portable et son impact sur les relations mère-enfant. (ROBAGLIA C, 2003) (112).

Au Centre Philippe Paumelle, une étude a été réalisée pour savoir qui prenait contact pour demander une consultation dans ce centre pour adolescents. La famille représente 22 % des demandes, l'adolescent lui-même 19,8 %, les autres services de santé 18,7 %, les services d'urgences 12,1 % ensuite viennent les médecins traitants, les instances sociales et les écoles. (BRACONNIER A, MARCELLI D, 1998) (18).

Les motifs de consultation sont très différents selon que la demande émane de l'adolescent ou de sa famille. La famille insiste sur des difficultés relationnelles familiales, alors que l'adolescent insiste sur un certain mal être, une dépression ou des angoisses.

Le téléphone portable a donc un rôle familial bien déterminé, différent du rôle que les adolescents lui attribuent.

6. Vers de nouvelles dépendances

Le téléphone participe d'une certaine façon à la mise en place de nouvelles formes de dépendance, une addiction à la parole, au contact virtuel de l'autre. Il donne l'illusion de ne pas être seul. Il symbolise donc à la fois le lien, la séparation, l'attente. Un sentiment de liberté émerge, on peut « dire » hors du champ d'écoute des oreilles parentales.

Déjà à l'adolescence, les filles parlent plus, et plus longtemps que les garçons au téléphone. La jeune fille va demander conseil à ses amies, les garçons eux, ont plus de mal avec les mots. Par contre, tous ont besoin d'avoir l'avis, le regard des autres sur leur propre comportement. Parfois certains se quittent à peine à l'école qu'ils s'appellent déjà lorsqu'ils sont rentrés chez eux. Chaque événement doit être repris, détaillé, analysé. De véritables relations fusionnelles par téléphone se mettent ainsi en place. C'est entre copains que la grande majorité des appels et textos est échangé à l'adolescence. Le téléphone affirme par sa présence l'appartenance à la communauté adolescente, il constitue un des modes d'affirmation de sa différence, par le choix de la marque, la couleur...

Par sa présence permanente, le téléphone génère un sentiment d'immédiateté. Il permet d'éviter l'ennui. Que ce soit en appelant ou même en jouant aux jeux qu'ils proposent.

« Un de ses risques est de remettre indéfiniment à plus tard ce qu'il y a à faire à cette période de la vie: se confronter aux exigences de la réalité et au couple incontournable indépendance-solitude ». (COURTY E, DARCO I, JALENQUES I, 2004) (33).

Lorsqu'un adolescent va mal, souvent, on constate un dépassement de son forfait. Il est alors important pour lui de rester en contact, l'important étant de parler, pour faire face au sentiment de vide, de solitude, d'angoisse. On retrouve alors ici la notion d'immédiateté. On peut craindre ensuite d'autres difficultés. Certains adolescents peuvent se retrouver dans l'incapacité d'élaborer leurs propres stratégies contre l'angoisse, les frustrations. Ceci les maintient dans une certaine dépendance.

IV. LA TELECOMMUNICATION COMME NOUVEAU SYSTEME DE SOINS

A. Définitions

1. La téléphonie sociale

Avant même qu'il se démocratise en tant qu'équipement banal dans chaque foyer, le téléphone a été perçu comme moyen d'aide. Au-delà de l'utilitaire, il a été associé à l'appel à l'aide.

L'aide par téléphone est solidaire et d'intérêt public. Elle se définit comme espace soutenant les champs du social et de la santé.

Tout ceci commence à Londres où un prêtre anglican, Chad Varah, est choqué par la recrudescence du suicide et décide de créer les « samaritans », mouvement de bénévoles. « *Si vous avez envie de vous suicider, appelez Man 90* » en était leur slogan.

Le terme de téléphonie sociale vient du sociologue Michel CHAUVIERE en 1991 lors du colloque européen « Familles au bout du fil : les services téléphoniques en question », organisé par la Fédération nationale de l'école des parents et des éducateurs (FNEPE) : « *Elle met en présence orale un appelant et un écoutant* ». Cette notion réunit sous la même enseigne un grand nombre d'associations et d'organismes utilisant le téléphone comme média. Pour autant, cette apparente identité recouvre aujourd'hui un champ de pratiques tout à fait composite.

En 2001, le CREDOC fait une enquête sur la téléphonie sociale, des lignes d'écoute sont alors définies: « *Pour une téléphonie de la santé et du social, solidaire et d'intérêt public* ».

Il s'agit de services d'aide psychologique par téléphone. Stefan JAFFRIN considère que ces services remplissent « *une fonction essentielle de lien social, d'acteurs intermédiaires qui permettent de recréer des espaces de dialogue dans une société qui s'atomise de plus en plus* ».

La téléphonie sociale est souvent associée à la gravité d'une situation qui nécessiterait un secours, moins souvent à de simples demandes d'informations et d'orientations.

C'est un phénomène principalement urbain, touchant surtout les jeunes adultes et les adolescents qui appellent tout autant pour parler en général d'eux-mêmes et de leur mal-être que pour traiter un problème ponctuel précis.

Le développement de ces services se situe à mi-chemin entre sphère publique et sphère privée. Ceci traduit tout autant l'effacement des modèles traditionnels face à l'émergence de nouveaux espaces de sociabilité.

L'urbanisation, les phénomènes migratoires, les mutations rapides et fréquentes, l'individualisme favorisent l'isolement des individus. De nos jours, les personnes vivant seules sont nombreuses. Lors des crises, le besoin d'une aide ponctuelle se fait davantage ressentir. Ces nouveaux services sont alors très prisés.

2. La téléphonie clinique

La téléphonie, qualifiée d'humanitaire, dans les dernières années du 20ème siècle devient une téléphonie clinique.

L'écoute invite à la reconnaissance et à la confiance. L'échange par téléphone prend alors les caractéristiques d'un transfert. Le terme de téléphonie clinique est le produit de professionnels formés à l'écoute des adultes et des adolescents. C'est une forme de clinique particulière qui se produit au téléphone sans la présence physique de l'interlocuteur.

3. La télé psychiatrie

Aux USA, la télémedecine recouvre toutes les pratiques cliniques où soignants et soignés sont spatialement séparés mais en communication grâce à l'usage des télécommunications et des technologies de l'information.

La télé psychiatrie est un terme général qui regroupe l'ensemble des utilisations des nouvelles technologies au profit de la psychiatrie. Il s'agit tout autant du téléphone, que d'internet.

Nous verrons ultérieurement que cette méthode tente de se développer, en particulier dans le domaine de l'adolescence.

B. La téléphonie sociale : Différents espaces d'écoute

1. Historique du développement des lignes d'écoute

Les permanences téléphoniques se répandent en Europe occidentale et sont mises en place par des associations humanitaires d'inspiration religieuse. En 1887, une revue de théologie belge évoquait la possibilité de confessions par téléphone.

Dès 1905, le recours au téléphone comme secours à une détresse psychologique était déjà imaginée à New- York et à Los Angeles, par la **Ligue Nationale Contre le Suicide**.

Un second service téléphonique fut créé à Vienne en 1948 par le premier centre de prévention du suicide européen.

En 1953 se créent donc les Samaritans, à Londres par Chad Varah, prêtre anglican, qui fut choqué par la recrudescence des suicides dans son pays. Tous les services d'aide psychologique par téléphone qui se sont répandus dans les années 50 et 60 avaient pour objectif la prévention du suicide.

En 1957, les Samaritans publient un livre « *God gave me a telephone* ». Se développent alors à travers l'Europe, de multiples permanences téléphoniques d'inspirations religieuses diverses, dédiées à la prévention du suicide.

Ensuite, se créent en Suisse, la **Main Tendue**, et en Belgique, le **Télé Accueil**.

En 1960, en France, apparaît alors **SOS Amitié**. A ce moment là, seulement 9% de la population possédaient un téléphone.

En 1963, les Samaritains se développent à travers le monde. Ils ont alors 16 postes en Angleterre. L'église Méthodiste en Australie crée les **Life Line**. En 1966, un premier livre sur **SOS Amitié** est publié.

L'**Ifotes** (International Federation Of Emergencies Telephonic Services), Fédération Internationale des Services d'urgence, voit le jour en 1967. Elle regroupe les fédérations de services de la plupart des pays d'Europe Occidentale, mais aussi d'Israël, de Hong Kong et

d'Amérique du Sud. En sont donc exclus en France, tous les services qui n'appartiennent pas à SOS Amitié.

SOS Amitié compte alors 5 postes et reçoit plus de 50 000 appels par an. L'association est reconnue d'utilité publique pour la prévention du suicide.

Les services sociaux prennent alors conscience de l'utilité du téléphone comme moyen de prévention.

A Paris, l'Ecole des Parents, association qui existe depuis 1929 et qui a pour but la diffusion, auprès des familles, des savoirs en psychologie et en pédagogie crée, en 1971, une ligne d'écoute, ***Inter Service Parents*** qui propose écoute, information, conseil, orientation à tous les parents pour leurs problèmes familiaux quotidiens. Les personnes qui écoutent sont des professionnels du travail social et du droit. Les conseillères conjugales et familiales, les juristes, les psychologues obtiennent rapidement le statut de salariés.

La demande se banalise et s'élargit en s'écartant du champ de l'humanitaire. L'urgence fait place à la guidance.

En 1973, les autorités religieuses se retirent progressivement de la direction des postes de ***SOS Amitié***. En 1974, JOSEPH HAÉRINGER, nouveau secrétaire Général, lance la revue de ***SOS Amitié***. L'accent est mis sur la dimension sociale de l'activité. ***SOS Amitié*** reçoit alors plus de 100 000 appels par an.

En France, le Service Téléphonique de Régulation des Naissances voit le jour à la suite de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse.

Se créent alors ***SOS Couple*** par la Fédération des Centres de conseil conjugal et ***SOS Femmes Battues***.

Les ***Lignes de la Confiance*** voient le jour dans les pays de l'Est. S'ouvre également ***SOS Enfants***.

En 1978, Le suicide perd de son importance au sein de ***SOS Amitié*** au profit des problèmes de communication. Une minorité d'écouterants quittent ***SOS Amitié*** pour mettre en place ***SOS Suicide Phénix***.

En 1979, se constitue, au centre thérapeutique « l'Abbaye », **SOS Parents-Enfants**.

SOS Ecoute Gaie est créée par une équipe de dissidents de **SOS Amitié**. La prévention du suicide n'est plus l'unique but de l'association, elle se propose dorénavant d'accueillir toute détresse et toute difficulté de communication. On recense alors quelques 200 postes téléphoniques en Europe, dont presque la moitié sont anglais, la Finlande et l'Allemagne suivent derrière.

Dans les années 80, grâce aux initiatives privées et associatives, la relation d'aide par téléphone s'affirme comme complémentaire des interventions traditionnelles du social, du psychologique et du médical. Son accès facile et son anonymat protecteur assurent sa pertinence et son succès.

De nombreux services destinés aux adolescents (**Jonas Ecoute, Point Jeune, Allo Petite Enfance**) et aux familles, se créent. (**SOS Famille en péril..**).

En France, une circulaire du Ministère des Affaires Sociales recommande la création de lignes d'écoute et de signalement des mauvais traitements par les DDASS. Il s'en déploie une trentaine.

En 1985, se développent des services d'écoute dans les pays méditerranéens, surtout en Espagne et au Portugal.

A partir de 1986, l'Etat décide de subventionner tout ou partie de plusieurs services téléphoniques. Plusieurs lignes se spécialisent autour de différentes thématiques. C'est alors l'essor des **numéros verts**, facturés au détenteur de la ligne. Ils sont facilement reconnaissables, les premiers chiffres sont 05 au début des années 90 puis se transforment tous en 0 800. Un numéro vert s'appelle d'une cabine, sans pièce, sans carte, sans risque d'être reconnu.

Un numéro vert a fonctionné pendant 6 semaines dans le cadre de la campagne « La drogue, parlons en ». Il totalise 23 000 appels. Plusieurs expériences similaires se répéteront les années suivantes. Se créent alors deux services à numéros verts: **SOS Femme Viol Information** et **SOS Drogue International**.

En 1988, un service téléphonique de prévention du suicide s'ouvre à Moscou. Le numéro vert ***Enfance et Partage*** est créé ainsi que ***Croix Rouge Ecoute***.

En 1990 s'ouvre ***Allo Enfance Maltraitée***, entièrement financée par les pouvoirs publics et faisait suite à la loi d'orientation sur l'Enfance Maltraitée de 1989. Ce service reçoit très vite plus de 400 appels quotidiens. Il est géré par un groupement d'intérêt public composé de l'Etat, des départements et des associations. En 1996, sur plus d'un million d'appels recensés, environ 200 000 ont été pris en charge et 18 160 ont été explicites et ont fait l'objet d'une aide immédiate. Dans la même année, ***Drogue Info Service*** et ***Sida Info Service*** voient le jour.

En 1995, ce sera la création de ***Fil Santé Jeunes***, en 1997 du ***115*** et en 2000 du ***114*** qui lutte contre les discriminations.

Puis viennent ***Ecoute Cancer***, ***Ecoute Handicap Moteur***, ***Ecoute Gai***, ***Ligne Azur*** pour les jeunes en questionnement sur leur probable homosexualité, ***Alma***, pour les personnes âgées victimes de maltraitance ou encore ***SOS Psy*** qui cherche à éviter les hospitalisations des malades d'un jour.

Pour les services d'aide psychologique par téléphone cette possibilité d'appels gratuits est la seule manière d'obtenir une couverture totale du territoire national. L'inconvénient majeur étant alors de susciter de nombreux appels non valides.

Peu à peu, ces lignes d'aide psychologique font l'objet de recherche. En 1986 se constitue à Lyon et St Etienne le Groupe de Recherche sur les Appels Téléphoniques. (GRAT).

Il a répondu à une demande de la MIRE (Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation). Une étude sur les appels téléphoniques d'urgence sociale a été menée de 1988 à 1990. Il s'agissait alors de légitimer le travail des écoutants, faire reconnaître leurs compétences et redéfinir leurs places au sein de leurs services respectifs. Pour satisfaire ces différentes demandes, les linguistes ont proposé une méthode de recueil, de transcription et d'analyse des interactions verbales qui garantissent une certaine distance avec l'objet étudié, à savoir les contenus d'échanges de paroles.

En 1996, au centre hospitalier de Pierrefeu-du-Var, la carte sélective de France Télécom a été mise en place. Cette carte peut être utilisée à partir d'un téléphone privé ou public. Grâce à un

code confidentiel propre à chaque patient, il permet d'appeler gratuitement une dizaine de numéros présélectionnés. La liste est arrêtée en fonction de la situation de chacun. A chaque numéro correspond un numéro abrégé à deux chiffres. Un secteur urbain de la banlieue de Toulon a utilisé ce système. Cependant une petite partie de la population des patients est concernée.

Sur chaque carte figure le nom de l'établissement, l'intitulé du service. Dans ce centre du sud de la France, 15 cartes ont été attribuées à 6 patients. (TALBOT-LENGELLE, 1996) (126).

2. Quelques caractéristiques communes

L'urgence a d'abord motivé la création de la plupart de ces services. La très grande majorité adoptait d'ailleurs le dénominatif SOS. Puis, peu à peu, la prévention prend une place toute particulière. L'aide psychologique par téléphone apparaît alors comme une prise en charge à long terme, voir à un suivi psychologique. Beaucoup d'ailleurs refusent l'intervention directe.

a. Les écoutants

La plupart d'entre eux se disent sensibilisés à l'aide. Souvent, les écoutants disent être venus à l'écoute après de graves troubles existentiels. Très peu évoquent la formation technique d'écoute, presque tous refusent l'appellation de travailleurs sociaux, bien qu'ils soient des professionnels de l'action sociale. Les trois quarts appartiennent au monde du travail social et un tiers sont des psychologues.

Une sélection existe pour être écoutant. Il faut suivre une formation au sein même du dispositif d'écoute, qui mêle cours théoriques et entraînement en double écoute ou en simulation d'appel. Les responsables fixent, de manière informelle, le recrutement à un niveau BAC+2 et préfèrent nettement des écoutants ayant dépassé les trente ans, parce qu'ils seront plus expérimentés, plus stables affectivement et plus attentifs aux autres.

Sur certaines lignes, il existe à la fois des professionnels et des bénévoles (par exemple *Croix Rouge Ecoute* et *Sida Info Service*). La professionnalisation des écoutants, surtout depuis la seconde moitié des années 80, conduit les services à faire un travail plus informatif et davantage tourné vers l'action sociale.

b. Les appelants

Les appelants appellent dans l'urgence, l'angoisse et la demande d'aide sont quasi simultanées. Les moindres minutes de délai rendent les voix irritées. La moindre attente est insupportable.

Quand ils appellent, ils sont souvent dans un espace connu, familial où leurs émotions peuvent s'exprimer librement.

L'appelant a donc tous les pouvoirs. Il peut choisir le moment, le lieu, la durée, et les thèmes de l'appel. (HOLLEAUX A,1990) (60).

c. L'anonymat

Il s'agit d'un anonymat réciproque qui permet de libérer la parole. Les écoutants ne connaissent à priori ni le nom, ni l'apparence physique, ni le lieu d'appel de leur interlocuteur, ceci permet aux appelants de se livrer plus librement.

d. Une écoute neutre et chaleureuse

L'écoutant n'a aucun pouvoir sur son interlocuteur qui garde l'incomparable liberté de couper court à la conversation lorsqu'il le souhaite. L'écoutant ne raccrochera jamais le premier, même pour un appel muet. L'écoutant doit pouvoir tout entendre et répondre à tout. L'empathie doit être sa fonction principale. Il doit faire face à toutes sortes de voix, qu'elles soient irritées, agacées, insultantes ou agréables.

« Ne pas partager le réel de sa propre histoire avec celui qui l'appelle mais utiliser tous les éléments apportés par celui-ci afin de le reconnaître assez pour l'accompagner dans sa recherche d'un mieux-être ou d'une solution à la question pour laquelle il a décidé de téléphoner ». (HOLLEAUX A, 1990) (60).

e. Le bénévole

Il est inscrit dans la charte même de SOS Amitié. Les écoutants bien que salariés, n'ont pas été recrutés pour leurs compétences professionnelles mais pour leur éthique et leur attitude d'écoute.

f. Une écoute qui se veut professionnelle

L'écouter ne connaît rien de la personne qu'il a au bout du fil. Il ne sait pas à l'avance ce en quoi va consister l'appel quand il décroche le téléphone.

Aussitôt l'appel terminé, il va perdre toute trace de l'appelant. C'est le caractère éphémère des appels qui fait la richesse de ces lignes.

Il ne doit pas chercher à séduire ou à être trop autoritaire, au risque que l'appelant se braque et raccroche.

L'écouter doit apprendre à tolérer les silences parfois angoissants, afin de laisser le temps à l'appelant de comprendre le sens des mots de l'écouter.

Il doit également être capable d'indiquer par les seuls signes disponibles, les mots et la voix, qu'il va bientôt falloir cesser l'entretien.

3. Un exemple de ligne d'écoute pour adolescents : Fil Santé Jeunes

Ce service a ouvert le 1er Février 1995, doté d'un numéro vert. Brigitte CADEAC, conseillère conjugale, en est la responsable à l'Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile de France.

Il s'agit d'une ligne généraliste dédiée aux jeunes. Cette ligne fut créée suite à une enquête ministérielle réalisée auprès des jeunes qui mettait en évidence un véritable besoin des jeunes à trouver des adultes disponibles et à leur écoute.

Depuis son ouverture, le nombre d'appels augmente d'année en année. En 2003, il y avait plus d'un million d'appels, dont plus de 200 000 qui étaient traités. (JEAMMET Ph, 2003) (63). En 2001, environ 500 appels ont été reçus chaque jour, en 2002, plus de 700. Ce dispositif est complété par un Site Internet : www.filsantejeunes.com qui fonctionne aussi avec l'anonymat.

A tel point que tous les appels n'aboutissent pas à une écoute. Pour les adolescents en mal de conseils, la confrontation à l'adulte est plus fiable et plus valorisante, leurs pairs n'étant pas forcément neutres.

Alors qu'ils n'oseraient pas se rendre à des points d'accueil, le fait de téléphoner leur est plus facile car ils restent alors maîtres de la conversation. « *Cet intermédiaire du téléphone peut permettre secondairement de rencontrer* ». (JEAMMET Ph, 2003) (63).

Comme le souligne Philippe GUTTON, lors d'un colloque organisé par la Fondation de France et l'Ecole des Parents et des Educateurs Ile-de-France, président de la Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs : « *le message donné par un locuteur adolescent à un confident plus ou moins choisi comporte une grande proximité potentielle sans engagement institutionnel, sans le risque d'une emprise par l'autre* ».

En s'adressant à *Fil Santé Jeunes*, les adolescents cherchent des interlocuteurs légitimes, garant d'une neutralité, d'un anonymat, qui respectent le discours parental sans eux-mêmes être moralisateurs. Ils choisissent de s'adresser à un ensemble d'écotants garants d'un espace intime, contenant et qui établissent un lien de confiance réciproque.

Le téléphone devient alors un espace où tout est possible, où les adolescents donnent libre court à leurs fantasmes. L'imaginaire est alors surinvesti au dépend de la réalité de la relation. L'écotant, par ses capacités d'écoute, doit créer le cadre, poser des limites. Il revêt une certaine fonction parentale, il doit être contenant, rassurant, tout en permettant une grande liberté d'expression.

« *Le dispositif de notre mission d'orientation fait de nous des adultes relais : assez proches pour être interpellés spontanément, suffisamment lointains pour être sécurisants, nous sommes situés dans un « entre-deux ».* (ALISSE P, DELAUNAY C, DUTILLEUX B, JEANJEAN N, LEBRUN C, 1997) (2).

Parfois, après avoir été écotés, après avoir mis en mots leur mal-être, les adolescents essaient alors d'évoquer tout cela avec un adulte de leur entourage, souvent leurs mères.

« *Ce détour par la recommandation d'un inconnu, adulte neutre, extérieur au milieu familial s'avère une étape indispensable avant de revenir aux parents* ». (LAURU D, 2003) (76).

L'anonymat facilite également la parole. L'appelant se représente alors son écotant. La voix se personnalise, devient unique et singulière. La confiance s'instaure alors très rapidement. Ce climat s'installe parfois en quelques minutes. Les mots, mais aussi, quelques signes infra verbaux se font entendre au bout du fil, comme la tristesse, le sourire...

Cependant l'anonymat empêche tout travail psychothérapique prolongé. Bien que l'écoute est à distinguer d'une véritable psychothérapie, elle se rapproche d'une écoute transférentielle.

Nous verrons plus tard, dans notre étude, que l'anonymat peut être dépassé, lorsque le lien s'est déjà instauré dans la réalité.

Fil Santé Jeunes a reçu pour mission d'apporter aux jeunes :

- Ecoute
- Soutien
- Information
- Conseil

Elle permet également une observation détaillée des difficultés des jeunes en matière de santé. C'est un service anonyme et gratuit. La délégation de ce service a été faite à l'Ecole des Parents et des Educateurs Ile-de-France, association déjà connue pour ses services téléphoniques où répondent des professionnels salariés (psychologues, médecins, conseillères conjugales et familiales).

L'intervention dans la réalité reste exceptionnelle. Elle n'a lieu qu'après une évaluation de l'urgence qui soumet à l'obligation légale d'assistance.

Les thèmes abordés sont :

- La sexualité.
- La contraception.
- Le Sida, les maladies sexuellement transmissibles.
- La puberté.
- Des demandes d'informations sur des médicaments, sur des problèmes somatiques.
- Les difficultés relationnelles avec leurs parents, amis, enseignants.
- Les relations amoureuses.
- La dépression, le suicide; les idées noires.

Toutes les données sont recueillies sur un masque informatique.

Beaucoup d'appels sont cependant qualifiés d' « indésirables ». Les adolescents jouent, plaisantent ou injurient. Parfois, ils restent même volontairement silencieux, on parle alors de

silences d'emprise où les adolescents tentent alors une relation de type objectal avec les écoutants. Le silence est parfois une étape indispensable avant la parole, bon nombre d'adolescents appellent plusieurs fois de façon muette avant de parler.

4. L'association SEPIA et la ligne *je vais mal*

L'association SEPIA (Suicide Ecoute Prévention Intervention auprès des Adolescents) existe depuis dix ans uniquement dans le Haut-Rhin. Son objectif est la prévention du suicide. (BADO R, 2003) (5) :

Elle comprend :

- Deux Points Accueil Ecoute Jeunes (600 jeunes sont venus en 2001).
- Une équipe mobile.
- Un numéro vert : ***Je vais mal*** est ouvert 24h/24 dans le Haut-Rhin. 10% des jeunes suivis par l'association viennent par ce moyen là.
- Un service Internet.

Elle comporte 9 membres. Le numéro vert fonctionne jour et nuit car le week-end, l'accueil téléphonique est repris par une équipe de pédopsychiatrie du centre hospitalier spécialisé du secteur. Lorsque cette unité ferme, les appels sont transférés à ***Fil Santé Jeunes***. Un travail en réseau important permet la continuité de ce réseau d'aide.

Trois à quatre fois par an l'anonymat est levé suite à des tentatives de suicide.

« Une jeune fille nous a téléphoné une nuit. Elle allait très mal et nous a laissé ses coordonnées téléphoniques en nous demandant de la rappeler. Elle avait été hospitalisée la semaine précédente à Strasbourg mais elle n'y était pas restée. On l'a rappelée, on l'a reçue, on a appelé son généraliste avec son accord, actuellement elle est hospitalisée. Dans ce cas-là, on est donc passé de l'anonymat à la confidentialité ».(BADO R, 2003) (5).

5. D'autres lignes pour adolescents dans d'autres pays

a. Au Québec

Tel-jeunes est une ligne téléphonique destinée aux jeunes de 5 à 20 ans. Elle fut créée à l'initiative de l'association « Générations ». Les appels sont reçus par des équipes de professionnels, disponibles 24h/24.

Cette ligne est également complétée par un site Internet : www.teljeunes.com .

Les filles appellent dans 74%. La moyenne d'âge est de 16 ans.

Les principaux thèmes abordés sont : les relations amoureuses, la sexualité, les états dépressifs, les troubles alimentaires, les relations avec la famille, les amis, le suicide, la toxicomanie.

b. En Belgique

Ecoute - Enfants existe depuis 1990. C'est un service de prévention générale. Elle dispose d'un numéro d'appel à connotation d'urgence, le **103**. C'est une permanence gratuite et réciproquement anonyme. L'écoute est faite par des professionnels des services psycho - médico - sociaux. C'est une ligne généraliste dont le slogan est « *Si tu as envie de parler, ne reste pas seul* ».

Des données statistiques sont recueillies afin de mettre en place un observatoire des préoccupations et difficultés des jeunes.

L'équipe Adolescence du service de santé mentale – ULB (Université Libre de Bruxelles) participe depuis 1997 à ce réseau. 65% des appelants se situent dans la tranche d'âge 10 à 15 ans. Il s'agit alors d'analyser les différentes prises de contact des jeunes et leurs demandes d'aide.

c. En Italie

La ligne **Telefono Azzurro** existe depuis 1987. il s'agit de deux lignes téléphoniques, ouvertes 24h/24. Il existe une ligne gratuite pour les enfants et une autre, institutionnelle pour les adolescents et les adultes qui signalent des situations dans lesquelles des mineurs sont impliqués.

Nous développerons par la suite d'autres lignes plus spécifiquement engagées dans la prévention du suicide.

6. Etude de la DGS (Direction Générale de la Santé)

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) a d'abord réalisé une étude de 7 services téléphoniques, sanitaires et sociaux, dont *Fil Santé Jeunes*. Annie SERFATY médecin de santé publique à la Direction Générale de la Santé explique qu' « *Il s'agissait d'organiser une réflexion partagée, sur comment améliorer les services rendus aux usagers, particulièrement en termes d'accessibilité à l'information santé* ».

Une enquête CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie) de 2001 montrait que 6% de la population a appelé un service téléphonique.

Les principales attentes du public sont :

- La disponibilité de la ligne.
- La réception d'une réponse immédiate.
- Une information de qualité.

La garantie de l'anonymat, la confidentialité, la gratuité de l'appel sont des demandes moins exprimées. Le principal constat de cette étude est la saturation des lignes, puisque moins de 50% des appels ont été effectifs.

Il n'y a donc que peu de différence entre cette téléphonie, dite sociale, et la téléphonie clinique que nous allons maintenant aborder. Nous allons voir quelle place prend alors le téléphone d'abord en médecine puis en psychiatrie.

C. La téléphonie clinique en médecine

Les technologies utilisant la voix se développent. Le marché du traitement de la voix s'étend. La demande pour des services interactifs utilisant la voix augmente. Il existe maintenant une véritable industrie des télécommunications basées sur les technologies utilisant la voix. (WILPON J G, 1995) (140).

1. The Telephone-Linked Communication System (TLC)

Ces systèmes existent depuis le début des années 70. Ils ont été développés pour l'information médicale. Le téléphone fait l'interface entre la machine et le patient. Les numéros de ces lignes sont spécifiques et gratuits. Chaque accès est autorisé après avoir fourni son mot de passe.

Il s'agit de systèmes de télécommunications interactifs, régulés par la voix des patients. Les patients utilisent ce système depuis chez eux ou au cabinet de leur médecin traitant pour demander des renseignements médicaux divers, ce sont des systèmes « parlants », les patients répondent en pressant les touches de leur téléphone. Il s'agit de moyens utiles, simples et rapides pour informer un grand nombre de patients. Chaque information médicale est expliquée dans de courts messages. Le patient est alors libre de naviguer entre chaque message. Les données médicales sont issues de l'*Harvard Health Publications*. Plusieurs thèmes généraux sont abordés, comme la fatigue, les céphalées, les allergies. (RAMELSON H Z, BASSEY B, FRIEDMAN R H, 2003) (111).

Cette technologie est utilisée, entre autres, pour rappeler aux patients leur rendez-vous, les éduquer, évaluer d'éventuels comportements d'abus de substances, administrer des questionnaires de santé. On peut alors utiliser le terme de «visites virtuelles ».

Le TLC permet à chaque patient aussi de communiquer régulièrement des données concernant son état de santé, à sa clinique de référence. Ceci permet de mettre en place de meilleurs suivis et d'intervenir plus rapidement si nécessaire. Il s'agit alors d'un nouveau moyen de prévention secondaire. Il peut être utile dans le suivi de l'hypertension (TLC – Hypertension), du diabète, de l'hypercholestérolémie. Chaque donnée peut être intégrée dans la TLC.

D'autres études montrent l'efficacité de ce système au niveau de l'observance, l'adhésion à des règles hygiéno - diététiques chez des malades porteurs de facteurs de risque cardio - vasculaires, et au niveau de l'augmentation de l'activité physique chez des personnes sédentaires. (FRIEDMAN RH, 1998) (54).

Cependant certaines études restent controversées. (BIEM HJ, TURNELL RW, D'ARCY C, 2003) (11). Certains essais montrent des améliorations concernant des domaines comme le diabète et le taux de HBA1, l'observance médicamenteuse des seniors. Par contre, concernant

par exemple la nutrition, le taux de cholestérol dans l'hypercholestérolémie, n'est pas modifié malgré l'utilisation de ces systèmes.

Ces systèmes semblent tout de même augmenter l'adhésion aux soins car ils sont faciles d'accès et fiables. (FRIEDMAN RH, STOLLERMAN J E ,MAHONEY D M, ROZENBLYUM L, 1997) (53).

Certains ont développé des systèmes pour améliorer la communication au sein d'unité de soins à l'aide de réseau sans fil utilisant la reconnaissance par la voix. (BRESLIN S, GRESKOVICH W, TURISCO F, 2004) (20).

Ces méthodes permettent également de réaliser de larges études, notamment en utilisant des recueils de données par téléphone, comme le « *computer – assisted telephone interview : CATI* » utilisé en Finlande dans une étude en population générale pour évaluer et orienter les personnes à haut risque cardio – vasculaire. (KETOLA E, KLOCKARS M, 1999) (67).

Tel-Med existe depuis 1973. Il s'agit d'un système d'information médicale par téléphone. Il contient plusieurs sous groupes comme *Can-Dial* concernant le cancer. C'est un système d'information national aux USA. 3000 ménages ont été interviewés au sujet de leur utilisation et de leur connaissance de ce système. 17% des répondants l'ont utilisé, 40% disent avoir reçu des informations pertinentes. 82% trouvent ce système utile. Cependant, il s'avère que ce sont les populations les plus aisées qui connaissent le plus ces outils. (DISEKER R A, MICHIELUTTE R, MORRISON V, 1980) (42) :

Le TLC a plusieurs objectifs de soins :

Augmenter l'accessibilité à l'information médicale.

- Diminuer le nombre de consultations, et donc le coût de la santé.
- Faciliter l'accès aux différents services de soins, en améliorant l'orientation médicale.

2. Des consultations médicales par téléphone

Le téléphone a montré son utilité pour soulager la charge de travail des médecins généralistes et pour satisfaire le plus grand nombre de patients. (WEINGARTEN M A, 1982) (139).

a. L'Interactive Voice Response

Il s'agit d'une méthode interactive où le patient communique avec un ordinateur via le téléphone, par un numéro gratuit. Des questions médicales diverses, préenregistrées sont posées aux patients via des systèmes algorithmiques. Les réponses sont données en pressant les touches du téléphone.

NAYLOR et al. ont créé le *Therapeutic Interactive Voice Response*, qu'ils ont ensuite utilisé dans la prise en charge des douleurs chroniques. (NAYLOR M R, HELZER J E, NAUD S, KEEFE F J, 2002) (101). Ce système est administré après 10 semaines de thérapie cognitivo – comportementale (TCC) faite en groupe. Il comprend différents modules administrés par téléphone :

- Un premier questionnaire de 21 items, concernant l'intensité de la douleur, une évaluation du niveau d'anxiété et de l'humeur, une évaluation de l'utilisation des médicaments.

Un accès aux différents exercices préalablement appris en TCC.

- Un message du thérapeute comportemental.

Ce système a été utilisé pendant 4 mois, chez 11 sujets. Plusieurs échelles concernant les douleurs chroniques ont été étudiées (*TOPS Pain Symptom, TOPS Total Pain Experience, TOPS Perceived Social Disability, CSQ Catastrophize, SF-36 Physical Composite*). Les taux, à ces différentes échelles, diminuent de façon significative après l'utilisation de ce système.

b. Des centres d'écoute tenus par des infirmières

Au Canada, aux Etats-Unis et en Scandinavie, des consultations téléphoniques infirmières ont été mises en place. Ces consultations téléphoniques se font en dehors des heures d'ouverture des cabinets des médecins, pour permettre la continuité des soins.

En Angleterre il s'agit du *NHS Direct*. Une large étude, a été menée, en 1997, au sujet de l'utilité des permanences téléphoniques infirmières, ouvertes en dehors des heures de

consultations, en médecine générale : « *Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care : randomised controlled trial* » :

Les infirmières conseillent et orientent les appelants, que ce soit ou non dans l'urgence. Elles sont d'abord formées puis secondées par un système d'assistance téléphonique concernant les premiers soins. 49 % des appels reçus par les infirmières n'ont pas été redirigés vers le médecin, cela a permis de réduire les appels directs aux médecins de 69 %, d'entraîner une diminution de 38 % du nombre de consultations et une diminution de 23 % des visites à domicile. Cette étude montre que les conseils donnés par les infirmières par téléphone permettent de réduire le flux de patients dans les cabinets de médecine générale tout en n'entraînant pas de risque supplémentaire pour les patients. (LATTIMER V, GEORGE S, THOMPSON F, THOMAS E, MULLEE M, TURBULL J, SMITH H, MOORE M, BOND H, GLASPER A, 1998) (74).

HEMINGWAY et al estiment que les infirmiers écoutants doivent être plus amplement formés à l'écoute. Il existe deux types d'écoute, l'écoute directive et l'écoute non directive. L'écoute directive permet de recueillir des informations précises sur l'appelant et également de connaître de façon précise son état de santé. L'écoute non directive est une écoute plus spécifiquement basée sur l'empathie. HEMINGWAY estime qu'il faut former les écoutants à ces deux types d'écoute. Il reprend les travaux de John HERON (1990) qui mit en place 6 catégories d'intervention. (HEMINGWAY S, ASHMORE R, ASKOORUM G, 2000) (57) :

- *Prescriptive* : essayer d'analyser le comportement de l'appelant.
- *Informative intervention* : Apporter de nouvelles informations aux appelants.
- *Confrontive intervention* : Tenter de faire prendre conscience à l'appelant que son comportement est inadapté.
- *Cathartic* : Chercher à faciliter l'expression des émotions.
- *Catalytic* : Tenter de faire parler les appelants.
- *Supportive* : Améliorer l'estime de soi des appelants.

Il existe des centres de triage gérés par des infirmières qui permettent d'offrir une continuité des soins, en particulier le week-end où une certaine intimité peut se créer au téléphone. (SKINNER D, 2001) (121).

Nous allons maintenant aborder les différentes utilisations possibles du téléphone en psychiatrie. Compte tenu des faibles données de la littérature concernant spécifiquement l'utilisation du téléphone dans la prise en charge des adolescents récemment hospitalisés, nous aborderons, de façon plus large, la place que prend le téléphone en psychiatrie.

V. LA TELEPSYCHIATRIE : AU SUJET DU TELEPHONE

A. La consultation téléphonique en santé mentale

1. Un diagnostic par téléphone ?

a. Le *Primary - Care evaluation of Mental Disorders* : PRIME-MD

C'est un instrument diagnostique. Il s'agit d'un interview comprenant comme thèmes abordés :

- Les troubles de l'humeur.
- Les troubles anxieux.
- Les dépendances, notamment à l'alcool.
- Les troubles du comportement alimentaire.

KOBAK et al. ont cherché à montrer qu'il était possible et même efficace d'administrer ces interviews par un système informatisé par téléphone: l'*interactive voice response*. Le PRIME-MD devient alors le IVR-PRIME-MD.

Sur 200 patients recrutés dans différentes cliniques, l'administration d'interview semi-structurés par téléphone utilisant le DSM-IV, et ceux utilisant le IVR-PRIME-MD ont présenté des résultats similaires. De plus ils ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative dans les diagnostics établis en utilisant le PRIME-MD, le IVR-PRIME-MD, le SCID (interview structuré du DSM-IV). Ces systèmes permettent d'avoir des réponses plus standardisées, et peuvent être utilisés lors de premiers soins somatiques, pour faire des diagnostics psychiatriques plus précoces. Ces systèmes permettent donc de gagner du temps. De plus les patients semblent parfois accepter plus facilement de se livrer à ces systèmes informatisés qu'à un médecin. (KOBAK KA, TAYLOR LH, DOTTL SL, GREIST JH,

JEFFERSON JW, BURROUGHS D, MANTLE JM, KATZELNICK DJ, NORTON R, HENK HJ, SERLIN RC, 1997) (70).

b. L'évaluation diagnostic

Une étude pour évaluer la sensibilité du téléphone dans l'évaluation psychiatrique a été réalisée en 1995 auprès de 221 adolescents âgés de 12 à 15 ans. Ces adolescents ont d'abord répondu au questionnaire en face-à-face, puis ces même adolescents ont été ré interrogés 3 mois plus tard par téléphone. Le taux de participation à 3 mois était de 94%. Il s'agissait de les questionner sur leur âge, leurs consommations de substances, le nombre de partenaires, le type de rapports sexuels qu'ils avaient et sur 10 items de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG. Cette étude a montré que les adolescents répondaient de la même façon que ce soit par téléphone ou en face-à-face. (BOEKELOO B O, SCHAMUS L A, SIMMENS S J, CHENG T L, 1998) (17).

2. Une psychothérapie par téléphone ?

La consultation par téléphone fait surtout office de relation d'aide. Il n'est pas sans rappeler une certaine chronique judiciaire ayant eut lieu à Montpellier. *SOS - psy* était une association qui proposait « *des consultations psychothérapeutiques par téléphone* ». Selon le Président de l'Ordre des médecins en 1999, B. GLORION, « *le téléphone ne peut en aucune façon se substituer au contact personnel, indispensable pour établir un diagnostic et prescrire une thérapeutique* ».

La consultation téléphonique permet surtout à des gens d'avoir un premier contact, facile, discret, avec les services de soins.

Ceci est déjà mentionné dans une note de SAUL où une de ses patientes ayant subi un traumatisme important, souhaite poursuivre sa thérapie, en partie, par téléphone (elle continuait de venir à ses rendez-vous toutes les semaines). Elle se sentait alors plus libre de parler, alors que la position transférentielle classique lui semblait trop angoissante. Les appels survenaient cependant dans des moments de désespoir et de détresse intense. SAUL envisageait alors déjà le téléphone comme un moyen de prévention, d'amorce de prise en

charge à plus ou moins long terme, en attendant des rendez-vous en face à face. (SAUL LJ, 1951) (117).

Il n'est pas sans rappeler que très peu de travaux ont été faits concernant l'analyse au téléphone.

L'appel téléphonique est souvent le premier contact entre le patient et l'analyste. Parfois les informations recueillies par téléphone permettent de rentrer plus facilement en contact par la suite. ZALUSKY estime que le téléphone peut être un bon compromis à une analyse en face-à-face et peut à la fois intensifier et complexifier le transfert. Il permet une certaine continuité dans le travail transférentiel. ZALUSKY évoque un cas d'analyse par téléphone, dans le journal américain de la psychanalyse. Lorsqu'un analysant traverse une période difficile, il est possible de poursuivre pendant un certain temps cette analyse par téléphone. (ZALUSKY S, 1998) (143).

Un réseau d'assistance s'est organisé en Californie, dans des zones rurales, le *PACT Net : Physician Assistance, Consultation and Training Network*. Des consultations par téléphone, auprès de spécialistes, en particulier des psychiatres ont ainsi pu se faire dans ces régions pour des personnes présentant des troubles du développement. (HILTY D M, INGRAHAM R L, YANG S P, THOMAS F A, 2004) (58).

Joan TOLCHIN a décrit, en 1987, différents suivis psychothérapeutiques par téléphone auprès d'adolescents, qui complétaient un suivi en face-à-face. Ces suivis sont pour la plupart initialisés durant les périodes de vacances scolaires. Pour lui, la disponibilité du thérapeute auprès des adolescents permet de mettre en place une meilleure alliance thérapeutique. (TOLCHIN J, 1987) (130).

Pour Mary Frances SEELEY, Présidente de *Hotlines Consultants*, les lignes d'écoute sont à différencier des services de Santé Mentale. Les écoutants fournissent une écoute attentive, empathique mais pas de psychothérapie, même si le téléphone est un moyen parfois utile pour faire gagner du temps aux psychiatres. Pour LESTER, 45% des psychiatres utilisent le téléphone en complément du travail en face-à-face. (SEELEY M F, 1998) (120).

3. D'autres lignes téléphoniques spécialisées

En 1974, il existait déjà des centres de consultations téléphoniques (dont des services spécialisés dans la prévention du suicide), visant essentiellement à développer des programmes de prévention et à améliorer la prise en charge des patients. Ces consultations permettent également d'évaluer l'incidence de certaines maladies mentales. Des appels ayant été enregistrés pendant un an et étudiés par une équipe d'écouteurs (spécialistes et volontaires formés). Ils ont montré qu'il existait des variations dans le nombre et le type d'appels, ceci pouvant servir d'indicateur général du retentissement de certaines maladies mentales dans la population générale, ce qui permet alors d'organiser des programmes de prévention plus rapidement. (KING G J, MORGAN J P, SMITH B, 1974) (68).

La ligne spécifique à la santé mentale, la *Hotline for Mental Health*, compte 30 écouteurs professionnels (psychiatres, psychologues, infirmières psychiatriques et travailleurs sociaux). (JIANLIN J, 1995) (64) :

Pour eux, il s'agit :

- D'estimer les problèmes associés à la crise motivant l'appel.
- D'aider à la résolution des problèmes en apportant un soutien approprié.
- D'aider les appelants à prévenir d'éventuelles crises futures.

A Shanghai, des lignes d'écoute se sont ouvertes en 1990, En deux ans, de novembre 1990 à octobre 1992, 14667 appels ont été reçus et 120 appels concernant le suicide ont conduit à des interventions efficaces. Il existe 24 lignes d'écoute à Shanghai, comme *Hop Hot Line, Hot Lines for Adolescents, Hot line for Aged, AIDS Hot Line*. (MINGDAO ZHANG, JIANLIN JI, HEQUIN YAN, 1997) (95).

En 1994, une ligne d'écoute a été ouverte par le département de psychologie médicale de l'hôpital universitaire de Singapour. Les écouteurs sont des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux. 62,6 % des appelants sont des femmes, 50 % appellent pour des problèmes personnels, 40 % pour des problèmes familiaux, 10 % pour d'autres sujets. Les problèmes évoqués sont souvent la psychose, l'anxiété et la dépression. L'insomnie est évoquée dans 16 % des appels, 1,9 % concernent le suicide. 54,2 % des appels nécessitent un

entretien et un suivi psychiatrique, ceci probablement du fait de la présence de cette ligne au sein même du centre psychiatrique. 7 % relèvent de l'urgence psychiatrique. Les hommes appellent plus pour le travail ou pour des problèmes d'ordre sexuel. (PERERA I, YEO B K, KO S M, KUA EH, 1998) (109).

En Nouvelle-Zélande, sur la ligne *Childhelp*, des volontaires formés, répondent 24h/24, conseillent et informent les enfants.

4. Des consultations préalables

Dans plusieurs services, il existe des consultations téléphoniques préalables à tout travail en face-à-face.

Dans le service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale adulte de Nancy (Professeur Kahn), des fiches téléphoniques, grilles de lecture de l'analyse de la demande, sont faites par le médecin, thérapeute familiale, lors de chaque rendez-vous familial téléphonique. Ces fiches sont indispensables pour débiter un travail familial, en particulier lors de prise en charge de malades anorexiques.

Pour Sylvie WAMPFLER – BENAYOUN, psychomotricienne A.S.T.P (Association Suisse des Thérapeutes de la Psychomotricité), les tous premiers contacts téléphoniques font partie intégrante de la prise en charge thérapeutique et sont systématiquement enregistrés. D'ailleurs, des « mémentos téléphoniques » sont complétés à chaque appel. Ces appels retranscrits permettent aux soignants de présenter le cadre de soin et aux familles de s'exprimer librement. Les points les plus difficiles sont alors repérés, des objectifs de soins peuvent alors émerger. (WAMPFLER – BENAYOUN, 2003) (136).

5. L'alliance thérapeutique

Une étude concernant l'alliance thérapeutique entre une équipe de personnes soutenantes au téléphone et des parents en difficultés avec leur enfant montre un taux élevé du score à la *Working Alliance Inventory*. Ces scores sont similaires à ceux obtenus lors d'un suivi en face-à-face. (LINGELY-POTTIE P, Mc GRATH P J, 2006) (81).

LINGELY-POTTIE et al montrent, dans l'étude *Family Help*, que l'installation d'une alliance thérapeutique à distance est possible. 64 parents d'enfants atteints de maladies mentales ont reçu un programme d'assistance médicale par téléphone ou E-mail, pendant 6 mois, par un écoutant non professionnel mais formé. Au terme de ces formations, une échelle d'alliance thérapeutique a été utilisée, (*Working Alliance Inventory Client Form*), montrant des résultats positifs significatifs, comparativement à des résultats trouvés dans d'autres études sur l'alliance thérapeutique en face-à-face. (LINGELY-POTTIE P, Mc GRATH P J, 2006) (81).

Deux études ont montré qu'en appelant les patients pour leur rappeler leur rendez-vous 24 heures avant ce dernier, le taux de présence aux rendez-vous était significativement augmenté. Une étude a été conduite en Nouvelle-zélande auprès de patients adultes. (MACDONALD J, BROWN N, ELLIS P, 2000) (83). Une autre, conduite auprès d'adolescents, aux USA, montre des résultats comparables. (O'BRIEN G, LAZEBNIK R, 1998) (104).

B. Place du téléphone dans la crise suicidaire

1. La Crise chez les jeunes

Marcelli et Braconnier définissent la crise comme un « *moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet* ».

L'anxiété est le dénominateur commun de toutes les situations d'urgence. Le travail des soignants est de resituer l'acte dans un contexte relationnel et affectif pour inscrire la crise et sa rupture dans un processus narratif. Les soignants, par leur position de tiers, peuvent favoriser l'ouverture d'un espace de dialogue entre le jeune et son milieu familial et social. Il faut pour cela un temps suffisant d'écoute.

2. La crise suicidaire

« *C'est une crise psychique temporaire et réversible dont le risque majeur est le suicide* » (WALTER M, TOKPANOU I, 2003) (135). Il s'agit d'un moment de rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement.

Elle se décompose en trois périodes :

- Une phase de désorganisation, pré suicidaire (limitation des relations interpersonnelles, repli sur soi, inhibition, envahissement de la vie imaginaire par des facteurs suicidaires, apparitions et ruminations d' idées suicidaires).
- Une phase aiguë, de passage à l'acte. Passage à l'acte qui est fréquemment associé à un évènement déclencheur.
- Une période de récupération, post – suicidaire.

Selon la conférence de consensus d'octobre 2000, « *la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* ».

La crise suicidaire :

- Est une crise psychique.
- Elle constitue un moment d'échappement, c'est un état réversible et temporaire.
- Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes.
- C'est un ensemble sémiologique variable selon les sujets, les pathologies associées.

Un certain nombre de paramètres suicidaires peuvent être repérés par l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.

Il faut également évaluer le potentiel suicidaire de la crise avant de débiter sa prise en charge. La tentative de suicide est un moyen parmi d'autres de se sortir de la crise. WALTER et al ont tenté de mettre en évidence les différentes étapes de cette crise. Il s'agit d'abord de l'identifier en repérant les signes d'alerte (idées suicidaires, contexte suicidaire, contexte de vulnérabilité). (WALTER M, TOKPANOU I, 2003) (135).

Il faut évaluer :

- Les facteurs de risque.
- Les facteurs d'urgence qui visent à évaluer la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte (le niveau de souffrance psychique, le niveau d'impulsivité, le degré d'intentionnalité).

- Les facteurs de danger (létalité du moyen envisagé, accessibilité plus ou moins direct à ce moyen).
- Les facteurs de protection.

La prise en charge de cette crise débute au moment de son identification et de son évaluation. Il s'agit de créer une relation de confiance avec le sujet en crise, favoriser la verbalisation de ses affects. « *Il paraît important de nommer la souffrance suicidaire sans la juger, la banaliser, ou la nier* ». (TOPKANOU I, 2003) (129).

3. Les services d'assistance téléphonique dans la crise suicidaire

Nous l'avons vu, il existe déjà beaucoup de lignes téléphoniques, donnant conseils, informations, orientations aux appelants.

Ces lignes ont d'abord été des lignes d'écoute spécialisées pour le suicide, dont une des premières était celle du centre Samaritain de Londres, puis celle du centre de prévention du suicide de Los Angeles, en 1958.

En 1958, il existait 3 lignes d'écoute de prévention du suicide, 9 en 1964 et plus de 100 à travers les USA, en 1969. Entre 1967 et 1968, le nombre de ces services a augmenté de 57%. (PEDERSON A M, BABIGIAN H M, 1972) (108).

En 1970 il existait déjà 170 centres aux USA. En 1995, 12 pays Européens étaient dotés de tels centres : L'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays – Bas, le Portugal, le Royaume – Uni.

Ces centres offrent un service de consultation téléphonique d'urgence, ouvert 24h/24 qui peut être complété par un service de renseignement et d'orientation sur les possibilités de prise en charge psychiatriques et sociales. Certains fonctionnent en réseau et peuvent orienter vers d'autres réseaux. Ils ont parfois des locaux qui permettent d'accueillir les suicidants. Des équipes mobiles peuvent aller rencontrer les personnes en détresse. Nous l'avons vu, la plupart des écoutants sont des bénévoles.

Sauf exception, ces centres sont basés sur un modèle de crise du processus suicidaire. En France, ces centres fonctionnent surtout avec la confidentialité, le respect de l'anonymat, la neutralité. Par contre, certains autres centres européens sont plus interventionnistes et peuvent orienter vers des centres plus spécialisés. Il existe tout de même en France, depuis 1978, l'association **SOS Suicide Phénix**, qui crée, organise et coordonne des centres de plusieurs villes de France. Ces centres peuvent accueillir réellement ou téléphoniquement les suicidants.

Déjà en 1972, les services téléphoniques permettaient :

- D'informer et de travailler en réseau lorsqu'un individu appelle pendant une crise.
- Informer les appelants sur les moyens disponibles.
- Intervenir directement pendant la crise.

Les services d'écoute téléphonique destinés aux sujets suicidaires sont généralement appelés « **Centre de Prévention du Suicide** ». Les sujets qui appellent ces centres sont dans un état de crise limité dans le temps.

La ligne **24-Hour Mental Health Information and Crisis Phone Service of Medicine and Dentistry** a vu le jour en juillet 1969. Cette ligne a été créée par le Département de psychiatrie de l'Université de Rochester School, de New-York. Des volontaires formés et régulièrement supervisés répondaient au téléphone. Il y avait 50 volontaires dont 30% d'étudiants et 2/3 de femmes. Ils ont reçu plus de 14 000 appels pendant les 12 premiers mois.

Dès 1975, ZEMEK P et DRKOVA S ont étudié l'intérêt de ces lignes téléphoniques dans la prévention du suicide, en Tchécoslovaquie.

a. Les campagnes de prévention du suicide

Le centre de santé mentale d' Holy Spirit a mis en place une ligne de prévention du suicide pour les jeunes. Cette ligne, **Teenline** gratuite et confidentielle, est ouverte 24h/24, elle fait partie d'un programme plus large de prévention du suicide, **le CMHC-Based adolescent suicide prevention and intervention program**. Les écoutants ont établi des liens avec les écoles dans le but de mieux prévenir le suicide. Des sessions d'informations se sont mises en place dans les écoles, les facultés, auprès de parents. Des groupes de travail *Student at Risk*

(*STAR*) ont été instaurés comprenant des écoutants, des conseillers scolaires qui reçoivent des étudiants. Chaque groupe se retrouve à raison d'une heure par semaine. De septembre 1986 à Juin 1987 la ligne d'écoute a reçu 754 appels. Le nombre d'appel a augmenté de 9 % en un an. Pendant les 10 premiers mois du programme de prévention, 388 entretiens en face-à-face ont été conduits. Le taux d' admission à l'hôpital Holy Spirit des adolescents a augmenté de 20 %, les taux de suicide dans les contrées environnantes ont diminué. Le travail associant une ligne d'écoute au sein d'un service spécialisé ainsi que des entretiens en face-à-face et des rencontres au sein des écoles est un moyen efficace de prévenir le suicide. (RUSTICI C J, 1988) (115).

Le suicide est la 3^{ème} cause de mortalité chez les 10-24 ans aux USA. 8,5% des jeunes ont fait une tentative de suicide. Une vaste campagne de prévention du suicide, « **Stop Youth Suicide Campaign** » s'est déroulée pendant 4 ans, de 2000 à 2004, dans le Kentucky.

Cette campagne avait pour but

- D'alerter le grand public.
- D'estimer les besoins de la population et d'évaluer les connaissances générales sur le suicide.
- De commencer une campagne d'éducation, auprès des parents, des enseignants ou tout autre personne en contact avec des jeunes.
- D'aider les soignants à mieux prendre en charge ces jeunes suicidants.
- De fournir une aide 24h/24 à ces jeunes en crise.

Durant cette campagne un site Internet s'est mis en place, ainsi qu'une vidéo montrant des adolescents et des familles en difficultés par rapport au suicide. Plusieurs visites ont eu lieu dans les écoles. Pendant les 4 ans de la campagne, 861 e-mails et 976 appels d'adolescents suicidants ont été reçus, ainsi que 26 e-mails et 112 appels de parents d'adolescents à risque. 13 adolescents considérés à haut risque de suicide ont ainsi pu être aidé. Beaucoup d'adolescents ont appelé pour évoquer les difficultés de leur(s) ami(e)(s). (OMAR H A,2005) (106).

b. Le pont de Mid-Hudson

Certains se sont intéressés aux sites où les taux de suicide étaient élevés. (GLATT KM, 1987) (55). Le pont Mid-Hudson en fait partie. En effet, le taux de suicide par saut dans le vide est de 5 par an aux USA. Ce pont se trouve à New York, dans la région du Dutchess. Sur 5 ans, le taux de suicide est de 10,7 pour 100 000. Sur ce pont, relativement élevé, l'installation de barrières est impossible. En 1982, après une vague de suicides sur le pont, le département de Santé Mentale du Dutchess en accord avec les autorités, a d'abord installé tout au long du pont des messages à but préventif : « **FOR HELP WITH YOUR PROBLEMS 24 HOURS A DAY CALL 485-9700. Dutchess County Mental Health Center** ». Puis un poste téléphonique a été installé en 1984. La journée, cette ligne est en lien avec le centre de santé mental et le reste du temps avec le service des urgences psychiatriques.

Par la suite, des postes téléphoniques ont été installés à des endroits stratégiques, où les tentatives de suicide étaient plus nombreuses, aux deux extrémités du pont, avec des messages supplémentaires : « **LIFE IS WORTH LIVING. 24 HOURS A DAY. 100 FT AHEAD** ». Puis au niveau des postes téléphoniques : « **DESPERATE ? LIFE IS WORTH LIVING. PICK UP HELPLINE. 24 HOURS A DAY. Dutchess County Mental Health Center** ». Ces postes étaient alors reliés en permanence aux urgences psychiatriques. Dès qu'un appel arrivait, l'écoutant, qui était un membre de l'équipe des urgences, avertissait ses collègues pour qu'ils préviennent la police, tout en continuant la conversation téléphonique avec l'appelant.

Cette ligne a été utilisée 10 fois la première année, 20 fois la deuxième année et d'août 1984 à octobre 1986, elle a été utilisée 30 fois :

- 27 personnes ont utilisé le poste, parmi elles, 23 ont été prises en charge par les urgences, et 17 d'entre elles ont été hospitalisées.
4 personnes n'ont pas utilisé le téléphone mais ont pu être réorientées aux urgences par les autorités qui surveillaient le pont, et toutes ont été hospitalisées.

c. Des études controversées

MILLER et al, ont néanmoins montré que de 1968 à 1973, aux USA, les taux de suicide n'ont pas été significativement diminués après la création et la multiplication des centres de prévention du suicide, hormis, les taux de suicide des jeunes femmes blanches. (MILLER HL, COOMBS DW, LEEPER JD, BARTON SN, 1984) (94).

De la même façon, S.HIRSCH a comparé les modes d'action des *Samaritans* à Londres et ceux du Centre de Prévention du Suicide de Los Angeles. Ces lignes téléphoniques n'ont pas d'impact significatif sur le taux de suicide. Peu d'appelants sont à haut risque de suicide. De plus, les lignes sont souvent encombrées par des appelants qui ne demandent pas d'aide. Ces centres sont plus efficaces au final dans la gestion de la crise, sans pour autant être actifs dans la prévention du suicide. Toutefois, le centre de Los Angeles reçoit plus d'appels de suicidants que le Centre des Samaritains qui accueillent des demandes d'aide plus générales. (HIRSCH S, 1981) (59).

LEENAARS A A et LESTER D ont étudié l'impact de la création des centres de prévention du suicide au Canada lors d'une méta-analyse. Entre 1985 et 1989, il n'y a pas d'efficacité statistiquement significative. Par contre, entre 1994 et 1998, ces centres ont montré leur efficacité. (LEENAARS A A, LESTER D, 2004) (78).

d. Revue de la littérature concernant l'efficacité des centres de prévention du suicide en matière d'écoute téléphonique et étude dans deux centres de prévention du suicide de MISHARA et DAIGLE. (MISHARA B L, DAIGLE M S, 1997) (96) :

Ils notent que dans la plupart des études, les appelants sont satisfaits de la présence de ces lignes. Aucun type d'intervention n'a montré son efficacité plus qu'un autre.

Ils ont également étudié l'activité de deux centres de prévention du suicide au Québec, *Suicide-Action Montréal* et *Carrefour Intervention Suicide*. Ces lignes sont francophones et la plupart des écoutants sont volontaires. 110 écoutants volontaires ont participé. 5 professionnels ont analysé le travail des écoutants. La plupart sont des femmes (59 %), en moyenne âgées de 32 ans. 263 appelants ont été inclus, 59 % étaient des femmes, âgées en moyenne de 35 ans. 25 % des appels sont considérés comme « chroniques », 60 % des

appelants sont suivis en psychiatrie, 52 % ont un traitement psychotrope. 71 % évoquent des tentatives de suicide antérieures. Le risque suicidaire est élevé au moment de l'appel. MISHARA et DAIGLE ont utilisé une liste de réponse préétablie, la *Helper's Response List* qui décrit 20 techniques possibles de réponses lors d'un appel concernant le suicide.

Trois données ont également été étudiées :

- Le degré de dépressivité lors de l'appel au moyen de la *Brasington Depression Scale*.
- L'évaluation du risque suicidaire immédiat au moyen de la *Suicide Urgency Scale*.
- Un contrat est établi entre l'appelant et l'écouter lors de chaque appel, ce contrat implique le fait de ne pas faire de tentatives de suicide et de s'engager dans un suivi téléphonique.
- Les données ont été recueillies entre 1988 et 1990 dans le centre de Montréal et en 1990 dans le centre de Sherbrooke. Pour chaque appel, la réponse de l'écouter était immédiatement classée selon la *Helper's Response List*. Les appels duraient en moyenne entre 1 et 110 minutes, avec une moyenne de 15 minutes. 617 appels au total ont été reçus. Les catégories de la liste les plus utilisées sont : Orientation/investigation et Information/suggestion/conseil. (respectivement 26 et 15 % d'utilisation).

La diminution du score à l'échelle de Brasington, entre le début et la fin de l'appel, est significative. Le niveau de dépressivité diminue chez 85 des 617 appels, soit 14 %. Le score reste identique dans 85 % des cas et augmente dans 1 % des cas. Cette différence n'est pas significative en ce qui concerne entre les appelants réguliers et les autres.

La diminution du score à l'échelle d'urgence suicidaire, entre le début et la fin de l'appel, est significative. Ce score diminue dans 27 % des cas et augmente dans 1 % des cas. Ce Il diminue dans 24 % des appels chroniques et dans 35 % des cas lors des autres appels, ce qui est significatif.

Un contrat est instauré dans 68% des appels, plus fréquemment lors d'appelants chroniques (79 %). Dans 54 % des cas, un contrat a été initié, plus souvent au centre de Sherbrooke qu'au centre de Montréal car les appelants sont rappelés systématiquement par le centre de Sherbrooke et non par le centre de Montréal. Dans 14 % des cas le contrat n'est pas respecté.

Les réponses à ces appels ont été classées en deux styles d'intervention :

- Le style Rogérien.
- Le style Directif.

9 des 20 catégories de la liste de réponses ont pu être différenciées selon deux styles d'intervention, ce qui représente 90 % des réponses apportées. A noter que lorsque le style rogérien est utilisé, le niveau de dépressivité diminue de façon plus importante et il est plus facile d'instaurer un contrat avec les appelants.

Les femmes ont plus tendance à respecter le contrat que les hommes, ainsi que les personnes qui n'ont pas de suivi antérieur par rapport à ceux qui ont déjà un suivi.

MISHARA et DAIGLE insistent donc sur le fait que les interventions téléphoniques sont en majorité bénéfiques et seulement dans de très rares cas, elles semblent néfastes.

C. Caractéristiques des appels et des appelants

1. Les adultes

Une équipe canadienne s'est intéressée aux appels anonymes. 49 appels ont été reçus de juin à juillet 1973 à la Clinique *Klinik* de Winnipeg du Canada. 12 appels sont anonymes et 37 ne le sont pas. Il n'y a pas de différence significative concernant l'âge, le sexe, l'heure, le jour et la durée de l'appel. Par contre, Cette équipe constate qu'un plus grand nombre d'appelants anonymes vivaient seuls. De même, il n'y a pas de différence significative au sujet du risque suicidaire. Tous les appelants anonymes appellent pour eux-mêmes alors que 29 % des non anonymes appellent pour d'autres personnes. La majorité des appelants anonymes sont seuls au moment de l'appel ou bien les écoutants ne sont pas en mesure de savoir s'ils sont accompagnés. Les médicaments, les drogues ou l'alcool sont les sujets abordés par les non anonymes alors que les anonymes évoquent plus la solitude. L'anonymat permet donc de mettre une certaine distance entre l'appelant et l'écouter. Cependant l'échantillon est faible, il est donc difficile d'émettre des conclusions. (NELSON G, Mc KENNA J, KOPERNO M, CHATTERSON J, BROWN J H, 1975) (102).

Le centre de crise du comté de Lee est ouvert 12H/24H la nuit. MORGAN et KING ont montré que les thèmes des appels variaient en fonction de l'heure de l'appel. Les appels informatifs et ceux concernant la grossesse sont plus fréquents entre 18 et 20 heures, tandis que les problèmes d'alcool surviennent plus souvent entre 20 et 22 heures, le sentiment de solitude et les affects dépressifs également entre 20 et 22 heures. 57 % des appelants sont des femmes. Les hommes appellent plus souvent entre 0 et 2 heures du matin. (MORGAN J P, KING G D, 1977) (99).

La ligne **HMH, Hotline for Mental Health**, a été créée en 1990 à Shanghai. De novembre 1990 à octobre 1992, elle a reçu 14 667 appels. Parmi ces appels, 117 concernent le suicide. Parmi ces 117 appelants, considérés comme suicidants, le ratio homme/femme est de 1,62. Plus de 50% des appelants sont des femmes. Plus de 50% sont âgés de 16 à 30 ans. Le plus jeune a 7 ans et le plus âgé a 88 ans. Comme sur d'autres lignes, la plupart des appelants évoquent des difficultés relationnelles surtout au sujet de leurs relations amoureuses. Parmi les 117 appelants suicidants, 45 sont des hommes et 72 des femmes. Lors de situations les plus à risque, les appelants sont le plus souvent âgés de 16 à 35 ans. 65 appelants ont des antécédents de pathologies mentales. 71 appelants ont été suivis pendant 3 mois après leur premier appel. 3 ont nécessité une hospitalisation. (JIANLIN J, 1995) (64).

En Norvège, les lignes téléphoniques ont également fait l'objet d'études. En 1997, l'institut universitaire de Berg a répertorié les appels d'une ligne spécialisée dans la prévention du suicide. (BERLE JO, 2001) (9) :

- 125 000 appels ont été reçus.
- 30% des appels étaient silencieux.
- Les hommes semblent utiliser ces lignes autant que les femmes.
- 2 à 11% des appels concernaient le suicide, les appelants étaient souvent jeunes.
- Les principaux thèmes abordés étaient : la solitude, les problèmes psychiatriques, les maladies physiques, les problèmes relationnels.

Lifeline est une ligne nationale d'écoute téléphonique australienne. Chaque année, il y a près de 22 000 appels qui concernent le suicide. Les écoutants sont des volontaires entraînés. BARBER et al ont étudié les particularités des appels à ce centre de prévention du suicide. (BARBER J G, BLACKMAN E K, TALBOT C, SAEBEL J, 2003) (7) :

409 appels concernant le suicide ont été reçus pendant une période de 6 mois, entre juin et décembre 2002. Ils représentent 6,4% du total des appels reçus :

- Les thèmes majeurs abordés concernent des difficultés dans les relations amoureuses. Les femmes semblent parler de leurs relations actuelles, tandis que les hommes s'expriment plus sur leurs relations passées.
- Les hommes ont autant appelé que les femmes. La solitude est le thème majeur abordé par les hommes. 1/3 des hommes abordent la pauvreté, les relations interpersonnelles.
- Les femmes expriment plus souvent des problèmes d'abus que les hommes.

MARITZ et HOLROYLD ont étudié les appels reçus dans un centre ambulatoire psychiatrique de Virginie. 291 appels ont été reçus sur une période de 6 mois, avec en moyenne 2,4 appels par jour. 1, 5 % des appels relevaient de l'urgence. 15 % des appels nécessitaient une intervention rapide. 82 patients ont appelé :

Les motifs d'appels sont : dans 38 % des cas, des demandes de médicaments, dans 20 % des cas des demandes d'informations, dans 12 % des cas une demande de rendez-vous, dans 10 % des cas l'expression de symptômes, dans 9 % des cas, l'expression de déficiences, dans 5 % des cas l'expression d'effets secondaires des médicaments.

Les diagnostics des appelants sont : dans 40 % des cas des dépressions, dans 10 % des cas des troubles anxieux généralisés, puis viennent les troubles obsessionnel-compulsifs, les troubles de la personnalité, les troubles schizophréniques et les troubles bipolaires. D'autres diagnostics ont été répertoriés dans de plus faibles cas. (MARITZ J, HOLROYD S, 2006) (91).

2. Les « appelants réguliers » ou chroniques

Les appelants réguliers ou chroniques, appellent, par définition, tous les jours, pendant au moins 4 semaines. Ils sont rapidement reconnus car ils donnent souvent leur nom ou présentent toujours la même situation. (MORGAN J P, KING G D, 1977) (99).

Le service de prévention du suicide et de crise du comté d'Erie, New York, a ouvert en octobre 1968. De son ouverture à juin 1969 il a reçu 3910 appels de 2128 appelants différents.

24 individus ont appelé plus de 10 fois. LESTER et BROCKOPP ont constaté que ces appelants chroniques ne présentaient pas de différence significative avec le reste des appelants concernant : l'âge, le sexe, le statut marital et parental, les antécédents de suicide, le risque de suicide au premier appel.

Par contre, certains d'entre eux ont déjà un suivi avec un thérapeute, mais cela ne semble pas suffisant, et ces appels leur permettent aussi de s'exprimer sur les liens qu'ils entretiennent avec leurs thérapeutes. Certains appellent uniquement pour parler, d'autres pour avoir des renseignements sur des traitements.

Parmi les 24 appelants chroniques, 11 n'ont évoqué aucune idée de suicide. 5 ont exprimé des menaces suicidaires, 5 ont évoqué des tentatives de suicide antérieures et 3 ont tenté de se suicider pendant leur période d'appels. Le risque suicidaire n'est donc pas différent de celui des autres appelants. (LESTER D, BROCKOPP G W, 1970) (80).

Ces appelants utilisent plusieurs fois la même ligne pour les mêmes problèmes. Parfois, ils peuvent appeler près de 100 fois par an. Ils appellent jour et nuit et rejettent souvent toutes les propositions qui leur sont faites. L'abus d'alcool ou de drogues est souvent présent. Certains Centres, comme le *Dane County Mental Health Center*, à Madison, prévoient que les appels sans demande réelle sont interdits.

Pour certains, ces appelants chroniques sont souvent dépressifs, borderlines, schizophrènes, dépendants à des produits, pour d'autres, ils ne diffèrent pas des autres appelants.

Le *Centre de Prévention du Suicide de Cleveland* s'est intéressé particulièrement à ces appelants. Ce centre existe depuis 1967. Il offre à la fois des consultations téléphoniques et à la fois des entretiens en face-à-face. Il intervient dans 3000 à 4000 situations différentes par an. (SAWYER J B, JAMETON E M, 1979) (118).

De juillet 1975 à juin 1976, 67 appels provenaient d'appelants chroniques :

- 13% ont appelé sur une période inférieure à 6 mois.
- 87% ont appelé sur une période supérieure à 6 mois.
- 43% ont appelé sur une période de plus de 3 ans.

- Ils sont souvent plus âgés, l'âge moyen étant de 37,5 ans (contre 28,1 ans pour l'ensemble des appels), séparés ou divorcés.
- 51% sont dépendants alcooliques.
- 21% sont dépressifs.
- 9% sont schizophrènes.
- 55% ont fait des tentatives de suicide durant leur période d'appel.
- 58% sont des femmes.

Pour limiter ces appels, le Centre de Cleveland, a instauré un plan d'action spécifique, en limitant la durée des appels et en établissant des réponses spécifiques. Ce qui n'est pas sans risque, car parfois, certains appelants à qui on a limité les appels sont passés à l'acte peu de temps après.

Les lignes sont parfois saturées car certains appelant appellent plusieurs fois, voir sont de vrais consommateurs de ces lignes. Christina MACKINNON, obstétricienne qui a travaillé pendant deux ans comme écoutante, dit d'ailleurs de ces appels qu'ils encombrant la ligne. Frustrant les écoutants. (MACKINNON C, 1998) (84).

Les appelants sont souvent des personnes qui cherchent à tester les limites des écoutants. Les volontaires doivent à la fois les écouter et faire preuve de neutralité, et à la fois poser des limites pour ne pas encombrer les lignes et permettre l'accès à d'autres appelants. Ces appels répétés, ne sont pas productifs et parfois teintés de manipulation. Ces appels entraînent un surplus de stress chez les écoutants. Le niveau de stress paraît être corrélié à la durée de ces appels répétés.

Sur la ligne d'Halifax, *Metro Help Line*, 1/3 des appels provient d'appelants réguliers. Ces appels ne doivent pas faire l'objet d'intervention systématique au risque de renforcer la dépendance des appelants. (MACKINNON C, 1998) (84). L'instantanéité de l'appel va à l'encontre du temps nécessaire à l'élaboration d'une demande et l'appropriation de la réponse. Ces appels réitérés, parfois ritualisés, à des heures et des jours fixes nourrissent une dépendance dont ni l'écouter ni l'appeler n'arrivent à se défaire.

3. Les adolescents

En 1994, 49 adolescents et jeunes étudiants, 16 garçons et 33 filles ont exprimé leur souhait quant au mode de fonctionnement d'une ligne d'écoute qui leur est destinée au cours d'une étude dans l'Illinois. La majorité d'entre eux connaissaient déjà plusieurs de ces lignes. (CHEN SP, DALLAS C, CHEN EH, 1995) (29).

Ces lignes d'écoute :

- Doivent avoir un nom simple, facile à retenir qui fait référence à leur statut d'adolescent, comme *Teen Talk, Just For You, Teenage Problem Line, Kidline*.
Doivent être accessibles surtout le soir et la nuit, voir 24h/24.
Doivent être gratuites.
- Doivent avoir des supports publicitaires comme les posters, les prospectus, les messages dans les journaux.
Doivent être généralistes, pouvant aborder plusieurs thèmes différents que les jeunes ne peuvent pas discuter avec leurs parents.
Doivent avoir des écoutants compétents, empathiques et plutôt jeunes.
- Les écoutants doivent plutôt être des femmes pour les filles, tandis que les garçons n'expriment pas de préférence.

Dans la mesure du possible, les jeunes préféreraient avoir tout le temps le même opérateur. Ils doivent pouvoir décider eux-mêmes s'ils donnent leur identité.

Les différents thèmes qu'ils souhaitent exprimer sont

- La sexualité, la grossesse et les moyens de contraception, les maladies sexuellement transmissibles.
- Les drogues, l'alcool.
- **La maladie mentale** dont le suicide, l'estime de soi, le bien être.
Les relations avec les pairs.
Les relations familiales, la violence au sein de la famille, les conflits intra familiaux (séparation, divorce, alcoolisme des parents..), les abus sexuels.

Une équipe mexicaine a réalisé une étude concernant les appels d'adolescents reçus à l'unité de recherche de santé de l'adolescent. (CRUZ B R, SAN MARTIN A H, GUTIERREZ B L N, FARIAS M V, MORA I S, 2001) (34) :

A Mexico, les services téléphoniques pour adolescents existent depuis 1987. En 1994, une ligne, *De Joven a Joven* (d'une personne adolescente à une autre), s'est ouverte. 41% des appels venaient d'adolescents âgés de 15 à 17 ans, 66% étaient des filles, 76% étaient encore étudiants. Les appels reçus à l'unité de recherche étaient pris par des écoutants professionnels, pendant leurs heures de travail. Chaque appel était enregistré.

De juin 1995 à Novembre 1998, ils ont reçu 398 appels. Les appelants étaient âgés de 11 à 24 ans, 345 étaient inclus dans l'étude. L'âge moyen des appels reçus était de 18 ans. 85% étaient des filles, 63% étaient étudiants. 77,7% étaient des premiers appelants. ¼ des appels duraient 20 minutes ou plus. Seulement 6,4% des appelants avaient entre 11 et 13 ans. Les principaux thèmes abordés étaient : la sexualité, la reproduction, les maladies mentales, les relations familiales. Le téléphone semble permettre d'identifier différentes questions que les adolescents se posent et ainsi permettrait d'y répondre plus efficacement.

PH G NEY et J L HERRON, en Nouvelle-zélande, estime que la ligne *Childhelp Line* permet aux enfants de s'exprimer plus facilement, hors du champ familial, lors de situation de crise. D'ailleurs, ils ont constaté que 60% des enfants inclus dans l'étude (45 enfants, âgés de 10 à 17 ans) connaissaient déjà cette ligne. (NEY PH G, HERRON JL, 1985) (103).

Diana de Anda et Melanie A Smith ont comparé les appels des adolescents et des adultes à deux centres de prévention du suicide à Los Angeles, à savoir un total de 405 appels, (165 adolescents, 65 jeunes adultes et 175 adultes). (DE ANDA D, SMITH M A, 1993) (37) :

Les adolescentes appellent beaucoup plus que les adolescents, l'écart se réduit dans les tranches d'âge plus élevées. Une majorité des adultes vivent seuls. 30% des jeunes adultes appelants vivent encore chez leurs parents. Les adultes appelants mettent en avant la solitude. Les adolescentes qui appellent parlent souvent des difficultés dans leurs relations affectives. Dans 43% des appels des adolescents, les relations amoureuses, amicales, ou familiales sont abordées. Les hommes évoquent plus souvent la dépression, les femmes plus souvent les relations affectives. Le degré de planification de tentative de suicide est plus important chez les adultes, cependant des plans élaborés sont peu fréquents. Peu d'appels sont à haut risque

(plan élaboré, menace suicidaire, mise en acte), à savoir chez 10,2% des adolescents, 26,1% des jeunes adultes et 22,3% des adultes. Les jeunes adultes et les adultes évoquent surtout la dépression tandis que les adolescents évoquent plus les relations interpersonnelles. Il est à noter que les appelants présentent plus souvent des idées suicidaires que de véritables plans suicidaires.

Les thèmes abordés par les adolescents appelants, pour BOEHM et al, reflètent assez bien le mode de vie des adolescents en général. *Teen Line* existe depuis 1987, les écoutants sont étudiants. 372 appels ont été reçus entre septembre 1993 et mai 1994. 23% des appelants ont appelé plus d'une fois. 69% avaient entre 14 et 18 ans. Les principaux thèmes évoqués étaient les relations affectives, la sexualité, les problèmes familiaux, l'estime de soi, les drogues, l'alcool. Un certain nombre d'appelants voulaient juste un interlocuteur pour parler, sans demande particulière. Ces thèmes sont comparables à ceux exprimés par 18 000 étudiants qui ont rempli des questionnaires, notamment au cours de l'étude *Chemical Abuse Reduced through Education and Services*. (BOEHM KE, SCHONDEL CK, IVOSKA WJ, MARLOWE AL, MANKE-MITCHELL L, 1998) (15).

De mai 1987 à décembre 1992, BOEHM et al ont analysé les appels des adolescents en fonction du sexe, de l'âge et des saisons. 11 152 appels ont été reçus. Les jours d'appel les plus fréquents étaient le lundi, mardi, mercredi et jeudi. 57% des appelants étaient des adolescentes. 70% de tous les appels concernaient : les relations avec les pairs, les problèmes familiaux, la sexualité et beaucoup d'appels ont été qualifiés de « *juste pour parler* ». (BOEHM K E, SCHONDEL C K, MARLOWE A L, ROSE J S, 1995) (16) :

Les adolescents parlent de : sexualité (rapports sexuels, homosexualité, masturbation), maladies mentales. Ils appellent beaucoup « *juste pour parler* ».

Les adolescentes évoquent leurs familles, les relations avec les pairs, les abus sexuels, la grossesse, et les troubles du comportement alimentaire.

Les adolescents âgés de 11 à 13 ans s'expriment plus sur les problèmes familiaux, scolaires et les relations avec les pairs. Ceux, âgés de 14 à 16 ans, sur le suicide, les abus, la sexualité et la grossesse.

Ceux, âgés de 17 à 19 ans, de drogues, d'alcool, de maladies mentales, de religion et de mort.

Le suicide, les abus sexuels, la mort, sont plus fréquemment évoqués l'hiver. Par contre l'été, il s'agit plus de troubles du comportement alimentaire.

Sur les 11152 appels, 441 concernent le suicide. Parmi eux, 65% proviennent d'adolescentes. Les adolescents appelant pour le suicide sont le plus souvent âgés entre 15 et 16 ans. Ces appels sont également plus longs que les autres, bien souvent ils dépassent 30 minutes. Ils sont souvent donnés après 20h. Les appels répétés sont moins fréquents chez les suicidants. La plupart de ces appels ne justifient pas d'intervention. Les appelants suicidants ont plus tendance à parler d'estime de soi, de problèmes familiaux, de drogues, d'alcool, d'abus sexuels, de grossesse, de maladies mentales, de mort, de religion, de problèmes scolaires et de troubles du comportement alimentaire. Les appels « *juste pour parler* » et les appels sur la sexualité sont moins nombreux. (BOEHM K E, CAMPBELL N B, 1995) (14).

D. Les écoutants

Brigitte CADEAC et Didier LAURU, dans le livre *génération téléphone*, expliquent bien ce qu'est l'écoute téléphonique (25) :

« Celui qui écoute n'est ni en attente ni sur ses gardes. Il est prêt à se laisser surprendre voire toucher. Il s'arrête car l'écoute demande une durée, prend son temps. Ce temps est d'autant plus facile à gérer car on sait des deux côtés qu'il n'est pas infini. L'écoute se ponctue : assentiments, questions, réponses et silences. Il ne s'agit ni d'être complice ni d'être curieux ou intrusif. La reconnaissance de l'autre implique de ne pas en faire l'objet de sa connaissance, de ne pas l'utiliser, de renoncer à toute emprise sur lui.. A une déclaration peut succéder un silence. Le silence doit être supportable pour l'écouter. »

« A partir de la mise à distance des corps de l'appelant et de l'écouter, grâce à la protection de l'anonymat, quelque chose d'indicible ailleurs peut tenter de se formuler ». (DEMOULIN J, 1996).

LESTER D a fait une revue de la littérature concernant le travail des écoutants des centres de prévention du suicide. Dans l'étude de MISHARA et DAIGLE de 1992, des observateurs étaient mandatés pour analyser le travail des écoutants. (LESTER D, 1994) (79) : Il en résulte que :

- 14% des appelants étaient moins déprimés à la fin de l'appel.
- 27% des appelants présentaient un moindre risque suicidaire à la fin de l'appel.
- Dans 68%, un relation de confiance s'était établie.

1. La gestion de l'angoisse

L'écouter est réactivé sur ses propres angoisses, à travers ce que lui livre l'appelant, et il ne doit pas alors lui faire part de ses propres angoisses. L'échange doit permettre à l'appelant d'évoquer en quoi son histoire, ou son vécu personnel, l'amène à considérer sa mort comme l'unique solution à ses problèmes. Reconnaître la souffrance de l'autre consiste à lui communiquer le ressenti que provoque son discours. L'écouter peut alors dire qu'il est ému. L'écouter doit paraître sûr de lui, il ne doit pas montrer son impuissance ou ses maladresses (peur d'aborder un sujet que l'appelant n'aurait jamais évoqué, peur de n'avoir plus rien à dire...).

« Tout intervenant se doit de partir du principe que ce qui est annoncé est susceptible de se produire ». (POMMEREAU Xa, 1997) (110).

Les appelants, lorsqu'ils appellent, se sentent coincés par une situation, un événement ou une relation et ils ne parviennent pas à trouver une voie pour en sortir. Ils sont pris par l'angoisse et se sentent menacés.

L'écoute de personnes angoissées requiert à la fois de la proximité et de la distance. Il faut être suffisamment proche pour que l'autre puisse se confier et être assez distant car l'angoisse est communicative. Selon Alfred VANESSE *« C'est un des motifs qui impose à ceux qui pratiquent l'écoute non seulement d'avoir reçu une formation de base mais aussi d'avoir accès à un lieu de parole où ils puissent exprimer ce que les angoisses des appelants éveillent ou réveillent en eux et ainsi, acquérir une certaine neutralité ».* (VANESSE A, 1997) (132).

MISHARA et GIROUX ont évalué l'impact du travail d'écoute sur les écoutants d'une ligne spécialisée dans la prévention du suicide à savoir ***Suicide-Action Montréal***. (MISHARA B L, GIROUX G, 1993) (97) :

Dans ce centre, 90 % des appels concernent le suicide. Cette ligne est ouverte 24h/24. Les volontaires sont formés préalablement à l'écoute, par une formation théorique et une supervision où un écoutant expérimenté les aide pendant leur intervention en ligne. Leur étude inclut 80 volontaires. Ils sont en moyenne âgés de 28,6 ans. 65 % ont moins de 32 ans, la moitié sont étudiants. Différents questionnaires leur ont été donnés, avant et après leur travail

d'écoute. La moitié des volontaires ont déjà pensé eux-mêmes au suicide et 25 % ont déjà fait une tentative de suicide. Seulement 5 des 10 personnes qui ont tenté de se suicider en ont parlé à quelqu'un par la suite. La moitié des écoutants ont eu dans leur entourage des suicidants, 40 % connaissent des personnes décédées par suicide. 98 % des volontaires ont choisi ce travail pour aider les autres. 90 % pensent que leur écoute est très utile dans la prévention du suicide. Le niveau de stress avant la prise de poste est peu important. Il diminue avant l'écoute lorsque les écoutants acquièrent une certaine expérience d'écoute. Le niveau d'urgence d'un appel est une des plus importantes sources de stress chez les écoutants. Le niveau de stress après une semaine d'écoute dépend de la durée totale d'écoute et du nombre de personnes présentes dans la pièce durant l'écoute. Plus il y a de personnes autour d'eux, moins les écoutants sont stressés. Une expérience personnelle concernant le suicide ne modifie pas le niveau de stress engendré par l'écoute.

KINZEL et NANSON insistent sur le fait que les volontaires écoutants sont souvent victimes de **Burnout**. Les lignes d'écoute doivent donc sans cesse recruter de nouveaux écoutants, car en moyenne, ils restent entre 6 mois et un an sur une même ligne. Par conséquent, ces écoutants, stressés, fatigués risquent d'être inattentifs, détachés et moins empathiques lors de leur écoute. Le terme **Compassion Fatigue** (fatigue compassionnelle) est plus approprié. D'autres insistent sur le terme de **Vicarious Traumatization** (Traumatisme par procuration), lorsque les écoutants sont en permanence en lien avec les appelants en souffrance du fait d'agressions diverses. Les appelants sont souvent sujets à des émotions négatives (frustration, sentiment de colère face à des injustices, sentiment de culpabilité), à des cauchemars, à de la fatigue physique, à des pensées intrusives, telles que des craintes pour leur entourage. 80 % des volontaires estiment que le plus difficile pour eux est de poser des limites lors d'appels réguliers, répétés. De plus, le sentiment d'incompétence est accru face à ces appelants et provoque alors le **Burnout**. Des pensées magiques sont aussi causes de stress et donc d'arrêt de l'activité d'écoute. Certains écoutants se sentent personnellement responsables de l'issue des appels qu'ils ont reçus, ceci contribue à augmenter le risque de fatigue compassionnelle. Il est nécessaire d'informer préalablement les écoutants des risques de fatigue compassionnelle lors d'un programme éducatif, de même il est important de les informer sur la façon de prendre en charge les appels répétés. KINZEL et NANSON insistent également sur l'importance d'un debriefing psychologique pour diminuer le niveau de stress des écoutants. (KINZEL A, NANSON JO, 2000) (69).

2. L'écoute nécessite plusieurs aptitudes

Pour Claude JUILLARD et Xavier BERTIN, les principales compétences nécessaires pour les écoutants en téléphonie sociale sont :

- Des qualités d'écoute, d'empathie et de réactivité.
- Les écoutants doivent faire preuve d'une certaine maîtrise de soi, et d'une capacité à adapter leur discours.
- Ils doivent être capables de laisser l'appelant s'exprimer sans apporter de réponse immédiate, de clarifier sa demande, d'identifier les freins l'empêchant d'agir.
- Ils doivent être capables de construire et d'adapter leurs réponses au plus près des besoins de l'appelant.
- Ils doivent être capables d'enchaîner des appels de nature variable, de mettre en place un espace de dialogue, d'analyser une situation sans disposer d'éléments visuels, de recadrer un appel ou de le clôturer.
- Ils doivent disposer d'une ouverture d'esprit et d'un goût pour apprendre, d'une capacité à échanger, à se remettre en question, d'une aptitude à prendre du recul par rapports aux appels difficiles.
- Ils doivent maîtriser les savoirs liés à la problématique traitée par leurs services.
- Ils doivent être capables de transférer leur savoir et savoir-faire aux écoutants débutants.
- Ils doivent faire preuve de capacité de travail en équipe et d'un esprit participatif.
- Ils doivent disposer de capacités de communication à l'écrit comme à l'oral.

ECHTERLING et al ont étudié les différentes modalités d'intervention des écoutants. Dans leur étude, ils ont développé une grille de réponses possibles pour les écoutants de la ligne *Lafayette Crisis center*. Sur cette ligne, ils sont 80 écoutants, tous ne sont pas professionnels. Cette ligne est ouverte 24h/24. L'écoute se décompose en plusieurs périodes, il s'agit de :

- L'établissement d'un climat sécuritaire, de confiance.
- L'estimation de la crise, son type, son intensité.
- Faciliter l'expression des affects et leur compréhension.
- Tenter de proposer des solutions aux différents problèmes.

Cette grille d'intervention porte le nom de *The Crisis Call Interaction Form*. Sur une durée de 5 semaines, 59 appels ont été inclus. Les écoutants étaient en partie des professionnels. Il semble important pour ECHTERLING de maintenir un climat de confiance tout au long de l'appel. Ces 4 périodes ne doivent pas se succéder mais doivent être abordées tout au long de l'appel dans les mêmes proportions. (ECHTERLING L G, HARTSOUGH D M, ZARLE T H, 1980) (45).

Il s'agit, pour Alfred VANNESSE (VANNESSE, 1997) (132) :

- De créer une relation sécurisante.
- D'aider l'appelant à mettre en mots ses affects.
- De soutenir et ne jamais forcer ce qui ne peut être confié.
- De renvoyer à l'appelant ce que l'on comprend.
- De reformuler ce que l'appelant exprime. Il faut soutenir la parole de l'appelant pour qu'elle s'approfondisse.
- De faire prendre conscience à l'appelant, qu'il peut avoir des repères sécurisants, qu'il a peut-être des ressources cachées, des projets ou des initiatives possibles.

Les écoutants doivent avoir la possibilité de réorienter l'appelant vers d'autres interlocuteurs tout en étant vigilent sur la manière de le faire, pour ne pas que l'appelant vive ceci comme un rejet.

Il est nécessaire d'établir un bon contact au premier appel d'un adolescent. Les écoutants ont besoin de temps pour cela. Si le premier appel se passe bien, les adolescents savent qu'ils ont la possibilité de rappeler et qu'une écoute attentive leur sera consacrée. Il est important, pour BOEHM et CAMPBELL que les psychiatres et les pédiatres s'impliquent dans ces démarches de soins. Les écoutants doivent garder une certaine distance, établir certaines limites ; pour cela, un debriefing semble nécessaire. (BOEHM K E, CAMPBELL N B, 1995) (14).

➤ **L'empathie**

C'est une qualité indispensable pour une bonne écoute. L'empathie est notre capacité à reconnaître implicitement qu'autrui est semblable à soi mais sans confusion entre soi-même et l'autre. Elle peut être déclenchée intentionnellement en se mettant à la place de l'autre. Elle

implique un partage affectif avec l'autre, une compréhension des états mentaux de cette personne. Cela peut être à la fois une capacité innée de ressentir la vie intérieure de l'autre et à la fois une capacité acquise de communication intersubjective. Il s'agit d'être capable de s'immerger dans le monde subjectif de l'autre à partir d'éléments fournis par la communication verbale et non verbale. Elle implique une résonance affective avec les affects non conscients de l'autre tout en maintenant l'intégrité de soi. Elle implique également le partage affectif, la flexibilité mentale, la régulation émotionnelle, l'ensemble reposant sur la conscience de soi. (DECETY J, 2005) (38).

GRAY et al ont tenté d'évaluer le niveau d'empathie des écoutants en utilisant un test : ***l'Human Empathic Listening Test (HELT)*** :

Ce test prend en compte trois variables :

- **Le niveau de compréhension** : il concerne l'habilité à écouter ce que dit l'autre, à comprendre à travers les mots, à reformuler certains faits importants. Il implique des habilités à la fois cognitives et affectives.
- **L'intérêt porté à l'appel et à l'appelant** : il montre une certaine motivation de l'appelant l'encourage à poursuivre son appel.
- **Les habilités à répondre** : Elles représentent l'ensemble des moyens utilisés par l'écouter pour établir un lien de confiance avec l'appelant, en lui posant des questions, en reformulant ses propos. Elles permettent d'évaluer plus rapidement d'éventuelles situations de crise.

Ce test comporte 12 vignettes cliniques ainsi que 60 items correspondant à différents types de réponses classées dans les 3 catégories citées ci-dessus. Il a été réalisé par trois groupes d'écouter différents qui représentent différents degrés d'expérience de l'écoute. Les écouter confirmés ont des scores plus élevés dans chaque catégorie du test que les débutants. Cependant il n'y a pas de différence significative pour les catégories *compréhension* et *intérêt* entre les écouter débutants et les écouter confirmés. Par contre, la différence est significative entre le premier groupe (qui n'a jamais fait l'expérience de

l'écoute) et les deux autres. Pour la catégorie *habilités à répondre*, il y a de grandes différences entre les 3 groupes.

Selon GRAY et al, ce test peut être utilisé dans la sélection des écoutants et au cours de leur formation pour évaluer leur niveau d'empathie. (GRAY B, NIDA R A, COONFIELD T J, 1976) (56).

KALAFAT et al ont montré que plus les écoutants sont anciens, plus leur degré d'empathie est important. (KALAFAT J, BOROTO D R, FRANCE K, 1979) (66).

La consultation d'urgence est basée sur l'approche centrée sur le client de Carl ROGERS qui est également appelée écoute active. L'écouter tente d'explorer les problèmes et l'état d'esprit de l'appelant en utilisant la réaction empathique. Les écoutants doivent poser des questions, jusqu'à aborder de façon progressive, les problèmes. (LESTER D, 1994) (79). L'entretien permet à l'individu de se recentrer via l'échange téléphonique, l'appelant se concentre sur son problème, le verbalise.

3. Être écoutant sur une ligne spécialisée sur le suicide : Suicide Ecoute

Pour être écoutant à *Suicide Ecoute*, plusieurs étapes de formations sont nécessaires. Après une sélection par l'équipe de recrutement, le candidat entre directement dans le dispositif de la formation pratique, qui comporte :

- La double écoute passive :
Le candidat n'intervient pas directement dans l'appel. En fin d'appel, il est invité à faire part de ses réactions, de ses questions. La plupart du temps, il le fait spontanément.
- La double écoute active :
Elle intervient à l'issue de 6 à 8 semaines d'écoute passive. La personne en formation répond alors aux appels en présence d'un écoutant expérimenté qui l'accompagne dans son apprentissage.
- 5 à 6 mois s'écoulent entre les deux phases de formation.

- Les « doubles écoutants » sont recrutés parmi les écoutants confirmés pour leur capacité à être à l'écoute de l'écoute et ainsi être à l'aise avec le regard de l'autre et son jugement éventuel.
- Des réunions spécifiques avec un psychiatre sont régulièrement organisées pour parvenir à une meilleure définition du rôle des « doubles écoutants ».

Le candidat parvient ensuite au stade de la formation, après plusieurs semaines de pratique de l'écoute. La formation, assurée par un psychiatre, comporte 3 ou 4 séances de 3 heures pour des petits groupes de 8 à 10 personnes. Elle est interactive et permet une réflexion aussi bien personnelle que collective à la pratique de l'écoute.

Chaque mois, ces écoutants sont supervisés par un psychanalyste. Ces séances sont centrées sur le traitement des appels. A ces temps de supervision s'ajoute deux ou trois rencontres annuelles sur des thèmes choisis par l'équipe de bénévoles, comme par exemple les appels pour d'autres personnes.

A *Suicide Ecoute*, créée en 1994, il y a 16 000 appels par an, 70 écoutants, une écoute 24H/24 sur deux lignes le soir et la nuit. Seuls, 20% des appels sont pris, par manque de moyens. (SATET P, 2004) (116).

4. Etre écoutant, un métier ?

« Ecouter c'est ouvrir un espace de parole mais surtout être humble, conscient de l'illusoire d'une participation élaborée au devenir de l'autre, être sans plus ». (CABANNES M F, 1997) (24).

O'DONNELL et GEORGE ont comparé le travail des écoutants professionnels et des volontaires dans le Centre de Santé Mentale de Ben Gordon de l'Illinois en 1971. La ligne *Crisis Line*, où seuls des volontaires travaillent a fusionné avec celle du centre de santé mentale. Il y a alors 60 volontaires écoutants et 15 professionnels. Durant l'année 1973, 30 % de tous les appels ont été gérés par les volontaires, 28 % ont nécessité une intervention du centre, 7 % des appelants ont été orientés vers un psychiatre ou vers l'hospitalisation. Pour O'DONNELL et GEORGE, les écoutants volontaires sont aussi efficaces que les professionnels, les volontaires entraînés sont aussi efficaces que les non entraînés. Tous les écoutants sont plus efficaces que le groupe témoin. (O'DONNELL J M, GEORGE K, 1977) (105).

Un questionnaire anonyme a été proposé à des écoutants professionnels bénévoles ou salariés des services téléphoniques au sujet de leur activité principale d'écoute. Ce questionnaire a été dépouillé par le sociologue Michel CHAUVIERE, directeur de recherche au CNRS, et par Brigitte FROTIEE, (Atelier de recherches de la Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs). (NAUDIN O, 1995) (100) :

- 88 questionnaires ont ainsi pu être analysés. 70% des écoutants sont salariés, les 30% restant étant bénévoles.
- Les écoutants sont à 80% des femmes, 6% seulement ont moins de 30 ans, 35% ont entre 30 et 40 ans, 31% dépassent 50 ans.
- Dans 60% des cas, les écoutants ont déjà eu une expérience professionnelle préalable, souvent en dehors du conseil.
- 92% des écoutants travaillent sur la même ligne depuis plusieurs années.
- Le niveau d'étude apparaît élevé, 36% ont un niveau d'étude BAC+5 : 16% des bénévoles et 43% des salariés.
- 80% dont 95% des écoutants déclarent avoir bénéficié d'une formation préalable concernant l'écoute téléphonique, souvent au sein même de leur institution.
- Le travail d'écoute est un travail à temps partiel dans 86% des cas.
- 65% considèrent que le travail d'écoute est un véritable métier, 68% le trouve d'ailleurs satisfaisant.

Cependant chaque appelant est différent, il faut donc aussi être attentif à la personne qui appelle et pas seulement à ce qu'elle évoque. Pour HIRSCH, lorsque les écoutants sont volontaires, ils attachent beaucoup d'importance à créer une atmosphère chaleureuse, empathique, par contre, contrairement aux professionnels, ils ne recherchent pas assez les signes cliniques qui évoquent des pathologies psychiatriques. Les professionnels tentent plus de placer des limites lorsque les appels durent trop longtemps ou dévient de leurs demandes initiales. Toutefois, leurs actions sont similaires. (HIRSCH S, 1981) (59).

a. Des caractéristiques particulières

TAPP et SPANIER ont étudié les caractéristiques des écoutants sur la ligne *Suicide Prevention and Crisis Service* du comté de Erie à New York. Les écoutants volontaires ont

DIXON et BURNS insistent sur le fait que l'écoute dans un centre de crise, notamment dans un centre de prévention du suicide, nécessite une formation particulière du fait des particularités des appels. À travers une brève revue de la littérature, ils soulignent le fait que

C G, EDWARDS D W, SHRIER L P, CRAMER M, 1975) (90).

MARGOLIS et al se sont penchés sur le travail des écoutants et l'importance d'une formation particulière à l'écoute. Une organisation de volontaires, *CAPE (Child Abuse Preventive Effort)* a vu le jour en 1972 à Philadelphie. Les écoutants de cette ligne ont eu une formation particulière avant d'entamer leur travail d'écoute. Ils ont eu 3 sessions de 2 heures. Lors de la première session, à travers des jeux de rôle, ils devaient répondre à trois situations d'appel différentes. Après chaque appel, ils devaient écrire leur réponse et expliquer ce qu'ils avaient ressenti lors de cet appel. Lors de la seconde session, différentes techniques de réponse leur ont été données, notamment des réponses pour faciliter la communication ou mettre un terme à un appel trop long. Lors de la troisième session, les volontaires ont été informés de toutes les ressources disponibles du *CAPE*. Ils ont montré que ce type de formation pouvait améliorer la gestion des appels obscènes, des appels d'enfants abusés, des propres sensations des écoutants, de leurs limites dans la connaissance des ressources disponibles. (MARGOLIS

écoutant expert.

Les écoutants, sur diverses lignes d'écoute téléphonique, bénéficient d'un temps de formation continu interne complète par des temps de régulation et de supervision. La durée estimée pour devenir écoutant confirmé oscille entre six mois et un an, entre un an et trois ans pour devenir

b. La formation

- La *Tennessee Self-Concept Scale* : Les volontaires ont souvent une meilleure estime d'eux mêmes et se sentent plus éthiques.
- Le *Personal Orientation Inventory* : les écoutants sont plus spontanés, s'acceptent plus.
- Le *Self-disclosure questionnaire* : Les volontaires se sentent plus à l'aise pour parler d'eux même aux autres.

(127), voici chacun de leur résultat :

été comparés à des étudiants. 3 échelles ont été utilisées, (TAPP J T, SPANIER D, 1973)

peu de données existent sur la formation des écoutants et l'efficacité des centres de crise. (DIXON M C, BURNS J, 1975) (43).

WALFISH S a étudié les difficultés rencontrées par les écoutants (WALFISH S, 1983) (134) : Un questionnaire (*100-item Telephone Counseling Clinical Interaction Inventory*) a été remis à 58 écoutants volontaires de la ligne *Life Crisis Services* de St Louis dans le Missouri. Les situations considérées comme les plus difficiles à écouter sont celles concernant le suicide, les abus sexuels et physiques, les appelants insatisfaits de l'écoute, les appels obscènes, les appels dont les appelants ont des paroles déplacées envers les écoutants, les appelants qui expriment de l'agressivité, de la violence envers les autres, les appelants qui montrent une certaine résistance. Les écoutantes sont plus en difficultés que les écoutants lorsque les appelants parlent de sexualité, par contre, les écoutants sont plus mal à l'aise lorsque l'appelant les interpellent sur leur situation personnelle. WALFISH insiste sur le fait que les écoutants ont besoin d'une formation continue et d'une supervision durant leur travail d'écoute en particulier sur les différentes situations difficiles qu'ils rencontrent lors de l'écoute.

ELKINS et COHEN évoquent également l'importance d'être formé à l'écoute, car pour eux, les compétences et les connaissances en matière d'écoute ne s'acquièrent pas seulement avec l'expérience. (ELKINS R L, COHEN C R, 1982) (46).

Les qualités essentielles des écoutants sont la motivation au travail et la capacité d'écoute. Ces écoutants doivent faire face à un niveau de stress élevé. Parmi les facteurs de stress, le manque d'expérience, le niveau d'urgence de l'appel, la difficulté de faire face à la situation sont les plus importants. Il est donc essentiel que ces écoutants soient formés. (LESTER D, 1994) (79).

c. Revue de la littérature de STEIN et LAMBERT

STEIN et LAMBERT, dans une revue de la littérature, reprennent différentes notions importantes dans le travail d'écouter. (STEIN D M, LAMBERT M J, 1984) (125) :

- Selon différentes études citées (Apsler et Hoople, 1976 ; Getz, Fujita et Allen, 1975 ; Shonkoff et JONES, 1981), les écoutants en centres de crise se trouvent souvent modérément utiles voir extrêmement utiles.

- Différentes mesures concernant le degré d'empathie, de chaleur et d'authenticité ont été réalisées, grâce notamment à des jeux de rôles (des étudiants se faisant passer pour des patients).
- KNICKERBOCKER (1972) pense que la personnalité des écoutants compte tout autant que la nature de leurs formations, ce qui est démontré dans d'autres études.
- GENTHER en 1974 et d'autres, soulignent le fait que les écoutants ne sont pas assez formés.
- Pour d'autres, l'expérience d'écoute ne semble pas améliorer le niveau d'empathie, de chaleur, et d'authenticité.
- Plusieurs études (Echterling, Hartsough et Zarle, 1980 ; Also, D'Augelli, Danish et Brock 1976) insistent sur le fait qu'il y a différents modes d'intervention possible au sein d'un même appel (directif ou non directif), Fowler et McGee (1973) et Russel, Slaikeu, Tulkin et Walfish (1978) évoquent l'importance d'avoir des entretiens directifs, structurés, tandis que Knowles (1979) pense le contraire.
- Selon STEIN et LAMBERT, peu d'études ont été effectuées au sujet de l'impact thérapeutique de ces appels sur les écoutants. En général, les femmes sont plus satisfaites que les hommes. 2/3 des écoutants pensent que cette forme d'écoute est utile, donc 1/3 ne se sent pas utile (Iscoe et al, 1979 ; King, 1977 ; Motto, 1971 ; Slem et Cotler, 1973).
- L'efficacité des centres de prévention du suicide est également encore controversée, seule une diminution significative du taux de suicide chez les jeunes femmes blanches a été démontrée dans l'étude de Miller et al, 1983.
- Certains types d'écoute sont plus difficiles, comme lors de l'évocation par l'appelant de problèmes de toxicomanie. (Apsler et Hoople, 1976 ; Getz et al, 1975 ; King, 1977).

E. Différentes « psychothérapies » utilisées par téléphone

Nous l'avons vu, le téléphone est souvent utilisé, associé à un ordinateur pour recueillir des données et informer plus rapidement les patients. Nous allons maintenant passer en revue quelques utilisations spécifiques.

1. Application dans les problèmes de dépendance alcoolique

SIMPSON et al ont étudié la faisabilité du système *IVR (Interactive Voice Response)* chez des personnes répondant aux critères diagnostics du DSM-IV de dépendance à l'alcool.

Ce système permet aux patients de reporter eux mêmes leur comportement. 89 personnes ont été réparties en 3 groupes. Dans le premier groupe, une évaluation était faite tous les jours pendant 28 jours, dans le deuxième groupe, les participants étaient évalués sur leur comportement et consommation une fois par semaine pendant 4 semaines, le dernier groupe était un groupe contrôle. Ce système ne semblait pas modifier le comportement des participants. Il peut donc être utilisé pour suivre des patients dépendants à l'alcool ou à d'autres substances. (SIMPSON T L, KIVLAHAN D R, BUSH K R, MCFALL M E, 2005) (122). KRANZLER et al montrent des résultats similaires. (KRANZLER HR, ABU-HASABALLAH K, TENNEN H, FEINN R, YOUNG K, 2004) (71).

2. Application dans la dépendance à la cocaïne

Dans une étude de Mc KAY J R et al, 359 patients diagnostiqués dépendants à l'alcool et/ou la cocaïne ont été répartis en 3 groupes et suivis pendant 24 mois. Ces patients ont suivi au préalable un traitement pendant 4 semaines. Dans le premier, les patients ont été suivi en thérapie de groupe à raison de deux séances par semaine. Dans le deuxième, ils ont reçu à la fois des sessions individuelles et des sessions de groupe, dans le troisième, ils ont reçu un suivi téléphonique, à raison d'un appel de 15 minutes par semaine. (les données étudiées étant le pourcentage de jours d'abstinence, le pourcentage total d'abstinence, la mesure des conséquences négatives, le pourcentage des contrôles urinaires positifs des cocaïnomanes). Les taux d'abstinence sont plus élevés après un suivi par téléphone qu'après un suivi de groupe.

Cependant au vu de la totalité des résultats, le suivi par téléphone semble aussi efficace que les autres suivis. De plus, ce suivi téléphonique au long cours, après une période de traitement hospitalier semble diminuer le risque de rechute. (Mc KAY J R, LYNCH K G, SHEPARD D S, PETTINATI H M, 2005) (93).

3. Application dans la dépression

MOHR et al ont étudié l'administration de thérapie cognitivo – comportementale par téléphone dans le traitement de la dépression. 120 personnes diagnostiquées comme dépressives ont reçu comme traitement 16 semaines de thérapie cognitivo – comportementale par téléphone. Ils montrent une amélioration significative de la dépression après ce traitement. (MOHR D C, HART S L, JULIAN L, CATLEDGE C, HONOS-WEBB L, VELLA L, TASCH E T, 2005) (98).

L'assistance par ordinateur via le téléphone est efficace dans le traitement des dépressions modérées à sévères. D J OSGOOD-HYNES et al ont décrit un programme d'assistance par téléphone qui utilise le système *Interactive Voice Response*. Ils pensent que ce système peut être un mode de traitement supplémentaire qui peut s'associer à la thérapie en face-à-face ou à la médication. (OSGOOD-HYNES D J, GREIST J H, MARKS I M, BAER L, HENEMAN S W, WENZEL K W, MANZO P A, PARKIN J R, SPIERINGS C J, DOTTL S L, VITSE H M, 1998) (107).

4. Application dans le trouble obsessionnel-compulsif

Le traitement des troubles obsessionnel – compulsifs par thérapie cognitivo – comportementale peut s'appliquer au téléphone.

Dans une étude de LOVELL et al se déroulant entre 2001 et 2002 à Manchester, 72 patients ayant un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif et qui ont eu à l'échelle de Yale Brown un score supérieur ou égal à 16, ont été inclus. 36 ont reçu une thérapie en face à face et 36 via le téléphone pendant 6 mois. LOVELL et al ont montré qu'il y avait une diminution significative du score à l'échelle de Yale Brown après 6 mois de traitement par téléphone, les résultats étant comparables à ceux obtenus par la thérapie en face-à-face. De plus, les sessions par téléphone sont plus courtes et font donc gagner du temps à la fois aux thérapeutes et à la fois aux patients. (LOVELL K, COX D, HADDOCK G, JONES C, RAINES D, GARVEY R, ROBERTS C, HADLEY S, 2006) (82).

Le *BT STEPS* est un système d'évaluation et d'auto traitement des troubles obsessionnels compulsifs utilisant un logiciel programmé via le téléphone (IVR). Les patients utilisant ce

ystème, comprenant différentes sessions basées sur la thérapie cognitivo-comportementale, ont eu une amélioration clinique significative. (BACHOFEN M, NAKAGAWA A, MARKS I M, PARK JM, GREIST J H, BAER L, WENZEL K W, PARKIN R J, DOTTL S L,1999) (4).

5. Application dans la thérapie familiale

Le téléphone permet, lors de séances de thérapies familiales de joindre le thérapeute pendant la séance pour lui indiquer différentes marches à suivre. COPPERSMITH développe trois types d'appels qui peuvent accompagner une thérapie familiale. (COPPERSMITH E I,1980) (31) :

Des appels stratégiques au thérapeute en provenance de l'équipe de thérapie familiale qui se trouve derrière un miroir et qui observe la séance de thérapie familiale.

- Des appels directs de l'équipe de thérapie familiale aux membres de la famille.
- Des appels d'un des membres de la famille qui se trouve derrière le miroir et qui appelle les autres présents au côté du thérapeute.

DESALVO F J évoque l'intérêt de la thérapie familiale par téléphone lorsque chaque membre se trouve dans l'impossibilité de venir à la consultation, en particulier lorsque le patient initial est un étudiant qui souhaite suivre une thérapie familiale. Il faut alors tenir compte de la confidentialité, de la triangulation. (DESALVO F J, 1988) (41).

D. Le suivi par téléphone

Le téléphone est également un moyen utile pour suivre des patients sortis de l'hôpital :

1 En médecine

DEFORCHE et al ont suivi des enfants obèses après leur sortie d'un centre spécialisé. Ils ont suivi 20 jeunes obèses, sur une période de 10 mois, à partir de juin 2000. Ce programme comprend 3 mois de suivi dans un centre et 5 mois de suivi par téléphone ou mail pour maintenir le poids. De plus chaque jeune a noté ses activités dans un journal, ce journal est ensuite envoyé chaque semaine au thérapeute. Le thérapeute appellent ensuite ces enfants, deux fois par semaine. Dans les 15 premières semaines les patients ont été appelés deux fois

par semaine, puis pendant les 6 dernières semaines une fois toutes les 3 semaines. La prise de poids est moins importante chez les jeunes suivis par téléphone et par mails, de même l'activité physique est plus importante dans ce groupe que dans le groupe contrôle. (DEFORCHE B, DE BOURDEAUDHUIJ I, TANGHE A, DEBODE P, HILLS A P, BOUCKAERT J, 2005) (39).

2. En psychiatrie

a. Chez les schizophrènes

BEEBE, dans un article de 2001, montre que le téléphone est un bon moyen pour suivre des patients schizophrènes après leur sortie d'un service de psychiatrie, (BEEBE L H, 2001) (8): Lors de son étude, 37 patients diagnostiqués schizophrènes et récemment sortis d'un service de psychiatrie de Floride, ont reçu un appel téléphonique, d'un assistant chef de clinique du centre, par semaine pendant 3 mois.

Le jour de l'appel est choisi par le patient. Chaque appel dure à peu près 10 minutes, et suit un protocole bien particulier. Un groupe contrôle a seulement été appelé 6 et 12 semaines après la sortie. Ces appels durent en moyenne 1 à 3 minutes.

Trois facteurs ont été étudiés :

- Le nombre de jours passés avant une ré hospitalisation.
- Le nombre de ré hospitalisations.
- La durée de ces ré hospitalisations.

Les participants ont en moyenne 40,4 ans. 27 % sont des femmes. 11 % sont employés et travaillent 25 heures par semaine. 43 % vivent seuls, 32 % sont divorcés et 22 % sont mariés. 89 % n'ont pas fait appel aux services psychiatriques lorsqu'ils étaient en train de décompenser, avant leur arrivée à l'hôpital. Le nombre d'hospitalisation moyen avant l'étude est de 5,84 fois. La première hospitalisation dure en moyenne 28,9 jours.

Les patients suivis par téléphone sont moins vite ré hospitalisés que les autres, de plus ils sont moins longtemps ré hospitalisés, 18,95 jours contre 26,13 jours. Mais ces deux données ne

sont pas significativement différentes. Ils sont également moins ré hospitalisés. (réduction de 10 %). Lorsqu'il n'y a pas de ré hospitalisation dans le premier mois suivant l'étude, il y en a beaucoup moins par la suite.

b. Chez les adolescents

CAVANAUGH a suivi par téléphone 50 jeunes adolescentes, âgées entre 11 et 20 ans, en moyenne de 15,1 ans. Des rendez-vous étaient fixés par chaque jeune fille. 126 ont été honorés à la bonne date et à la bonne heure, chez 50 patientes. (19 % ont appelé trop tôt, 37 % ont appelé un jour trop tard, 11 % ont appelé après deux jours). Plus les patients ont de visites à la Clinique moins il y a de rendez-vous téléphoniques. 64 % ont honorés leur appel le bon jour. 89 % ont appelé dans la même heure que le rendez-vous fixé. 10 patientes se sont excusées pour avoir appelé en retard. De plus, les rendez-vous sont plus honorés lorsqu'ils ont été notés au préalable directement à la Clinique, et non par téléphone. Le fait de remettre un carton de rendez-vous téléphoniques améliore donc probablement le taux de réponse. A noter que la compliance n'augmente pas avec l'âge. (CAVANAUGH R M, 1990) (27).

VI. MESURES DE PREVENTION

A. Les différentes mesures gouvernementales

1. Rapport annuel 1998 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) (150) :

Ce rapport annuel de l'inspection générale des affaires sociales, destiné au Président de la République, au Parlement et au gouvernement, consacre une partie entière aux services de la téléphonie sociale. Ce rapport insiste sur la nécessaire professionnalisation de l'accueil, sur l'encadrement des pratiques des écoutants et la définition précise des prestations fournies aux usagers, sur la modernisation des matériels et la concentration du secteur à fournir une taille critique aux différentes structures concernées.

2. Communiqué de presse du secrétariat d'état à la santé et aux handicapés en septembre 2000 (147) :

A l'occasion de la conférence européenne sur le suicide des jeunes organisée par la France à Nantes le 19 et 20 septembre 2000, Dominique GILLOT, secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés a rencontré les professionnels de santé et les responsables des associations impliquées dans la lutte contre le suicide en France.

Il signale qu'au cours du programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les adultes mis en place en 1998, il est spécifié qu'il faut renforcer les services de téléphonie sociale et les actions associatives. Lors de ce communiqué de presse il a présenté la stratégie française pour 2000-2005, il s'agit alors de « *renforcement et mise en cohérence du dispositif des points –écoute des jeunes, 54 millions de francs sont consacrés cette année à ce dispositif* ».

3. La conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » d'octobre 2000 (145) :

Cette conférence a été organisée par la Fédération Française de Psychiatrie avec l'aide méthodologique de l'ANAES et le soutien de la Direction Générale de la Santé. Elle a eu lieu le 19 et 20 octobre 2000 à Paris.

Dans les recommandations, il est spécifié qu'il faut communiquer sur les réseaux d'écoute et d'accueil jeune (numéros verts et accueils locaux), ces actions sont à poursuivre et à développer, dans les établissements scolaires.

Un chapitre spécifique est consacré aux réseaux d'accueil et d'écoute :

➤ Les constatations

Les évaluations permettent de dessiner un profil général des appelants. On note une amélioration de l'état de mal être entre le début et la fin de l'appel ainsi qu'un effet facilitateur de l'accès aux soins et du processus de prise en charge thérapeutique. Les services téléphoniques apportent un support privilégié pour la prévention du suicide chez les

adolescents et les personnes âgées. La qualité de l'écoute reste le principe dominant. Il faut prendre en compte les difficultés de la fonction d'écouter et l'importance de l'expérience acquise et de la formation.

➤ Les recommandations

- Il est nécessaire d'évaluer de façon plus précise les services téléphoniques français généralistes ou spécialisés, fréquemment confrontés à l'écoute de personnes en crise suicidaire.
- Il serait important de formaliser des programmes de formation centrés sur la spécificité et la variété des situations de crises suicidaires. Des protocoles sont à mettre en place.
- Une supervision, assurée par des spécialistes, devrait être organisée de façon plus systématique pour les écoutants.
- Il s'agit également de travailler en réseaux pour affiner les orientations et préparer le relais vers des structures de soins ou de suivis appropriées.
- Une réflexion est à mener quant au choix entre des interventions avec sortie d'anonymat et le respect de la confidentialité pour les cas de passage à l'acte imminents ou avérés. La question de l'assistance ou de la non-assistance à personne en danger est à envisager dans son application au cadre du téléphone.

4. Communiqué de presse du Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés lors de la Journée Nationale pour la Prévention du Suicide en février 2001 (146) :

Lors de cette journée, le Secrétaire d'Etat fait le bilan de la stratégie française, pour 2000-2005, de la prévention du suicide chez les adolescents et les adultes, présentée au mois de septembre 2000.

Il s'agit de donner une cohérence au dispositif d'accueil et d'écoute des jeunes, en réaffirmant le rôle spécifique de ces structures d'écoute et de réunir dans un cadre commun l'ensemble du dispositif. Ces structures doivent être en relation avec les programmes régionaux de prévention et de soins, les points accueil jeunes et les points écoute jeunes parents.

Il s'agit également d'améliorer la qualité des actions de prévention en permettant une meilleure réflexion sur la qualité d'accueil des services de téléphonie sociale pour que rapidement des recommandations sur les pratiques validées puissent être diffusées et généralisées.

5. Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes au Québec **(144)**

Cet avis est issu de l'Institut national de santé publique du Québec, de la Direction Développement des Individus et des Communautés, de mars 2004.

Une partie est consacrée aux lignes d'écoute téléphonique. Plusieurs études ont montré que la qualité de la formation, de l'encadrement et du soutien offerts aux intervenants influencent grandement la qualité des entretiens, une variable qui a été mesurée par le niveau d'anxiété ou le niveau de dépression des utilisateurs à la fin de l'appel, ou encore, par le niveau de l'observance de la référence à un service de santé mentale.

B. L'étude de VAIVA G et al (VAIVA G, DUCROCQ F, MEYER P, MATHIEU D, PHILIPPE A, LIBERSA C, GOUEMAND M, 2006) (131)

Cette étude a été menée dans 13 services d'urgences psychiatriques dans le nord de la France. Les patients inclus ont entre 18 et 65 ans, 605 patients ont été inclus. Ils ont tous effectué une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Ils ont donné leur accord pour que le service des urgences les rappellent.

Un groupe de patient a été recontacté à un mois, l'autre à trois mois. Ces deux groupes ont été comparés à un groupe contrôle qui a été suivi pendant un an, sans contact téléphonique. 70% des participants des deux premiers groupes ont pu être contactés.

Les contacts téléphoniques se font par des psychiatres n'ayant jamais rencontré les patients. Ces contacts téléphoniques permettent de réévaluer le traitement médicamenteux, d'évaluer une éventuelle urgence et programmer un rendez-vous rapidement.

Le groupe de participants qui a été appelé après un mois, a montré un taux de tentatives de suicide significativement diminué, après ce contact. Par contre, pour le groupe qui a été appelé à trois mois, ce taux n'est pas significativement modifié par rapport au groupe contrôle.

107 participants ont été contactés à un mois. 72 n'exprimaient pas de demande particulière. 22 participants étaient en situation de crise, 13 ont été évalués à haut risque de suicide. 7 des 72 participants qui n'exprimaient pas de demande, ont fait une tentative de suicide dans l'année suivante. Sur les 22 en crise, 5 en ont fait une, 13 ont été orientés sur les urgences, 10 ont été considérés à haut risque de suicide, parmi eux, 8 ont été hospitalisés. Seulement 1, sur les 13 admis aux urgences, a fait une tentative de suicide dans les 6 mois suivants.

Les appels à un mois après une première tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire semblent permettre de diminuer de nouvelles tentatives de suicide. De plus, $\frac{3}{4}$ des patients inclus ont participé à l'étude. Le contact téléphonique est plus acceptable pour les patients qu'une consultation en face-à-face dans un service de psychiatrie.

48 ont cependant refait un geste suicidaire avant le contact téléphonique d'un mois. Il serait alors intéressant d'envisager des contacts téléphoniques dans les premières semaines suivant une première tentative de suicide.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE

I. PRESENTATION

L'étude dont nous allons présenter les résultats a été réalisée par le service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois du Docteur KABUTH. Ce service prend en charge des enfants et adolescents des 3 secteurs infanto-juvéniles de Meurthe et Moselle Sud et des régions limitrophes.

Lors de cette étude nous avons analysé les appels téléphoniques reçus dans le service, dans le bureau infirmier, de **janvier 2000 à décembre 2005**. Les données concernant les appels sont recueillies essentiellement par les infirmiers et infirmières du service. Ces appels, en majorité, viennent d'adolescents qui ont été pour la plupart hospitalisés au préalable dans le service et qui avaient donc connaissance du numéro de téléphone du service.

Cette étude prend en considération 6 années d'appels. Nous avons voulu recueillir des données assez récentes puisque notre travail concerne le téléphone, et nous l'avons vu, l'usage du téléphone a évolué très rapidement. De plus, cela nous a permis de recueillir des renseignements directement auprès des infirmiers qui sont encore dans le service. Ajoutées à cela, depuis 2006 et de plus en plus aujourd'hui, une partie des données est notée dans l'ordinateur, une autre partie dans un cahier.

Ce travail a été possible grâce à un recueil des appels relativement exhaustif mis en place à l'initiative de Mme le Professeur VIDAILHET, et poursuivi par le Docteur KABUTH, qui y attache une importance toute particulière et qui a permis l'initialisation de cette recherche.

Cette étude a essentiellement pour but d'analyser ces appels, d'étudier leur particularité et les réponses apportées. Il s'agit, en raison des très faibles données de la littérature, de décrire et d'apprécier les éventuelles spécificités de ces appels arrivant dans le service et de mettre en

évidence le travail des écoutants, les infirmiers, qui passent plusieurs heures par semaine à répondre au téléphone. Nous verrons alors quels sont les retentissements de chaque réponse apportée par l'équipe à ces jeunes ou à leurs parents appelants qui sont parfois en détresse. Il s'agira alors de comparer ce mode d'écoute, non encore étudié, avec le travail des lignes d'écoute généralistes ou spécialistes décrit plus haut.

II METHOLOGIE

A. Recueil des données

1. Les cahiers d'appel

Le service de psychiatrie infanto - juvénile de Nancy - Brabois existe depuis 1993. A l'ouverture du service il y avait 11 infirmiers, à partir d'octobre 2001, il y en avait 15. Actuellement l'équipe comporte 16 infirmiers. Sur 1 journée il y a 2 infirmiers le matin, 2 l'après midi, 1 de journée. Jusqu'en octobre 2001, il y avait 1 infirmier la nuit, aujourd'hui ils sont 2.

Chaque appel, reçu dans le bureau infirmier, est recueilli par la personne se trouvant près du téléphone à savoir en grande majorité un infirmier. Les infirmiers retranscrivent les informations et données importantes de chaque appel dans des cahiers de recueils qui existent quasi depuis l'ouverture du service.

Sur ces cahiers, il est noté « *Appels téléphoniques des familles des enfants et des adolescents sortis* ».

Celui qui écoute, que nous allons appeler écoutant, note à chaque appel :

- Le nom et prénom de celui qui appelle, l'appelant.
- La date de l'appel.
- Son prénom et son nom de à la fin de chaque retranscription.
- Le motif essentiel de l'appel.
- La réponse apportée à une éventuelle demande.

- (La durée de chaque appel a été notée à partir de l'année 2004, cette donnée n'a pu donc être incluse dans notre étude).

Nous avons recueilli **398 appels sur les 6 années étudiées**, ce qui concerne **177 adolescents différents**. Sous le terme d'appelant, nous regroupons à la fois les appels des adolescents eux-même set à la fois les appels de leurs parents. Certains ont donc appelé plusieurs fois.

Il est à noter que quelques appels, ont été notés directement sur le serveur interne de l'hôpital psychiatrique du Centre Hospitalier Spécialisé (CPN). Ces appels n'ont pu être répertoriés.

2. Les dossiers

Après recueil des noms de tous les adolescents, nous avons pu accéder facilement à leurs dossiers qui sont archivés au sein même du service. Parmi les 177 patients différents, 13 seulement n'ont jamais été hospitalisés dans le service entre 2000 et 2005. 6 dossiers n'ont pas été retrouvés, soit parce que le nom et le prénom des appelants étaient mal orthographiés, soit parce que le dossier était mal rangé.

Nous avons pris en compte un seul appel pour chaque adolescent, pour pouvoir avoir un repère. Il s'est avéré judicieux de prendre en compte **le premier appel**. Toutes les données par la suite ont été recueillies en fonction de ce premier appel.

B. Les facteurs étudiés

Pour définir notre population, nous avons pris en compte l'adolescent qui est le sujet de l'appel qu'il téléphone lui-même ou que ce soit une personne de son entourage qui appelle pour parler de lui. Par exemple, les données concernant le sexe sont celles des adolescents qui ont suscité un appel et non pas celles des appelants. Toutefois, les appelants sont en grande majorité les adolescents eux-mêmes.

1. La population des adolescents

Nous avons recueilli pour chaque appelant, l'âge, le sexe. L'âge a été classé en 6 catégories :

- < à 11 ans.
- De 11 à 13 ans.
- De 13 à 15 ans.
- De 15 à 17 ans.
- De 17 à 18 ans.
- >à 18 ans.

Nous avons tenté d'évaluer le nombre de personnes vivant avec l'adolescent lorsque cela était possible. Nous retrouvons 1 à 7 personnes dans le foyer en dehors du patient.

Le statut matrimonial des parents de chaque enfant et adolescent a été pris en compte. Nous avons répertorié trois catégories :

- Mariés, vivant en concubinage.
- Séparés, divorcés.
- Autres (veuvage, adoption).

Nous avons fait de même pour le statut professionnel des parents. Nous avons pris en compte la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille, en se référant aux catégories socioprofessionnelles classées par l'INSEE. Ces catégories sont :

- Les cadres et chefs d'entreprises.
- Les Professions intermédiaires.
- Les employés, ouvriers.
- Autres (inactifs, invalides).

Nous avons tenu compte des diagnostics posés dans les dossiers, selon le DSM IV-R. 6 catégories ont été utilisées, des axes 1 et 2 :

- Les troubles de l'humeur.
- Les troubles anxieux.
- Les troubles des conduites alimentaires.
- La schizophrénie et les autres troubles psychotiques.
- Les troubles liés à une substance.

- Les troubles de la personnalité.

A côté de ces diagnostics principaux, nous avons jugé bon d'y ajouter d'autres catégories diagnostics, sous le terme de diagnostic associé du DSM-IV-R (ce qui correspond à la catégorie « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique ») à savoir :

- Des problèmes relationnels parents/enfants ou au sein de la fratrie.
- Des problèmes liés à l'abus ou la négligence.
- Des situations supplémentaires pouvant faire l'objet d'un examen clinique.

Nous avons enfin classé les appels en 6 catégories :

- Appel positif, appel informatif.
- Fléchissement de l'humeur, idées suicidaires.
- Angoisse exprimée.
- Problèmes relationnels avec les parents ou autre.
- Troubles du comportement alimentaire.
- Passages à l'acte : tentatives de suicide, fugues.

2. Le type de lien avec l'unité de psychiatrie

Nous avons tenu compte du nombre d'hospitalisations pour chaque patient entre 2000 et 2005, ainsi que de la présence ou non d'hospitalisations avant 2000.

Ceci, sous la forme

- Aucune.
- Une.
- à 1.

Nous avons ensuite estimé :

- La durée totale d'hospitalisations en jours.
- Le délai entre le premier appel et la précédente hospitalisation en jours.

- Le délai entre le premier appel et l'hospitalisation suivante (s'il y en a une).
- Le suivi psychiatrique au moment de l'appel, à savoir :
 - Aucun.
 - Suivi dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfant.
 - En CMP.
 - En libéral.
 - Double suivi, dans le service et à l'extérieur.
 - Appel au cours d'une hospitalisation dans un autre service.

Nous avons donc étudié les caractéristiques des appelants, leurs différentes hospitalisations et leurs différents appels. Nous allons tenter de savoir s'il existe des liens entre ces différentes données dans le but peut être, d'améliorer ce travail d'écoute et de mettre en place de nouvelles mesures de prévention.

C. Les données manquantes

Un certain nombre de données n'ont pu être retrouvées. Ces données manquantes sont regroupées dans chaque catégorie sous le nom de « manquant ». Parmi ces manquants nous retrouvons :

- Un appel dont seulement le prénom de l'adolescent a été noté.
- Un appel d'une mère dont l'adolescent est décédé par suicide, nous n'avons pas plus d'information concernant le type de lien qu'elle a avec l'unité, si un de ses enfants a été suivi ou non.
- Des dossiers n'ont pu être retrouvés.
- Des données au sein même des dossiers sont manquantes, comme le diagnostic de l'enfant, le nombre de personnes au sein du foyer, la situation des parents.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

Ce chapitre de résultats statistiques pourrait paraître ardu pour le lecteur. C'est pourquoi nous avons illustré chaque série de chiffres par un tableau ou un schéma.

Les liaisons entre deux variables qualitatives (en classes, ex : sexe, identité de l'appelant, situation familiale, nombre d'appels en trois classes..) ont été testées par un test du Chi-2 de Pearson. Les liaisons entre une variable qualitative et une variable quantitative (ex : durée d'hospitalisation) ont été testées par une analyse de variance. Les liaisons entre variables sont jugées significatives au seuil alpha de 5 %. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS, version 8.2 (SAS Institute, Inc., Cary, N.C).

I. LES ADOLESCENTS ET LEURS HOSPITALISATIONS

A. Caractéristiques des adolescents et de leur famille

1. Répartition en fonction de l'âge et du sexe et de l'identité des appelants

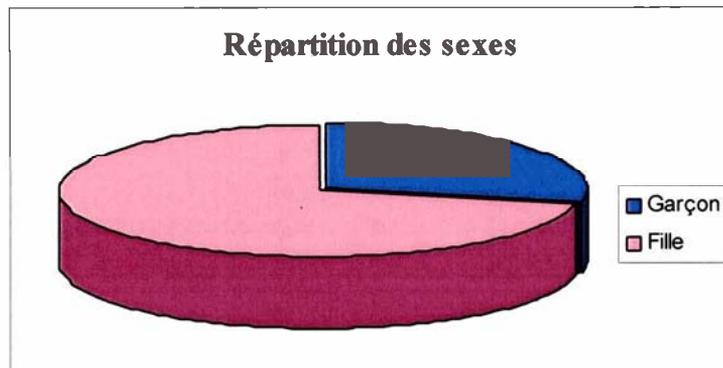
a. Le sexe

Les appels concernant des filles sont très majoritaires, à hauteur de 71,6 %. Il s'agit à la fois d'appels de jeunes filles, d'adolescentes, mais aussi de tous autres appels, provenant de parents, concernant des adolescentes.

Le sexe d'un adolescent est manquant car il n'a pu être retrouvé et noté, l'appel venant d'une mère de trois enfants, en pleurs ayant perdu un fils par suicide quelques mois auparavant. Le lien entre cette appelante et le service n'est pas précisé. Cette mère, appelant pour elle-même et étant une adulte, ne rentre pas dans l'étude.

126 appels concernent des filles, 77 ont appelé directement le service. De la même façon, 50 appels concernent des garçons, mais seulement 21 ont appelé eux-mêmes.

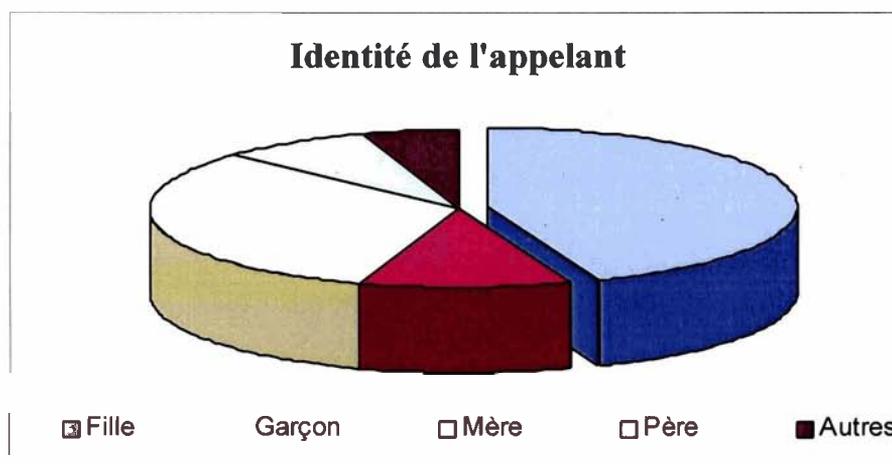
SEXE		
Garçon	50	28.4%
Fille	126	71.6%
Manquant	1	



b. Identité de l'appelant

Près de la moitié des appels proviennent de filles directement. Les garçons appellent peu directement, les appels de leurs parents étant plus fréquents. Les mères appellent beaucoup plus que les pères. Dans 5 % des cas, il s'agit d'un oncle, d'une tante, d'un ami de la famille, et parfois d'un ami d'adolescent en difficulté.

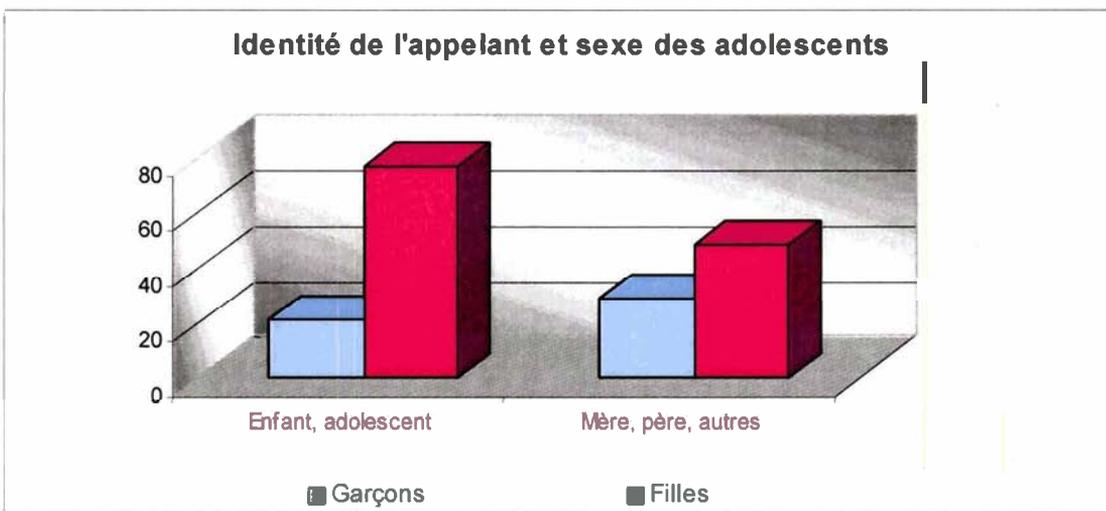
IDENTITE DE L'APPELANT		
Fille	77	46,4%
Garçon	21	11,9%
Mère	56	33,3%
Père	14	8,3%
Autres	8	5,4%



c. Identité de l'appelant et sexe des adolescents

77 filles et 21 garçons ont appelé. Parmi les appels des mères, pères et autres, 29 appels concernent des garçons et 49 appels concernent des filles. Le sexe d'un des patients n'étant pas connu.

Identité de l'appelant	Sexe de l'adolescent	
	Garçons	Filles
Enfant, adolescent	21	77
Mère, père, autres	29	49
Manquant	1	



Parmi les appels des adolescents eux – mêmes, près de 79 % proviennent de filles, tandis que 21 % proviennent de garçons.

Parmi les appels des parents ou d'autres personnes de l'entourage de l'adolescent, 63 % concernent des filles, 37 % concernent des garçons.

Cependant :

Parmi les appels qui concernent des garçons, seulement 42 % proviennent des garçons eux-mêmes, 58 % de leurs parents.

- Parmi les appels qui concernent les filles, au contraire, 61 % proviennent des filles elles – mêmes, 39 % de leurs parents.

Sur la totalité des appels, 44 % proviennent des filles, 28 % proviennent de leurs parents, 16 % proviennent de parents de garçons, 12 % proviennent des garçons eux – mêmes.

Il existe une liaison significative entre le sexe et l'identité de l'appelant (p=0,002). Les filles appellent plus d'elles-mêmes. Pour les garçons, c'est plus les parents.

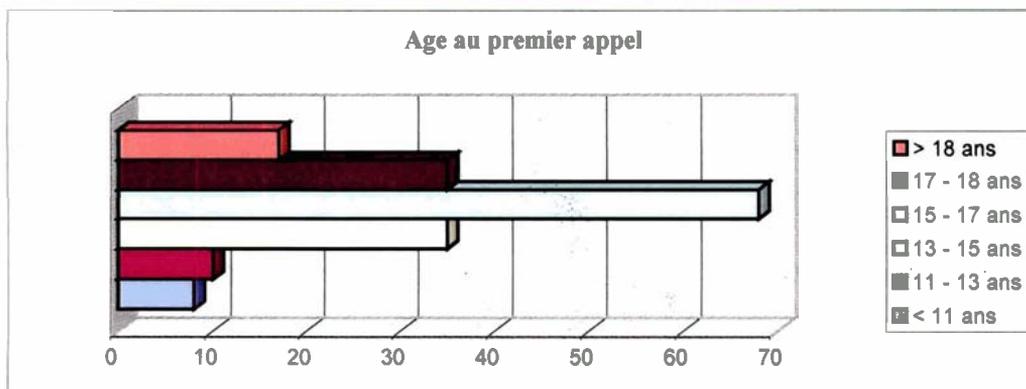
d. L'âge

L'âge des patients a été réparti en différentes tranches d'âge :

AGE AU 1ER APPEL		
< 11 ans	8	4.6%
11 - 13 ans	10	5.8%
13 - 15 ans	35	20.2%
15 - 17 ans	68	39.3%
17 - 18 ans	35	20.2%
> 18 ans	17	9.8%
Manquants	4	

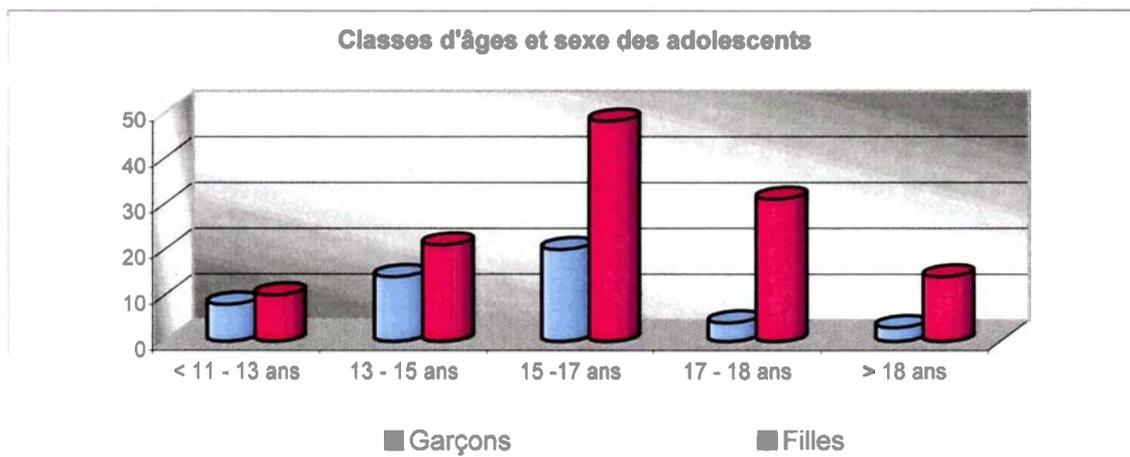
La moyenne d'âge est de 15,4 ans (+/- 2,6 ans). La médiane est de 15. Le plus jeune enfant concerné par un appel, est âgé de 3 ans, le plus âgé de 23 ans.

Les appels concernant des adolescents âgés entre 15 et 17 ans sont nettement majoritaires. 79,7 % des appels concernent des adolescents âgés entre 13 et 18 ans. Il est à noter que 8 appels concernent des enfants de moins de 11 ans.



e. Classes d'âges et sexe des adolescents

Classes d'âges	Sexe	
	Garçons	Filles
< 11 - 13 ans	8	10
13 - 15 ans	14	21
15 - 17 ans	20	48
17 - 18 ans	4	31
> 18 ans	3	14
Manquants	4	



- Parmi les adolescents âgés entre 11 et 13 ans, 56 % sont des filles, 44 % des garçons.
- Parmi les adolescents âgés entre 13 et 15 ans, 60 % sont des filles, 40 % sont des garçons.
- Parmi les adolescents âgés entre 15 et 17 ans, 71 % sont des filles, 29 % des garçons.
- Parmi les adolescents âgés entre 17 et 18 ans, 89 % sont des filles, 11 % des garçons.

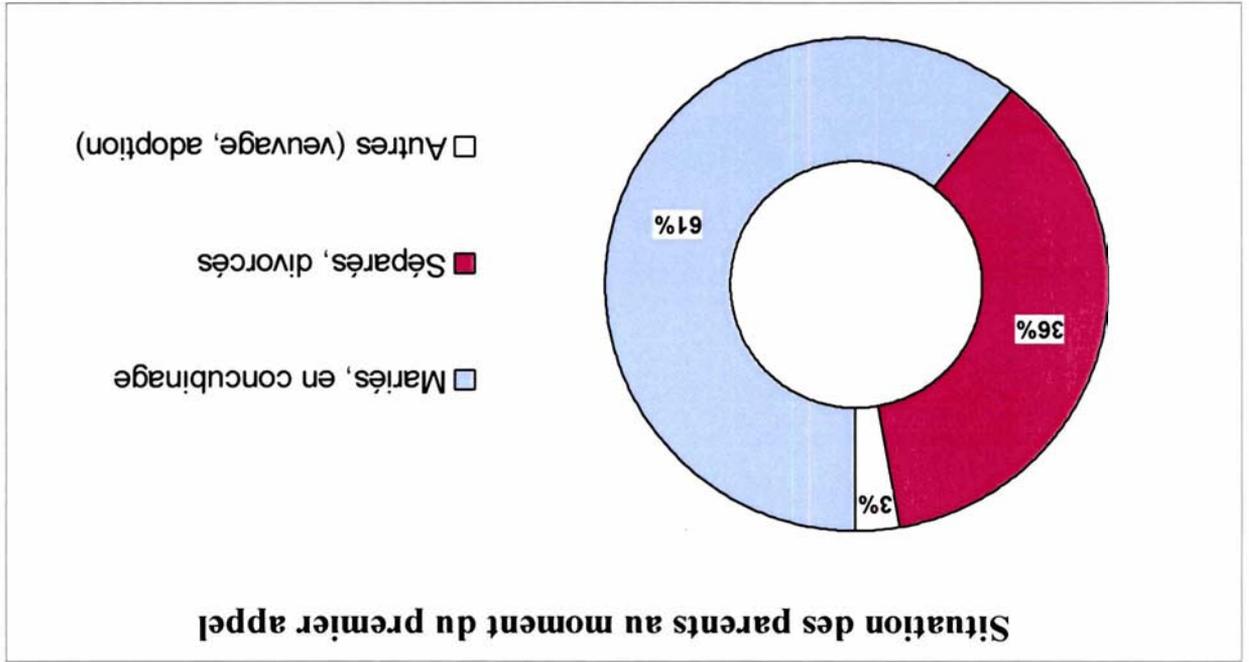
27,7 % des appels concernent des filles âgées entre 15 et 17 ans. 18 % des appels concernent des filles âgées entre 17 et 18 ans. 11,5 % des appels concernent des garçons âgés entre 15 et 17 ans.

Il existe une liaison significative entre la classe d'âge et le sexe ($p=0,03$). Les garçons sont significativement plus fréquents dans les classes d'âge les plus jeunes.

2. Situation parentale

Les parents des enfants et adolescents, qui sont parfois les appelants, sont pour 60 % des cas mariés ou vivant en concubinage. Dans 36,4 % des cas, ils sont séparés ou divorcés, les adolescents vivent chez l'un de leurs deux parents.

SITUATION DES PARENTS AU MOMENT DU PREMIER APPEL		
Mariés, en concubinage	105	60,7%
Séparés, divorcés	63	36,4%
Autres (veuvage, adoption)	5	2,9%
Manquants	4	

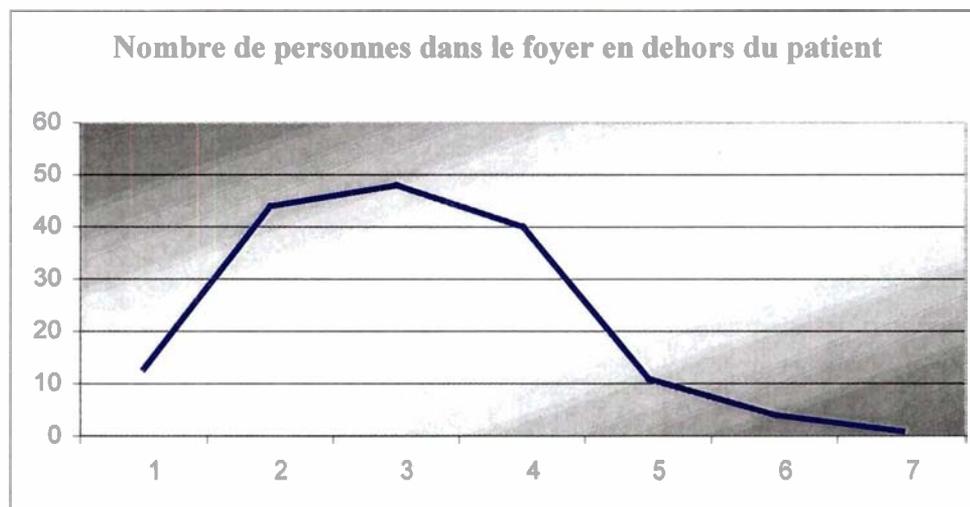


3. Nombre de personnes dans le foyer de l'adolescent

Nous avons pris en compte le nombre de personnes dans le foyer en dehors du patient. Nous retrouvons 7 catégories, de 1 à 7 personnes. Il y a 16 manquants, ce qui représente 9 % de la population totale des adolescents. Ces données n'ont pas, pour la plupart, été retrouvées dans les dossiers. De plus, un certain nombre d'adolescents et adolescentes vivent en foyer, le nombre de personnes vivant avec eux ne peut être retrouvé.

NOMBRE DE PERSONNES DANS LE FOYER EN DEHORS DU PATIENT		
1	13	8,1 %
2	44	27,3 %
3	48	29,8 %
4	40	24,8 %
5	11	6,8 %
6	4	2,5 %
7	1	0,6 %
Manquants	16	

81,9 % des adolescents et adolescentes vivent avec 2, 3 ou 4 personnes. Nous pouvons donc supposer que la majorité vivent avec leurs parents, beaux parents et leurs frères et sœurs.

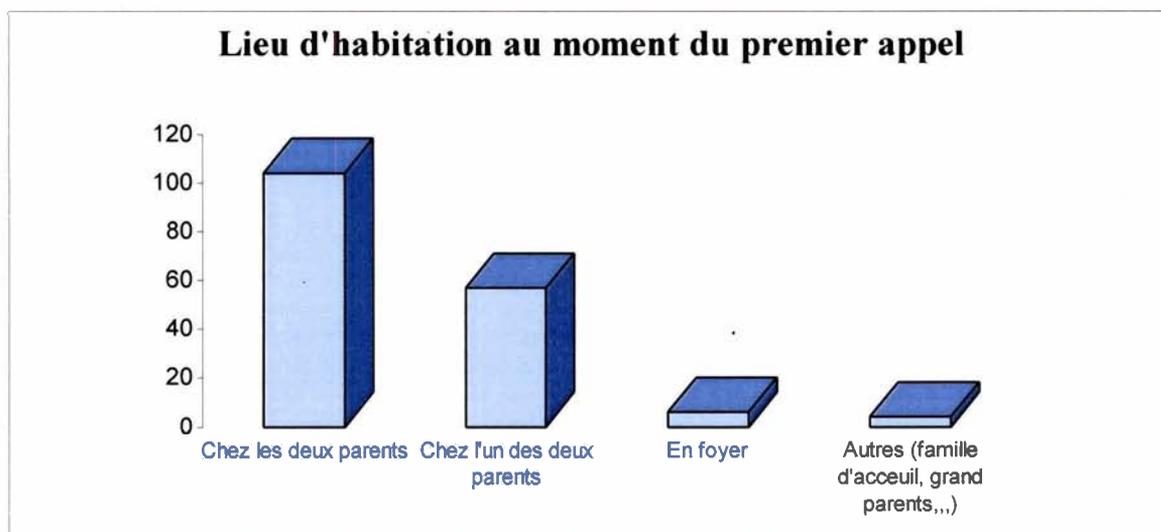


4. Lieu d'habitation des adolescents

a. Lieu d'habitation de la totalité de l'échantillon

Nous retrouvons ici ce que nous évoquions précédemment. Une grande majorité d'adolescents vivent avec leurs deux parents et un tiers avec l'un des deux parents, ce qui représente près de 94,1 % des jeunes. D'autres part, 10 vivent soit en foyer, soit en famille d'accueil ou avec d'autres membres de leur famille.

LIEU HABITATION AU MOMENT DU PREMIER APPEL		
Chez les deux parents	104	60.8%
Chez l'un des deux parents	57	33.3%
En foyer	6	3.5%
Autres (famille d'accueil, grand parents,,)	4	2.3%
Manquants	6	



b. Lieu d'habitation et sexe des adolescents

Lieu d'habitation	Sexe	
	Garçons	Filles
Chez les deux parents	30	74
Chez l'un des deux parents	16	41
En foyer, autres	2	8
Manquants	6	

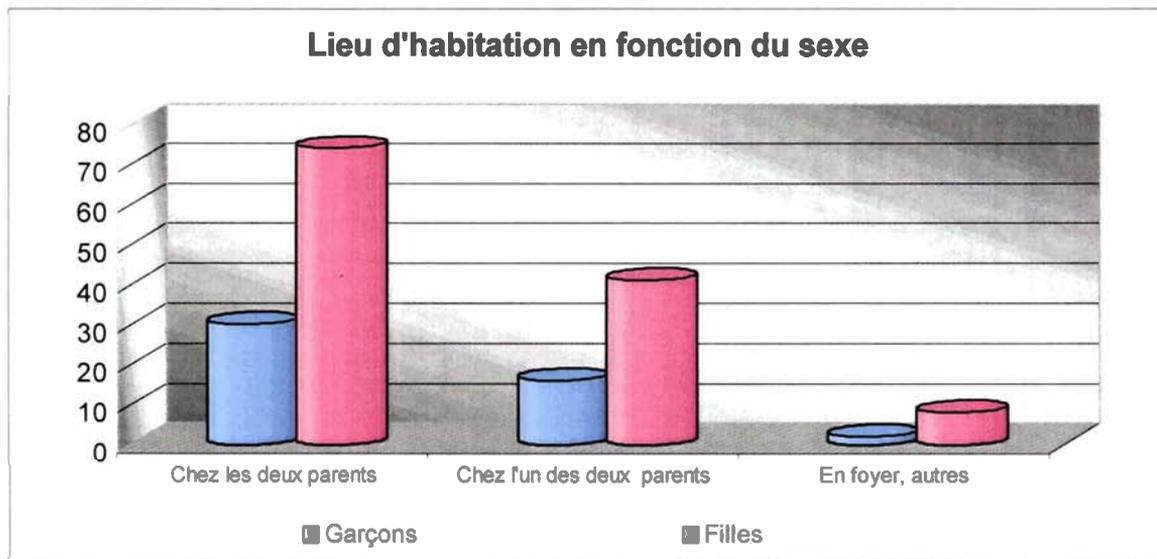
- Parmi les adolescents qui vivent chez leurs deux parents, 29 % sont des garçons, 71 % sont des filles.
- Parmi les adolescents qui vivent chez l'un de leurs deux parents, 28 % sont des garçons, 72 % sont des filles.
- Parmi les adolescents qui ne vivent pas avec leurs parents, 20 % sont des garçons, 80 % sont des filles.

Lorsque les appels concernent des garçons (48 appels), 63 % vivent avec leurs deux parents, 33 % vivent chez l'un de leurs deux parents, 4 % ne vivent pas avec leurs parents. Quant aux

appels qui concernent des filles (123 appels), dans 60 % des cas, elles vivent avec leurs deux parents, dans 33 % avec l'un de leurs deux parents, dans 7 % des cas, elles sont séparées de leurs parents.

En tenant compte de la totalité des appels, 43 % concernent des filles qui vivent avec leurs deux parents, 24 % des filles qui vivent avec l'un de leurs deux parents, 18% des garçons qui vivent avec leurs deux parents, 9 % des garçons qui vivent avec l'un de leurs deux parents, 5 % des filles qui ne vivent pas avec leurs parents (vivent en foyer ou autres), 1 % des garçons qui ne vivent pas avec leurs parents.

Il n'y a pas de liaison significative entre le sexe et le lieu d'habitation de l'adolescent.



c. Lieu d'habitation et identité de l'appelant

Lieu d'habitation	Identité de l'appelant	
	Enfant, adolescent	Père, mère, autres
Chez les deux parents	61	43
Chez l'un des deux parents	30	27
En foyer, autres	6	4
Manquants	6	

Ces données ont été répertoriées en fonction des catégories socio-professionnelles de l'INSEE. Nous avons tenu compte de l'un des deux statuts des parents. Nous avons d'abord pris en compte les Cadres et Chefs d'entreprise, puis les professions intermédiaires et enfin les

5. Situations professionnelles des parents

d'habitation du patient.

Cependant, il n'y a pas de liaison significative entre l'identité de l'appelant et le lieu

des cas, il ne vit pas avec ses parents.

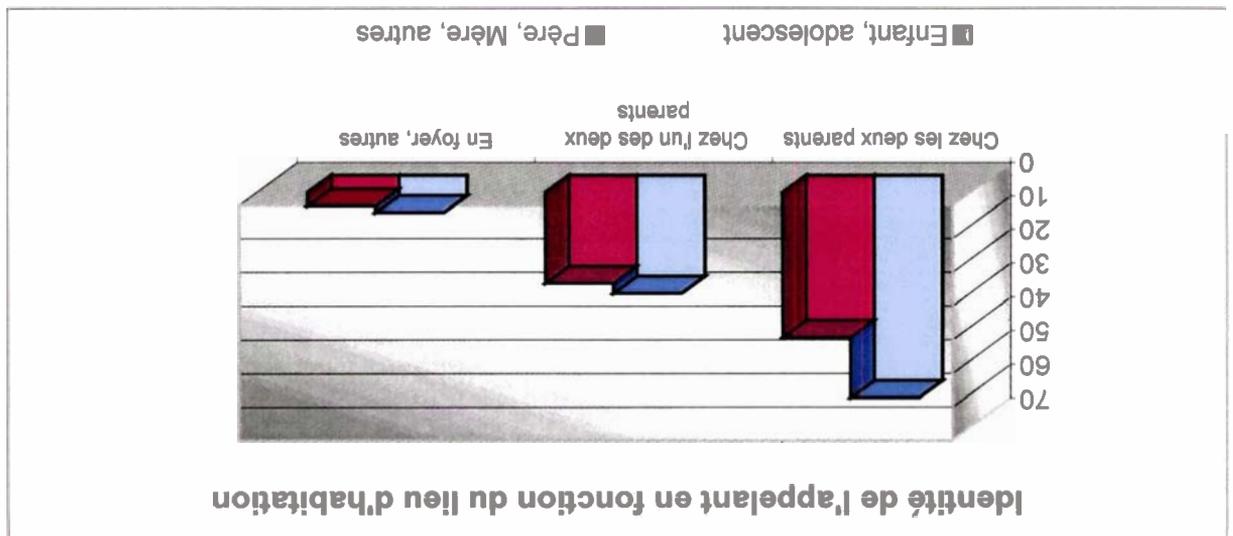
Lorsque ce sont les parents qui appellent, dans 58 % des cas leur enfant vit avec eux, dans 36 % des cas, il vit avec l'un des deux parents, nous ne savons alors pas lequel appelle. Dans 6 %

de leurs deux parents dans 31 % des cas, en foyer ou ailleurs dans 6 % des cas.

Lorsque les enfants appellent, ils vivent chez leurs deux parents dans 63 % des cas, chez l'un

eux-mêmes dans 60 %, dans 40 % c'est un parent qui appelle.

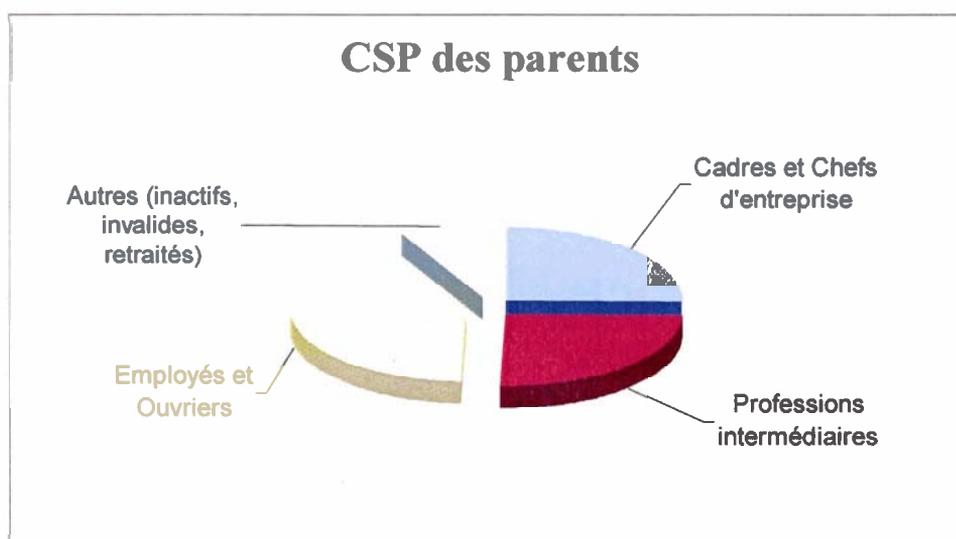
- Lorsque l'enfant ne vit pas avec ses parents. Les appels proviennent des adolescents
- Lorsque l'enfant vit chez l'un des deux parents, dans 53 % des cas les adolescents appellent eux-mêmes et dans 47 % des cas, il s'agit de leurs parents.
- Lorsque l'enfant vit chez l'un des deux parents, dans 59 % des cas et dans 41 % des cas, ils proviennent des adolescents eux-mêmes.



employés, ouvriers et les autres. Par exemple, lorsque l'un des parents est cadre et l'autre profession intermédiaire, nous avons sélectionné la catégorie Cadres et Chefs d'entreprise pour cette famille.

Catégories SocioProfessionnelles des PARENTS		
Cadres et Chefs d'entreprise	42	25.3%
Professions intermédiaires	42	25.3%
Employés et Ouvriers	69	41.6%
Autres (inactifs, invalides, retraités)	13	7.8%
Manquantes	11	

50,6 % des parents sont soit cadres, soit professions intermédiaires, cependant la catégorie la plus représentée est celle des employés et ouvriers. 11 données étaient manquantes, à savoir près de 6 % de la totalité de l'échantillon (de 177 jeunes).



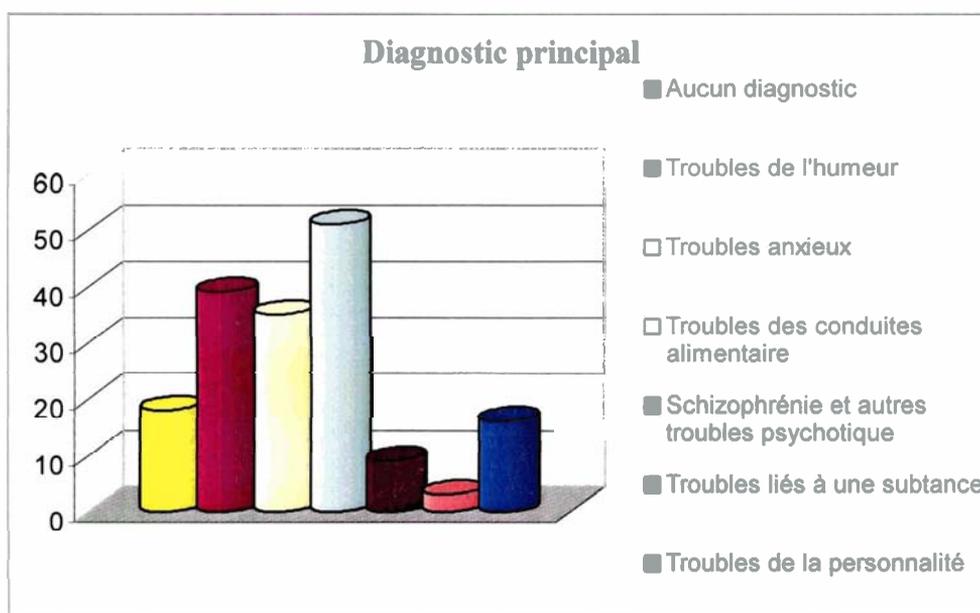
6. Diagnostic principal et diagnostic associé

a. Diagnostic principal

Pour chaque adolescent de l'étude, nous avons reporté les diagnostics présentés dans les dossiers et nous les avons regroupés en 6 catégories principales. Près de 30 % des adolescents présentent des troubles du comportement alimentaire. Ces diagnostics proviennent du DSM-IV-R.

Sous le terme « aucun diagnostic », il s'agit de symptômes qui ne rentrent pas dans une catégorie diagnostic selon le DSM, cela concerne 10,5 % des adolescents.

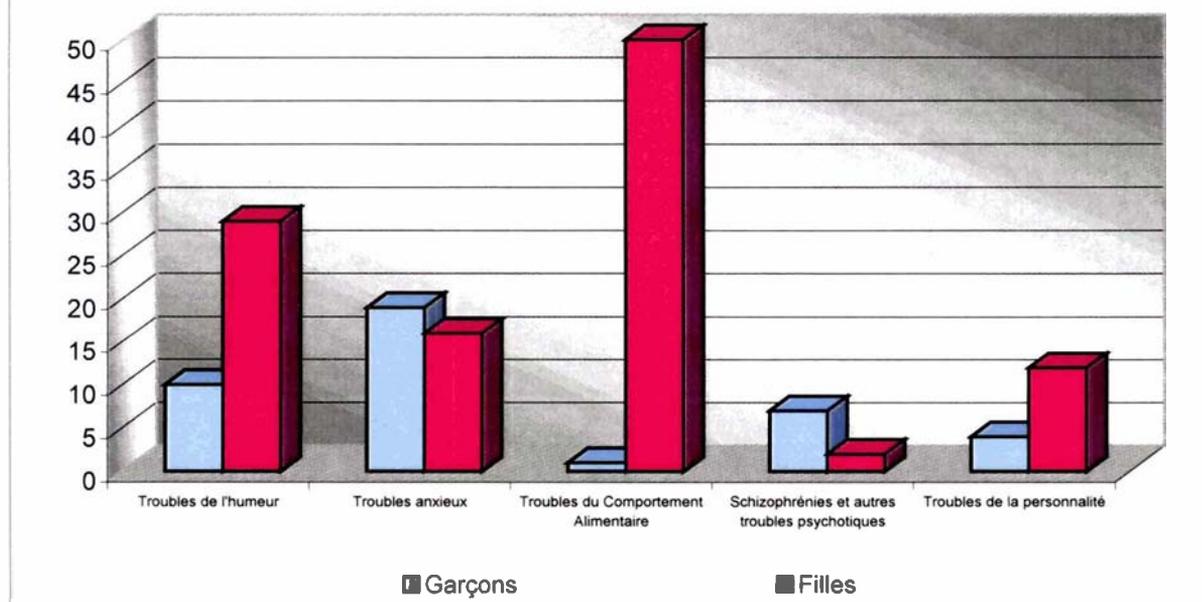
DIAGNOSTIC PRINCIPAL		
Aucun diagnostic	18	10.5%
Troubles de l'humeur	39	22.8%
Troubles anxieux	35	20.5%
Troubles des conduites alimentaire	51	29.8%
Schizophrénie et autres troubles psychotique	9	5.3%
Troubles liés à une substance	3	1.8%
Troubles de la personnalité	16	9.4%
Manquants	6	



b. Diagnostic principal et sexe des adolescents

Diagnostic principal	Sexe	
	Garçons	Filles
Troubles de l'humeur	10	29
Troubles anxieux	19	16
Troubles du Comportement Alimentaire	1	50
Schizophrénies et autres troubles psychotiques	7	2
Troubles de la personnalité	4	12
Manquants	27	

Diagnostic et sexe des adolescents



- Parmi le diagnostic de troubles de l'humeur, 26 % concernent des garçons, 74 % des filles.
- Parmi le diagnostic de troubles anxieux, 54 % concernent des garçons, 46 % des filles.
- Parmi le diagnostic de troubles du comportement alimentaire, 98 % concernent des filles, 2 % des garçons.
- Parmi les diagnostics de schizophrénie et autres troubles psychotiques, 78 % concernent des garçons, 22 % des filles.
- Parmi les diagnostics des troubles de la personnalité, 75 % concernent des filles, 25 % des garçons.

Parmi les garçons (41 diagnostics posés chez les garçons), 46 % présentent un trouble anxieux, 24 % présentent un trouble de l'humeur, 17 % une schizophrénie ou un autre trouble psychotique, 10 % un trouble de la personnalité, 3 % un trouble des conduites alimentaires.

Parmi les filles, (109 diagnostics posés chez les filles), 46 % présentent un trouble du comportement alimentaire, 27 % présentent un trouble de l'humeur, 14 % présentent un trouble anxieux, 11 % présentent un trouble de la personnalité, 2 % présentent une schizophrénie ou un autre trouble psychotique.

Il existe une liaison très significative entre le diagnostic principal et les sexe des adolescents ($p < 0,0001$). Les garçons ont plutôt des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux et les filles plutôt des troubles du comportement alimentaire.

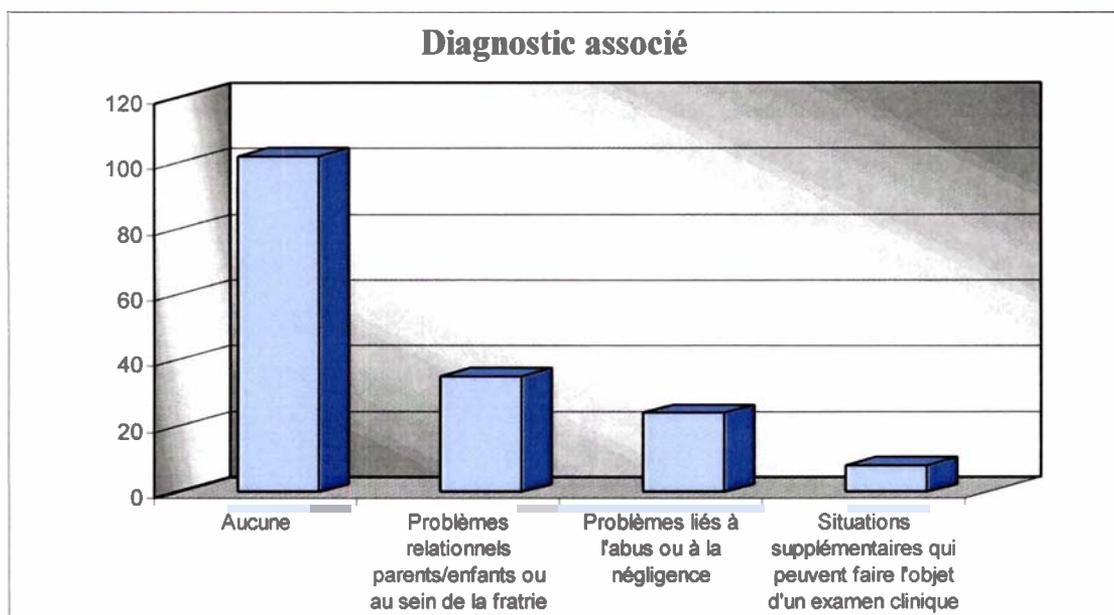
c. Diagnostic associé

Nous avons ajouté cette catégorie, du fait d'éléments considérés comme importants et ayant des répercussions majeures sur le comportement des adolescents, ces éléments étant bien spécifiés dans les courriers médicaux ou les observations médicales. Ces catégories font également parties du DSM-IV-R, dans la catégorie : « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique », parmi elles, il y a « Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » qui comporte : La non observance du traitement, la simulation, le comportement anti – social de l'enfant, le fonctionnement intellectuel limite, le deuil, les problèmes scolaires ou universitaires, les problèmes d'identité.

DIAGNOSTIC ASSOCIE		
Aucun	102	60.4%
Problèmes relationnels parents/enfants ou au sein de la fratrie	35	20.7%
Problèmes liés à l'abus ou à la négligence	24	14.2%
Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique	8	4.7%
Manquants	8	

60,4 % n'ont aucun diagnostic associé.

Les problèmes relationnels avec les parents ou la fratrie et les problèmes liés à l'abus ou la négligence représentent 34,9 % des adolescents.



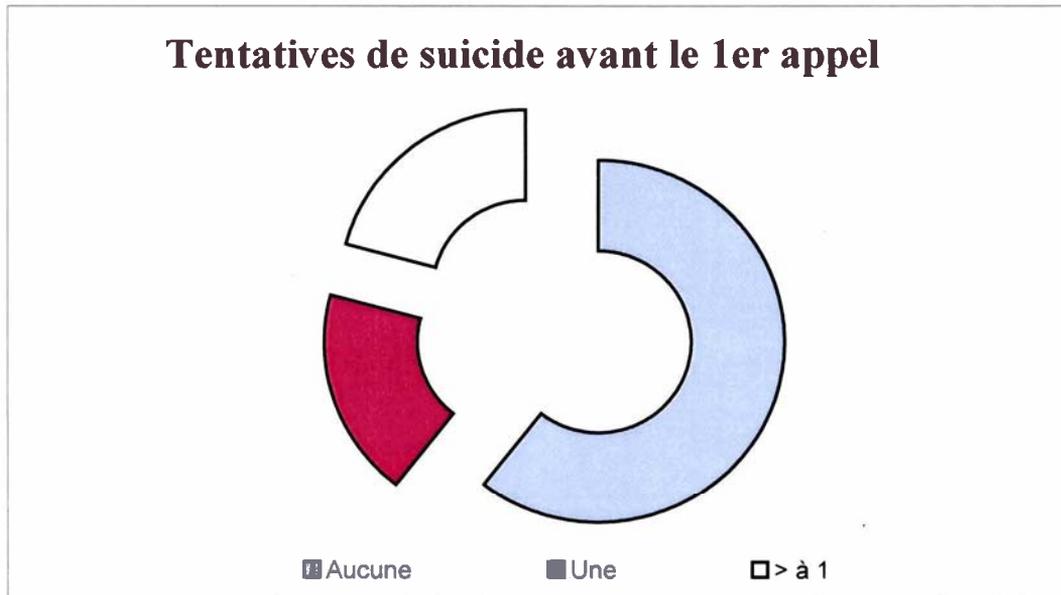
7. Tentatives de suicide avant le premier appel

Nous avons jugé important de savoir si ces adolescents appelant sont plus souvent des suicidants. Nous avons donc recueilli le nombre de tentatives de suicide avant le premier appel. Nous n'avons pu collecter le nombre de tentatives de suicide après l'appel, puisqu'un certain nombre de patients n'est pas ré-hospitalisé, cette donnée n'apparaît pas dans les dossiers.

TENTATIVES DE SUICIDE AVANT LE 1ER APPEL		
Aucune	101	60.5%
Une	31	18.6%
> à 1	35	21.0%
Manquants	10	

60,5 % n'ont jamais fait de tentative de suicide, ou cette donnée n'est pas connue ou notée dans les dossiers. Cependant, 39,6 % ont déjà fait une tentative ou plus.

Tentatives de suicide avant le 1er appel

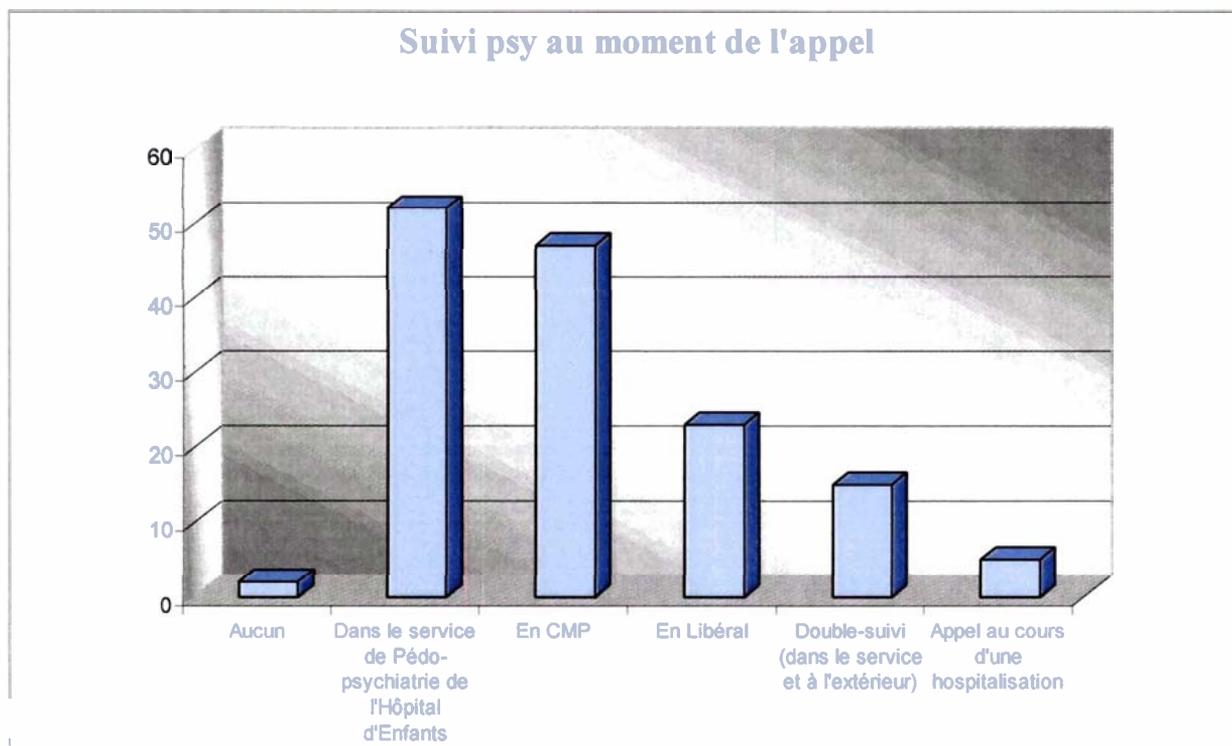


8. Suivi psychiatrique au moment de l'appel

Nous avons considéré qu'un enfant ou un adolescent était suivi au moment de l'appel lorsque ceci était noté dans les dossiers, c'est-à-dire s'il y avait un suivi dans les quelques semaines suivant l'appel. Toutefois, cet élément étant difficile à recueillir, nous le citons à titre d'information. Cependant, il est parfois indiqué dans le cahier d'appels, puisque souvent les infirmiers demandent au cours de l'appel s'il existe un suivi en cours ou conseillent aux adolescents ou parents, de reprendre un suivi, soit en les orientant directement sur le secrétariat, soit en les invitant à venir dans le service pour un entretien infirmier lorsqu'ils jugent l'appel inquiétant.

SUIVI PSY AU MOMENT DE L'APPEL		
Aucun	2	1.4%
Dans le service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants	52	36.1%
En CMP	47	32.6%
En Libéral	23	16.0%
Double-suivi (dans le service et à l'extérieur)	15	10.4%
Appels au cours d'une hospitalisation	5	3.5%
Manquants	33	

Dans 18,4 % des cas, nous n'avons pu retrouver aucune information concernant le suivi, ou les courriers médicaux indiquaient des suivis entrepris plusieurs mois avant l'appel. De plus, nous ne pouvons savoir si les suivis indiqués étaient honorés par les adolescents.



36 % sont tout de même suivis dans le service au moment de l'appel. Près de 33 % sont suivis dans un CMP. A noter que 10 % sont à la fois suivis par le service et à la fois sur l'extérieur.

B. Prise en charge hospitalière

1. Nombre et durée d'hospitalisations entre 2000 et 2005

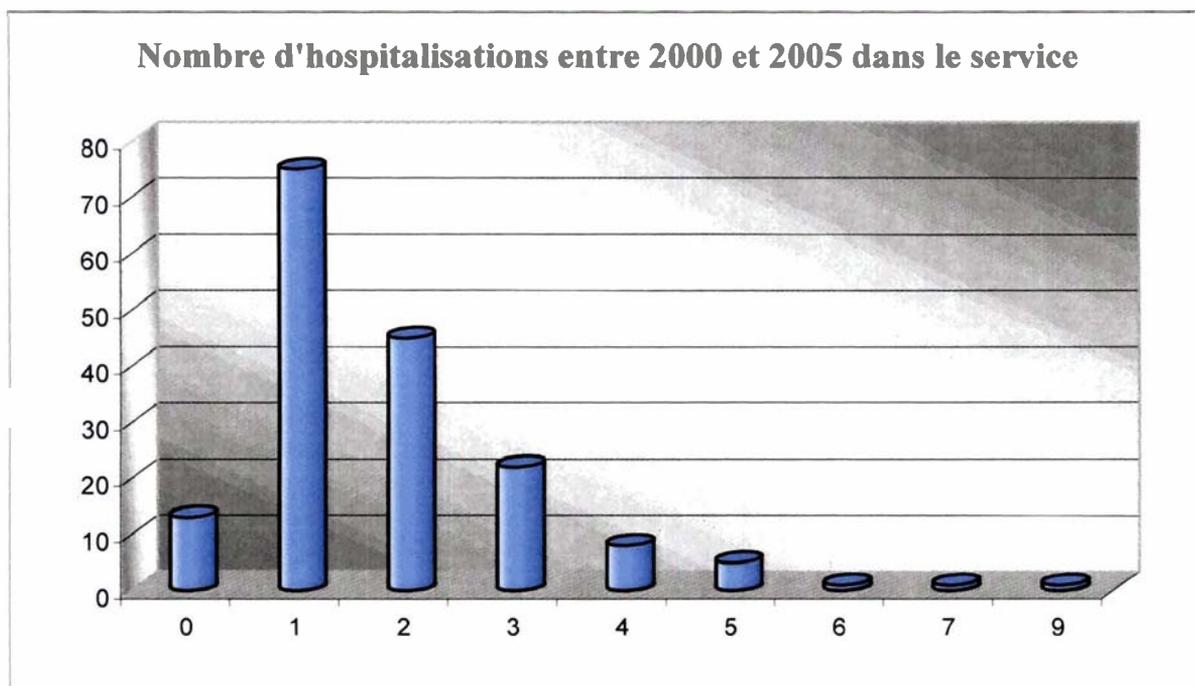
a. Nombre d'hospitalisations par adolescent

Pour chaque patient, nous avons recueilli le nombre d'hospitalisations total entre 2000 et 2005. 43,9 % n'ont été hospitalisés qu'une seule fois. 83,1 % des adolescents ont été hospitalisés entre 1 et 3 fois. 7,6 % des adolescents n'ont jamais été hospitalisés. (Chi-2, $p < 0,001$).

Les appels des adolescents qui n'ont jamais été hospitalisés concernent donc :

- Des adolescents hospitalisés avant 2000 ou après 2005.
- Des adolescents suivis en ambulatoire.
- Des adolescents ou parents qui ont connaissance du numéro du service.

NB D HOSPITALISATIONS ENTRE 2000 ET 2005 DANS LE SERVICE		
0	13	7.6%
1	75	43.9%
2	45	26.3%
3	22	12.9%
4	8	4.7%
5	5	2.9%
6	1	0.6%
7	1	0.6%
9	1	0.6%
Manquants	6	



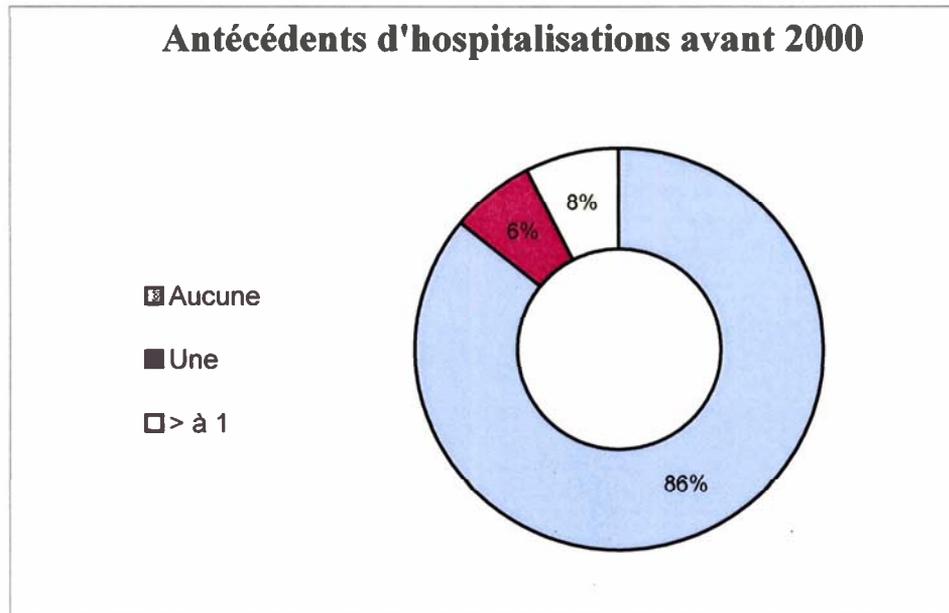
b. durée d'hospitalisation

Nous disposons de cette donnée pour 170 adolescents. La durée moyenne d'hospitalisation est de 47,5 jours(+/-57,0). La médiane est de 31. La durée minimum est de 0 jour, la durée maximum de 418 jours.

2. Antécédents d'hospitalisations avant 2000

Les appels reçus en 2000 et dans une moindre mesure les années suivantes concernent parfois des adolescents qui ont été hospitalisés avant la période de l'inclusion. Toutefois, 86 % n'avaient jamais été hospitalisés avant janvier 2000.

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATIONS AVANT 2000		
Aucune	147	86.0%
Une	11	6.4%
> à 1	13	7.6%
Manquant	6	



II. APPELS ET HOSPITALISATIONS

A. Caractéristiques des appels

1. Les motifs d'appel

a. Motifs d'appel de l'ensemble de l'échantillon

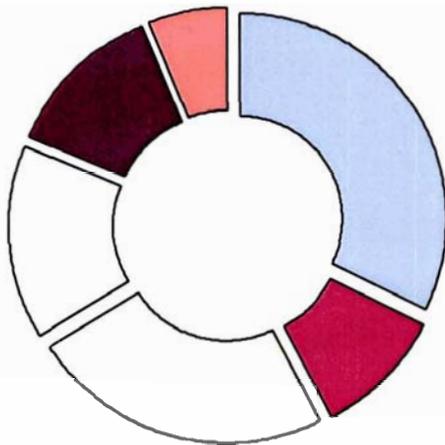
Nous avons regroupé de façon subjective, les motifs des appels en 6 grandes catégories. L'appel positif est un appel où les adolescents expriment leur bien être et veulent le faire savoir à l'équipe en l'appelant. L'appel informatif est un appel uniquement dans le but de demander des informations, des renseignements.

La catégorie Passage à l'acte regroupe des adolescents qui appellent au moment même d'un passage à l'acte. Tous ces appels proviennent des adolescents eux – mêmes et représentent tout de même 6,2 % des appels.

MOTIFS DU 1ER APPEL		
Appel positif, appel informatif	57	32.2%
Fléchissement de l'humeur, idées suicidaires	18	10.2%
Angoisse exprimée	42	23.7%
Problème relationnel avec les parents ou autres	27	15.3%
Trouble du comportement alimentaire	22	12.4%
Passage à l'acte : TS, fugue	11	6.2%

Les appels sont majoritairement positifs ou informatifs. L'angoisse est une cause fréquente d'appel, dans 23,7 % des cas. Les adolescents qui sont dans cette catégorie ont clairement exprimé leur angoisse, les infirmiers l'ayant notée dans les cahiers.

Motif du premier appel

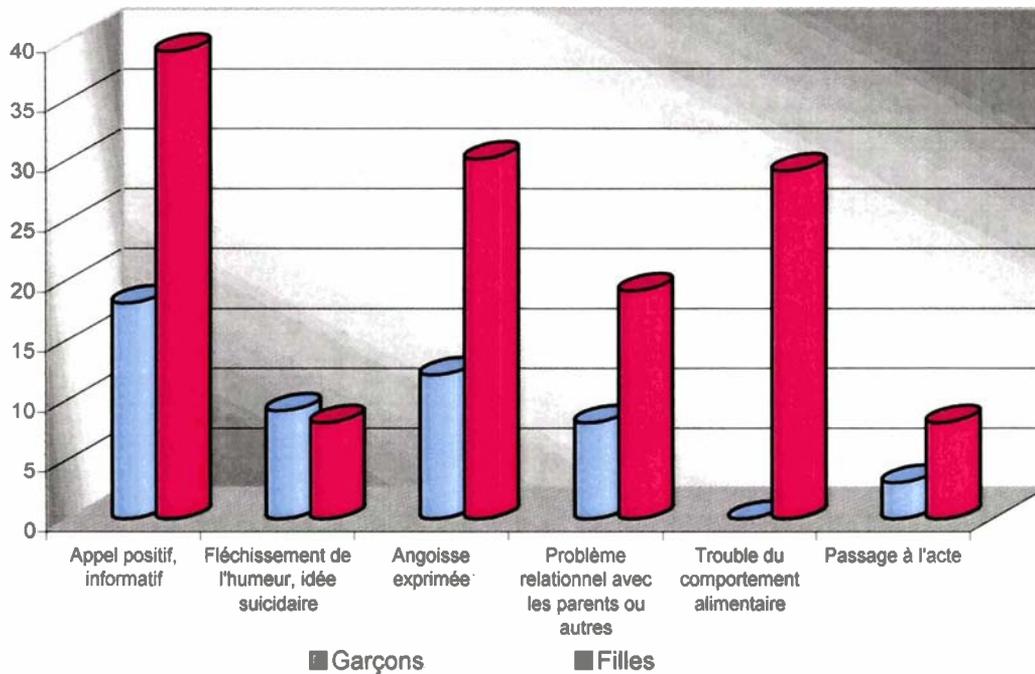


- Appel positif, appel informatif
- Fléchissement de l'humeur, idées suicidaires
- angoisse exprimée
- Problème relationnel avec les parents ou autres
- Trouble du comportement alimentaire
- Passage à l'acte : TS, fugue

b. Motifs d'appel en fonction du sexe des adolescents

Motifs d'appel	Sexe	
	Garçons	Filles
Appel positif, informatif	18	39
Fléchissement de l'humeur, idée suicidaire	9	8
Angoisse exprimée	12	30
Problème relationnel avec les parents ou autres	8	19
Trouble du comportement alimentaire	0	29
Passage à l'acte	3	8
Manquant	1	

Motifs d'appel et sexe des adolescents



- Parmi les appels positifs, 68 % concernent des filles, 32 % des garçons.
- Parmi les appels au sujet d'un fléchissement de l'humeur, 53 % concernent des garçons, 47 % concernent des filles.
- Parmi les appels au sujet d'une angoisse, 29 % concernent des garçons, 71 % concernent des filles.
- Parmi les appels au sujet d'un problème relationnel, 30 % concernent les garçons, 70 % concernent les filles.
- Parmi les appels au sujet de troubles du comportement alimentaire, 100% concernent des filles.

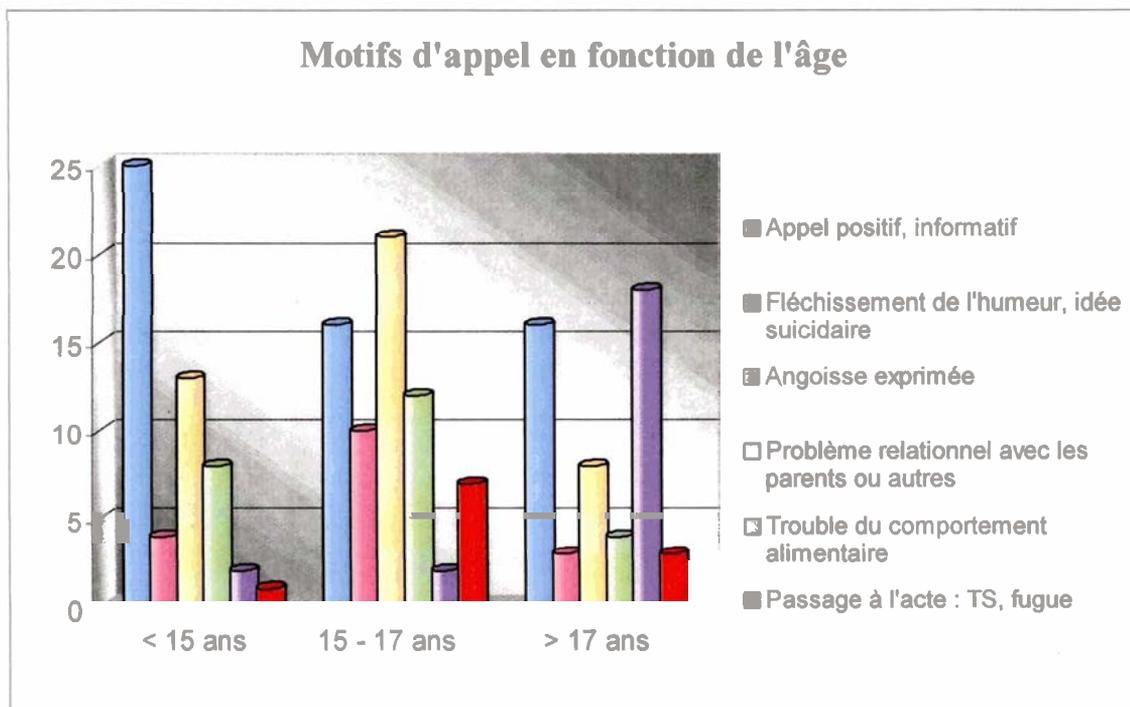
Parmi les appels au moment d'un passage à l'acte, 73 % concernent des filles, 37 % concernent des garçons.

En ce qui concerne les 50 appels au sujet de garçons, 36 % sont positifs ou informatifs, 28 % manifestent une angoisse, 18 % un fléchissement de l'humeur, des idées suicidaires. 126 appels concernent des filles, 31 % sont positifs, 24 % expriment une angoisse, 17 % manifestent des troubles du comportement alimentaire, 15 % expriment des problèmes relationnels.

Il existe une liaison significative entre le motif de l'appel et le sexe ($p=0,015$). Les appels au sujet de garçons concernent plus un fléchissement de l'humeur, des angoisses. Ces appels sont également plus souvent positifs ou informatifs.

c. Motifs d'appel en fonction de l'âge des adolescents

Classes d'âges	Motifs d'appel					
	Appel positif, informatif	Fléchissement de l'humeur, idée suicidaire	Angoisse exprimée	Problème relationnel avec les parents ou autres	Trouble du comportement alimentaire	Passage à l'acte: TS, fugue
< 15 ans	25	4	13	8	2	1
15 - 17 ans	16	10	21	12	2	7
> 17 ans	16	3	8	4	18	3
Manquants	3					



Il existe une liaison très significative entre la classe d'âge et le motif de l'appel ($p<0,0001$) :

Parmi les appels qui concernent des enfants et adolescents de moins de 15 ans, 47 % sont positifs ou informatifs, 24,5 % des appelants expriment une angoisse et 15 % évoquent des problèmes relationnels.

Parmi les appels qui concernent des adolescents âgés entre 15 et 17 ans, 31 % expriment une angoisse, 23,5 % sont positifs ou informatifs, 17,6 % expriment des problèmes relationnels.

Pour les adolescents âgés de plus de 17 ans, 34,6 % des appels évoquent des troubles du comportement alimentaire, 31 % sont positifs ou informatifs.

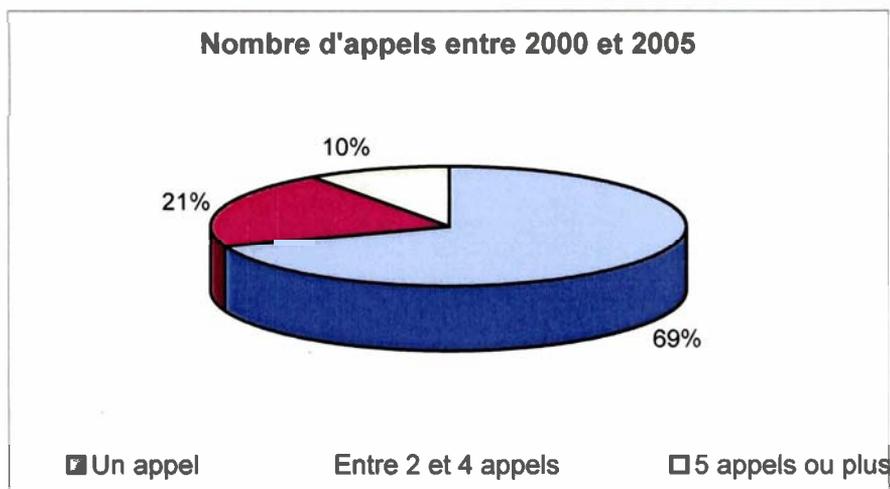
2. Nombre d'appels entre 2000 et 2005

a. Nombre total d'appels entre 2000 et 2005

398 appels ont été reçus pendant ces 6 années. Certains ont donc appelé plusieurs fois par an, voir plusieurs années de suite puisqu'il y a seulement 177 adolescents concernés.

Il nous a paru nécessaire de distinguer ceux qui appellent une fois, et les autres.

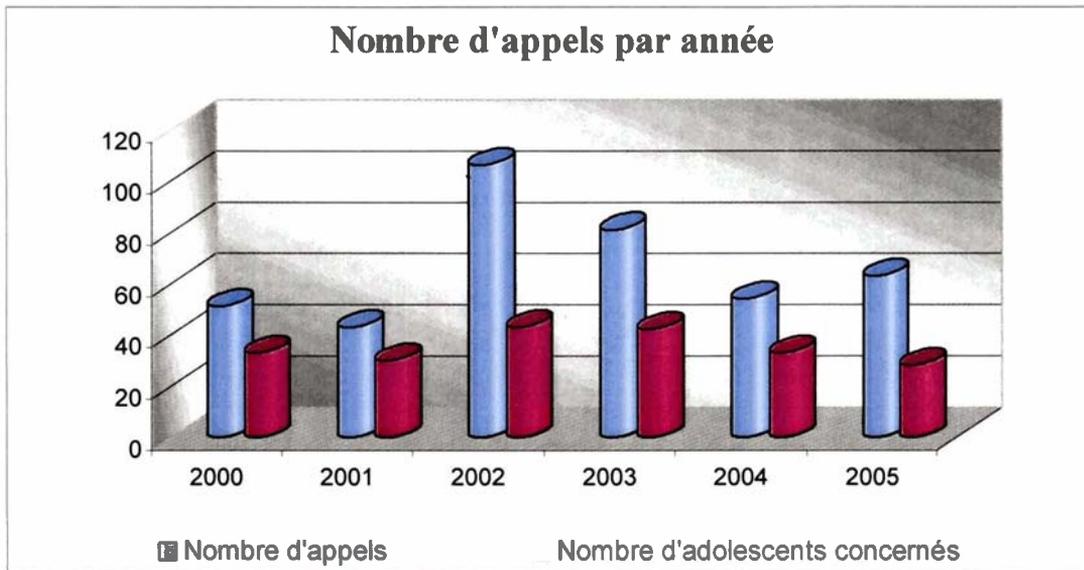
NOMBRE D APPELS ENTRE 2000 ET 2005		
Un appel	123	(69.5%)
Entre 2 et 4 appels	37	(20.9%)
5 appels ou plus	17	(9.6%)



b. Nombre d'appels par année

Il y a en totalité 398 appels reçus entre 2000 et 2005. Pour les 177 adolescents différents les appels sont répétés plusieurs fois par année et aussi plusieurs années de suite.

	Nombre d'appels	Nombre d'adolescents concernés
2000	51	33
2001	43	30
2002	106	43
2003	81	42
2004	54	33
2005	63	28
TOTAL	398	209



Pour des raisons inconnues, Il y a eu plus d'appels en 2002 et 2003.

c. Caractéristiques de l'échantillon selon le nombre d'appels classés en catégories d'appelants

Nous avons différencié 3 catégories d'appels :

- Les appels uniques, nous l'avons vu, ils sont majoritaires : 69,5 % de l'échantillon.
- Les appels répétés entre 2 et 4 fois : 20,9 %.
- Les appels répétés 5 fois ou plus : 9,6 %.

Par la suite, nous distinguons les appels *uniques* et les autres, les appels *multiples*. Nous allons tenter de voir si il y a des différences parmi ces deux groupes :

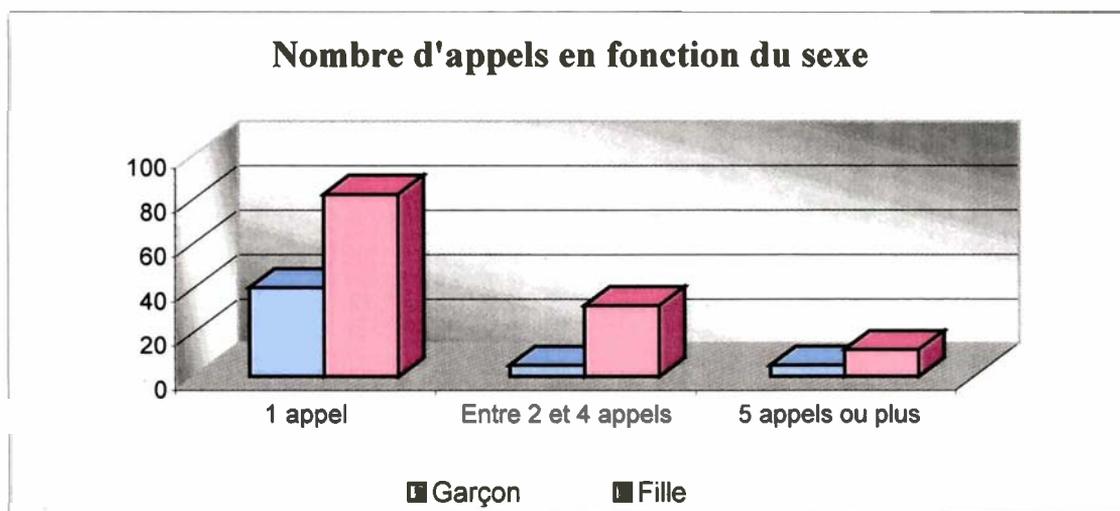
➤ **Répartition selon le sexe**

Parmi les appels uniques, 32,8 % des appels concernent des garçons, 67,2 % concernent des filles.

Parmi les appels multiples, 18,51 % des appels concernent des garçons, 81,49 % concernent des filles.

Les appels uniques concernant les filles sont ainsi majoritaires.

Sexe	Nombre d'appels		
	1 appel	Entre 2 et 4 appels	5 appels ou plus
Garçon	40	5	5
Fille	82	32	12
Manquant		1	



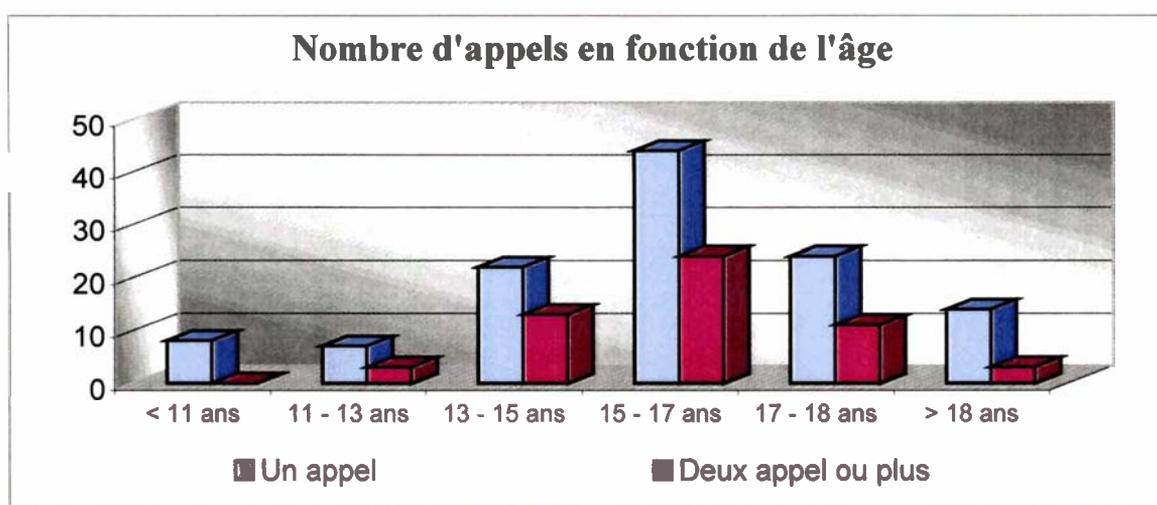
➤ Répartition selon l'âge

AGE	Nombre d'appels	
	Un appel	Deux appels ou plus
< 11 ans	8	0
11 - 13 ans	7	3
13 - 15 ans	22	13
15 - 17 ans	44	24
17 - 18 ans	24	11
> 18 ans	14	3
Manquants	4	

Parmi les appels uniques, 6,7 % concernent des enfants de moins de 11 ans, 5,9 % des adolescents âgés entre 11 et 13 ans, 18,5 % des adolescents âgés entre 13 et 15 ans, 37 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans, 20,2 % des adolescents âgés entre 17 et 18 ans, 11,8 % des adolescents de plus de 18 ans.

Parmi les appels multiples, aucun ne concerne des enfants de moins de 11 ans, 5,5 % concernent des adolescents âgés entre 11 et 13 ans, 24 % concernent des adolescents âgés entre 13 et 15 ans, 44,4 % concernent des adolescents âgés de 15 à 17 ans, 20,37 % concernent des adolescents âgés entre 17 et 18 ans, 5,5 % concernent des adolescents de plus de 18 ans.

Qu'il y ait un appel ou plus, l'adolescent est le plus souvent âgé entre 15 et 17 ans.



➤ **Répartition selon l'identité de l'appelant**

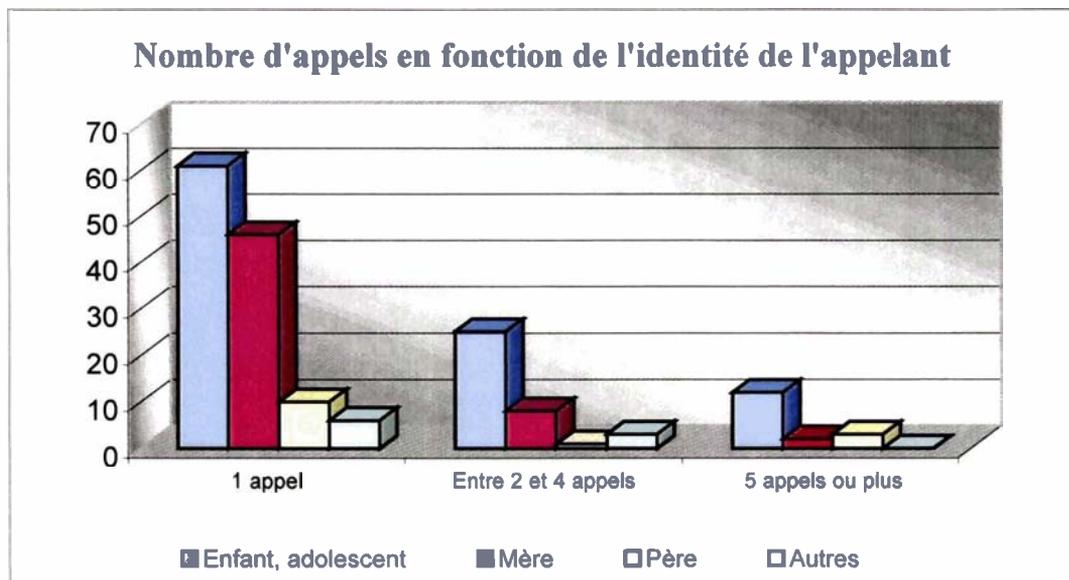
Lorsque l'appel est unique, les adolescents sont les appelants dans 50 % des cas, les mères dans 37,4 % des cas, les pères dans 8,1 % des cas. Dans 4,9 % des cas ce sont d'autres proches de l'adolescent qui appellent.

Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels pour un adolescent, celui-ci est l'appelant dans 67,6 % des cas, les mères sont les appelantes dans 21,6 % des cas, les pères dans 2,7 % des cas. Dans 8,1 % des cas, ce sont d'autres membres de l'entourage de l'adolescent qui appellent.

Lorsqu'il y a 5 appels ou plus, les adolescents sont les appelants dans 70,6 % des cas, les mères dans 11,8 % des cas, les pères dans 7,9 % des cas.

Ceux qui appellent deux fois ou plus, sont plus souvent les parents que les enfants eux – mêmes. (p=0,02).

Identité de l'appelant	Nombre d'appels		
	1 appel	Entre 2 et 4 appels	5 appels ou plus
Enfant, adolescent	61	25	12
Mère	46	8	2
Père	10	1	3
Autres	6	3	0
Manquants	6		



➤ Répartition selon la situation des parents

Nous avons voulu savoir si la situation des parents pouvait être liée au nombre d'appels qui concernent leurs enfants.

Situation des parents	Nombre d'appels		
	1 appel	2 - 4 appels	> 5 appels
Mariés, en concubinage	72	22	11
Séparés, divorcés, autres	47	15	6
Manquants	6		

- Lorsqu'il n'y a qu'un appel qui concerne un enfant ou un adolescent, dans 61 % des cas les parents vivent ensemble, dans 39 % des cas ils sont séparés ou divorcés, ou présentent une autre situation.

Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels, dans 59 % des cas, les parents vivent ensemble, dans 41 % des cas ils sont séparés ou présentent une autre situation.

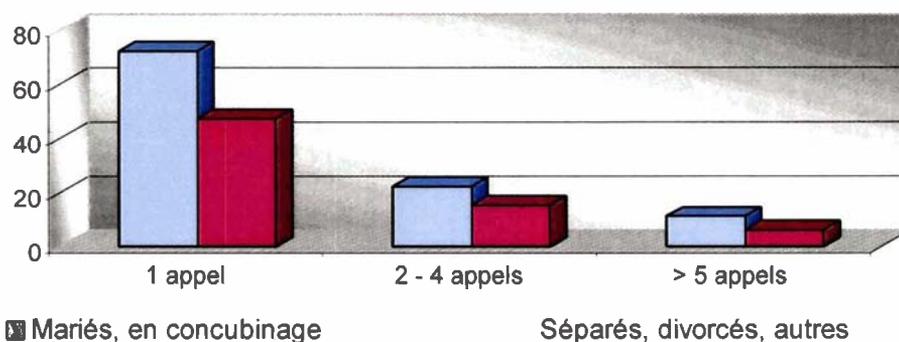
Lorsqu'il y a 5 appels ou plus, dans 65 % des cas, les parents vivent ensemble, dans 35 % des cas, ils sont séparés ou présentent une autre situation.

Lorsque les parents vivent ensemble, 69 % des appels sont uniques, 21 % sont répétés entre 1 et 3 fois, 10 % sont répétés plus de 4 fois.

Lorsque les parents ne vivent plus ensemble, 69 % des appels sont uniques, 22 % sont répétés plus d'une fois, 8 % sont répétés plus de 4 fois.

Dans 61 % des cas, les parents vivent ensemble, dans 39 % des cas, ils sont séparés ou divorcés. **Néanmoins, il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'appels en trois classes et la situation des parents ($p > 0,05$).**

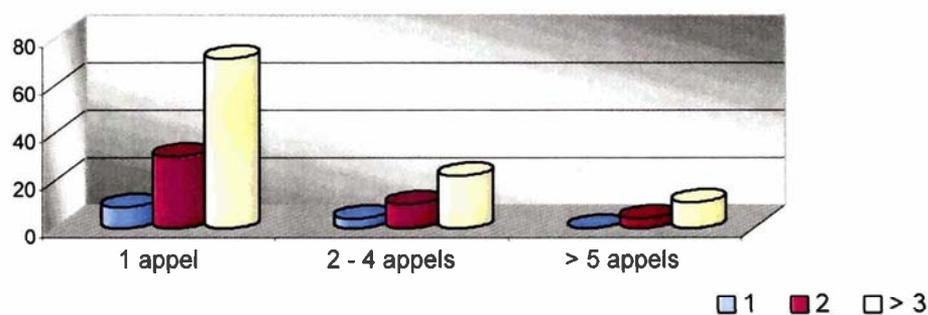
Nombre d'appels en fonction de la situation des parents



➤ Répartition selon le nombre de personnes dans le foyer

Nombre de personnes au foyer	Nombre d'appels		
	1 appel	2 - 4 appels	> 5 appels
1	9	4	0
2	30	10	4
3	71	22	11
Manquants	16		

Nombre d'appels en fonction du nombre de personnes au foyer



Lorsqu'il n'y a qu'un appel concernant un adolescent entre 2000 et 2005, dans 8 % des cas il n'y a qu'une personne qui vit avec l'adolescent, dans 27 % des cas, il y en a 2, dans 65 % des cas il y en a 3 ou plus.

Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels, dans 11 % des cas, l'adolescent ne vit qu'avec une seule personne, dans 28 % des cas, avec 2, dans 61 % des cas avec 3 personnes ou plus.

Lorsqu'il y a 5 appels ou plus, dans 27 % des cas, il y a 2 personnes qui vivent avec l'adolescent, dans 73 % des cas, ils sont 3 ou plus.

Lorsqu'il n'y a qu'une personne qui vit avec l'adolescent, 69 % des appels sont uniques, 31 % sont répétés entre 1 et 3 fois.

Lorsqu'il y a 2 personnes avec l'adolescent, 68 % des appels sont uniques, 23 % sont répétés entre 1 et 3 fois, 9 % sont répétés plus de 4 fois.

Lorsqu'il y a 3 personnes ou plus avec l'adolescent, 68 % des appels sont uniques, 21 % sont répétés entre 1 et 3 fois, 11 % sont répétés plus de 4 fois.

Dans la majorité des cas, l'appel est unique et 3 personnes ou plus vivent avec l'adolescent. **Cependant, il n'y a pas de liaison significative entre le nombre de personnes au foyer et le nombre d'appels.**

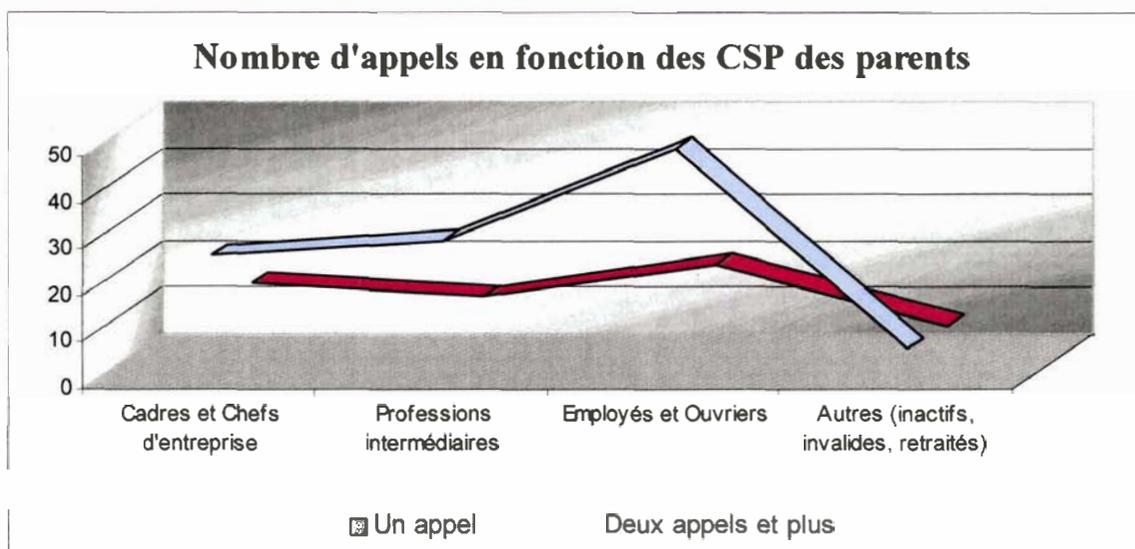
➤ Répartition selon la catégorie socio professionnelle des parents

Lorsque l'appel est unique, dans 23,7 % la catégorie socio professionnelle des parents est cadre ou chef d'entreprise, dans 26,3 % des cas c'est une profession intermédiaire, dans 43,9 % des employés ou ouvriers, dans 6,1 % des inactifs.

Lorsqu'il y a deux appels ou plus, la catégorie socio professionnelle des parents est cadre chef d'entreprise dans 28,8 % des cas, profession intermédiaire dans 23,1 % des cas, employé ou ouvrier dans 36,5 % des cas.

Dans tous les cas, la catégorie employés/ouvriers est la plus représentée.

CSP DES PARENTS	Nombre d'appels	
	Un appel	Deux appels et plus
Cadres et Chefs d'entreprise	27	15
Professions intermédiaires	30	12
Employés et Ouvriers	50	19
Autres (inactifs, invalides, retraités)	7	6
Manquants	11	



➤ Répartition selon le lieu d'habitation

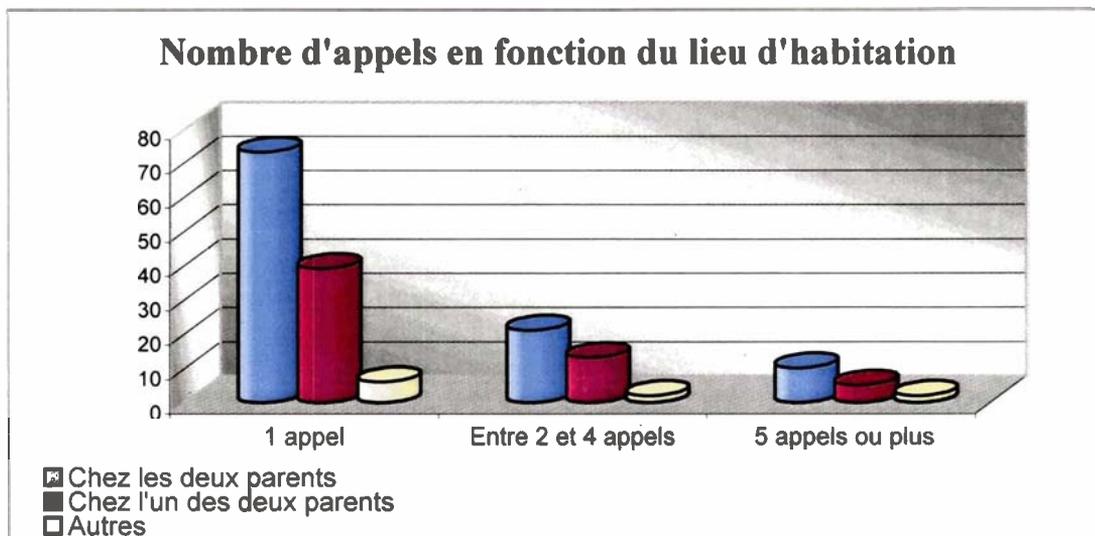
Lieu d'habitation	Nombre d'appels		
	1 appel	Entre 2 et 4 appels	5 appels ou plus
Chez les deux parents	73	21	10
Chez l'un des deux parents	39	13	5
Autres	6	2	2
Manquants	6		

Lorsque l'appel est unique, l'adolescent vit chez ses deux parents dans près de 62 % des cas, chez l'un de ses deux parents dans 33 % des cas, dans un autre lieu dans 5 % des cas.

Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels, l'adolescent vit chez ses deux parents dans 58 %, chez l'un de ses deux parents dans 36 %, dans un autre lieu dans 6 % des cas.

Lorsqu'il y a 5 appels ou plus, dans 61 % l'adolescent vit avec ses deux parents, dans 33 % des cas il vit chez l'un de ses deux parents, dans 6 % des cas dans un autre lieu.

Le plus souvent, l'appel est donc unique et les adolescents vivent chez leurs deux parents.



➤ Répartition selon le diagnostic principal

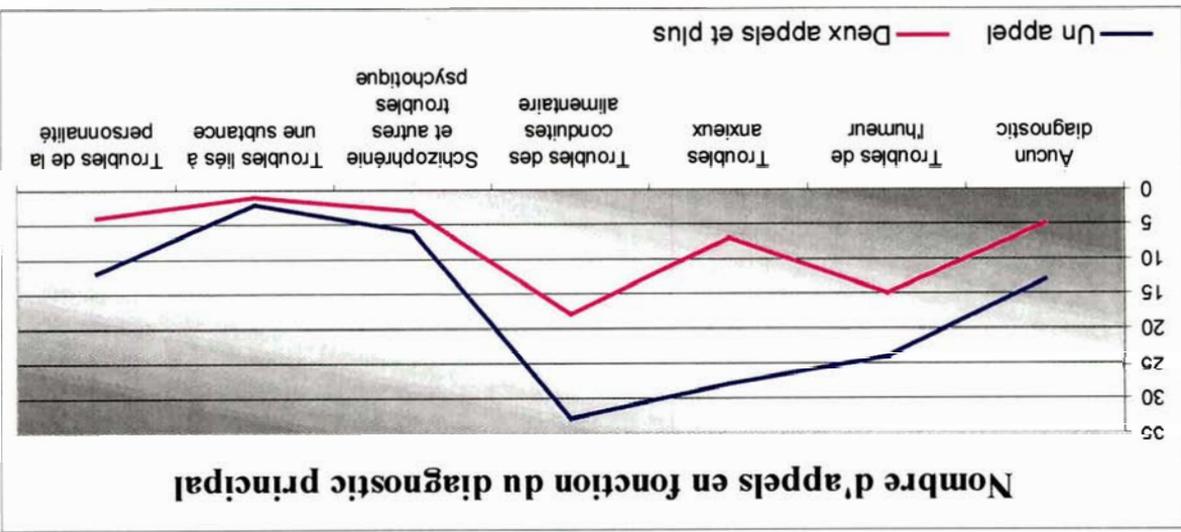
Lorsque l'appel est unique, le diagnostic est :

- Dans 28 % des cas, un trouble des conduites alimentaires.
- Dans 24 % des cas, un trouble anxieux.
- Dans 20 % des cas, un trouble de l'humeur.
- Dans 11 % des cas, il n'y a aucun diagnostic.
- Dans 10 % des cas, un trouble de la personnalité.
- Dans 5 % des cas une schizophrénie ou un autre trouble psychotique.
- Dans 2 % des cas, un trouble lié à une substance.

Lorsqu'il y a deux appels ou plus, le diagnostic est :

- Dans 34 % des cas, un trouble des conduites alimentaires.
- Dans 28 % des cas, un trouble de l'humeur.
- Dans 13 % des cas, un trouble anxieux.

Les troubles des conduites alimentaires sont les plus représentés ensuite viennent les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.



DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Nombre d'appels	
	Un appel	Deux appels et plus
Aucun diagnostic	13	5
Troubles de l'humeur	24	15
Troubles anxieux	28	7
Troubles des conduites alimentaires	33	18
Schizophrénie et autres troubles psychotique	6	3
Troubles liés à une substance	2	1
Troubles de la personnalité	12	4
Maquants	6	6

- Dans 9 % des cas, il n'y a pas de diagnostic.
- Dans 8 % des cas, un trouble de la personnalité.
- Dans 6 % des cas, une schizophrénie ou un autre trouble psychotique.
- Dans 2 % des cas, un trouble lié à une substance.

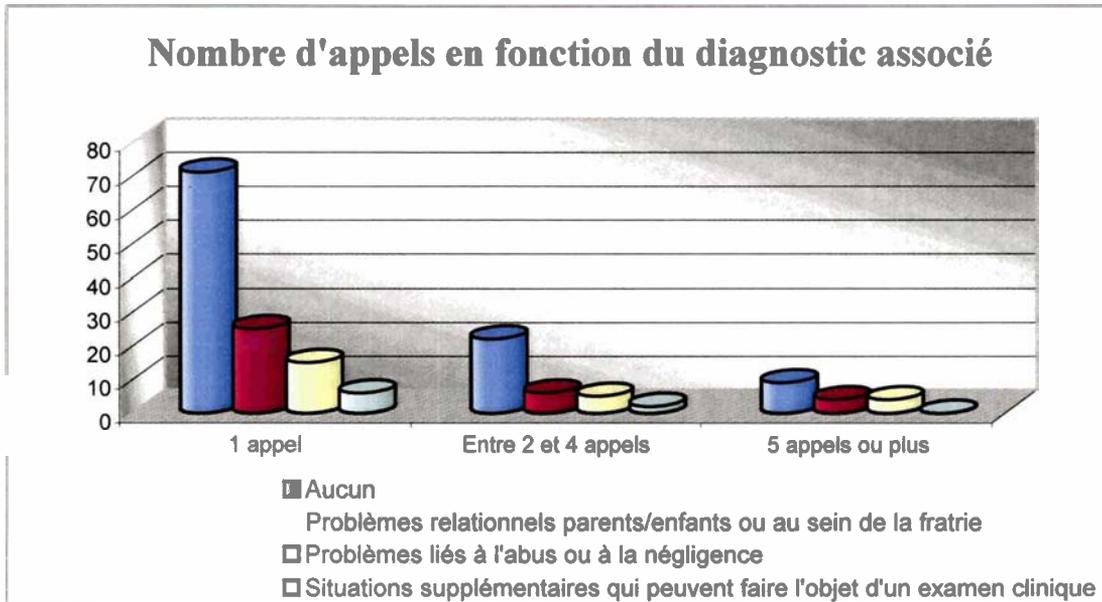
➤ Répartition selon le diagnostic associé

Diagnostic associé	Nombre d'appels		
	1 appel	Entre 2 et 4 appels	5 appels ou plus
Aucun	71	22	9
Problèmes relationnels parents/enfants ou au sein de la fratrie	25	6	4
Problèmes liés à l'abus ou à la négligence	15	5	4
Situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique	6	2	0
Manquants	8		

Lorsque l'appel est unique, dans 61 % des cas, il n'y a pas de diagnostic associé, dans 21 % des cas il existe un problème relationnel avec les parents ou la fratrie, dans 13 % des cas, il existe un problème lié à l'abus ou à la négligence, dans 5 % des cas, il s'agit d'une autre situation associée.

Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels, dans 63 % des cas il n'y a pas de diagnostic associé, dans 17 % des cas, il existe un problème relationnel avec les parents ou la fratrie, dans 14 % des cas, un problème lié à l'abus ou la négligence, dans 6 % des cas, il s'agit d'une autre situation associée.

Lorsqu'il y a 5 appels ou plus, dans 53 % des cas, il n'y a pas de diagnostic associé, dans 23 % des cas, il existe un problème relationnel avec les parents ou la fratrie, dans 24 % des cas, un problème lié à l'abus ou à la négligence.



Quelque soit le nombre d'appels dans la majorité des cas, il n'y a pas de diagnostic associé.

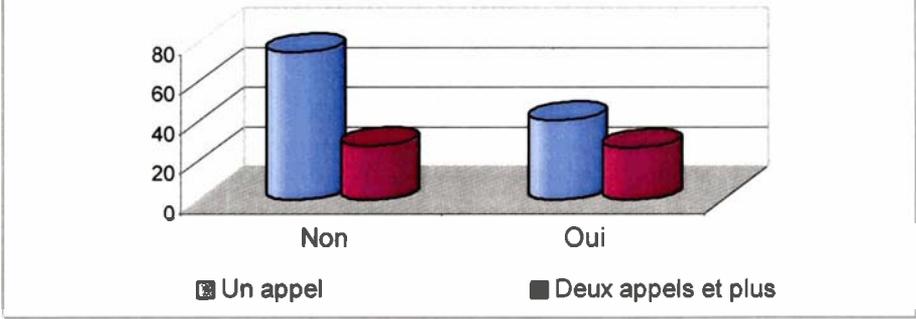
➤ Répartition selon les antécédents de tentatives de suicide

Lorsque l'appel est unique, dans 35 % des cas, il y a des antécédents de tentatives de suicide, dans 65 % des cas, il n'y en a pas.

Lorsqu'il y a deux appels ou plus, dans 49 % des cas, il y a des antécédents de tentatives de suicide, dans 51 % des cas, il n'y en a pas.

Tentatives de suicide (O/N)	Nombre d'appels	
	Un appel	Deux appels et plus
Non	74	27
Oui	40	26
Manquants	10	

Nombre d'appels en fonction des antécédents de tentatives de suicide

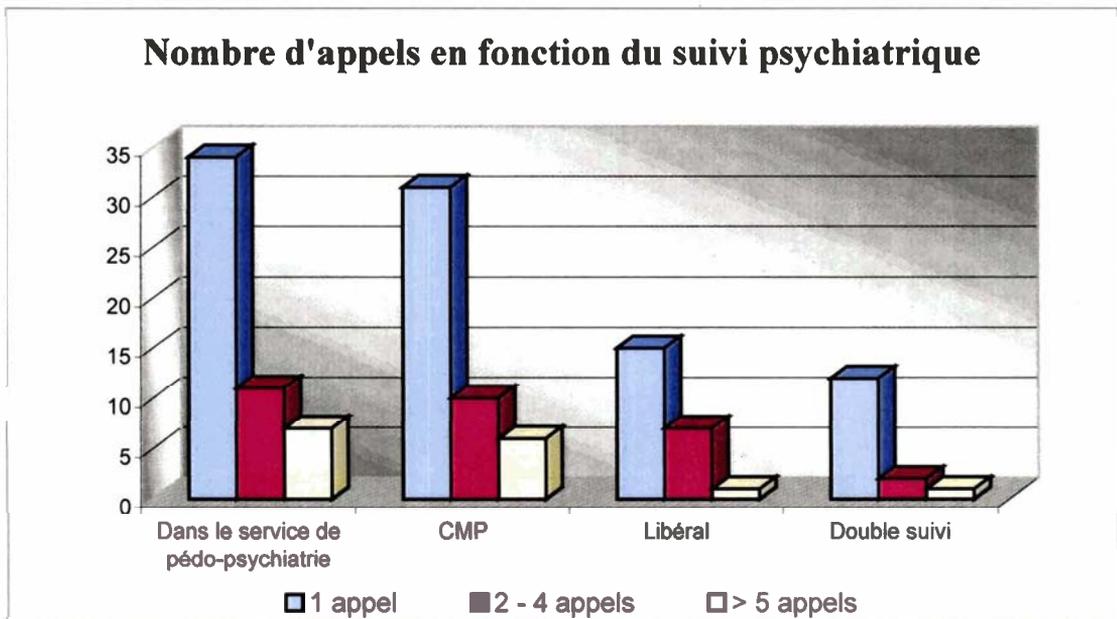


Dans la majorité des cas, quelque soit le nombre d'appels, il n'y a pas de tentative de suicide avant l'appel, ou cette donnée n'est pas spécifiée dans les dossiers.

➤ Répartition selon le type de suivi psychiatrique

Type de suivi psychiatrique	Nombre d'appels		
	1 appel	2 - 4 appels	> 5 appels
Dans le service de pédo - psychiatrie	34	11	7
CMP	31	10	6
Libéral	15	7	1
Double suivi	12	2	1
Manquants	40		

Nombre d'appels en fonction du suivi psychiatrique



- Lorsque les adolescents sont suivis dans le service de pédopsychiatrie de Brabois, dans 65 % des cas, les appels les concernant sont uniques, dans 21 % des cas, ils sont répétés entre 1 et 3 fois, dans 13 % des cas, ils sont répétés plus de 4 fois.
- Lorsque les adolescents sont suivis en libéral, dans 65 % des cas, les appels les concernant sont uniques, dans 30 % des cas, ils sont répétés entre 1 et 3 fois, dans 5 % des cas, ils sont répétés plus de 4 fois.
- Lorsque les adolescents sont à la fois suivis par le service et à l'extérieur, les appels les concernant sont uniques dans 80 % des cas, ils sont répétés entre 1 et 3 fois dans 13 % des cas, dans 7 % des cas, ils sont répétés plus de 4 fois.

Lorsqu'il n'y a qu'un appel concernant un adolescent, celui-ci est suivi par le service dans 37 % des cas, par le CMP dans 34 % des cas, en libéral dans 16 % des cas. Le suivi est double dans 13 % des cas.

Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels, l'adolescent est suivi dans le service dans 37 % des cas, au CMP dans 33 % des cas, en libéral dans 23 % des cas. Dans 7 % des cas, le suivi est double.

Lorsqu'il y a 5 appels ou plus, l'adolescent est suivi dans le service dans 47 % des cas, au CMP dans 40 % des cas, en libéral dans 7 % des cas. Il a un double suivi dans 6 % des cas.

Dans la majorité des cas, quelque soit le nombre d'appels, le suivi se fait au niveau du service.

Néanmoins, il n'y a pas de liaison significative entre le nombre d'appels et le type de suivi psychiatrique.

A noter que dans 22,6 % des cas (40 patients) le type de suivi n'est pas connu.

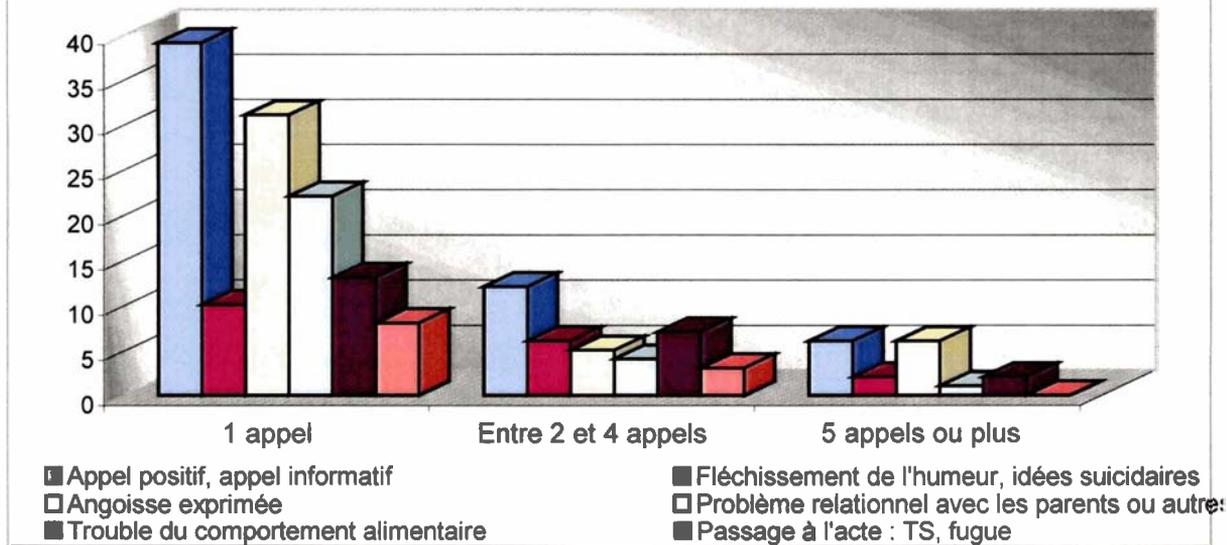
➤ Répartition selon les motifs d'appel

Motif d'appel		1 appel	Entre 2 et 4 appels	5 appels ou plus
Nombre d'appels				
Appel positif, appel informatif	39	12	6	6
Félichsissement de l'humeur, idées suicidaires	10	6	2	2
Angoisse exprimée	31	5	6	6
Problème relationnel avec les parents ou autres	22	4	1	1
Trouble du comportement alimentaire	13	7	2	2
Passage à l'acte : TS, fugue	8	3	0	0
Manquants	6			

Lorsqu'il n'y a un seul appel :

- Le motif est positif ou informatif dans 32 % des cas.
- Une angoisse est exprimée dans 25 % des cas.
- Un problème relationnel avec les parents ou autres est exprimé dans 18 % des cas.
- Un trouble du comportement alimentaire est exprimé dans 11 % des cas.
- Un félichsissement de l'humeur, des idées suicidaires sont exprimées dans 8 % des cas.
- Un passage à l'acte a lieu au moment de l'appel dans 6 % des cas.

Nombre d'appels en fonction du motif d'appel



Lorsqu'il y a entre 2 et 4 appels :

- Le motif est positif ou informatif dans 32 % des cas.
- Un trouble du comportement alimentaire est exprimé dans 19 % des cas.
- Un fléchissement de l'humeur, des idées suicidaires sont exprimées dans 16 % des cas.
- Une angoisse est exprimée dans 14 % des cas.
- Un problème relationnel avec les parents ou autres est exprimé dans 11 % des cas.
- Un passage à l'acte a lieu au moment de l'appel dans 8 % des cas.

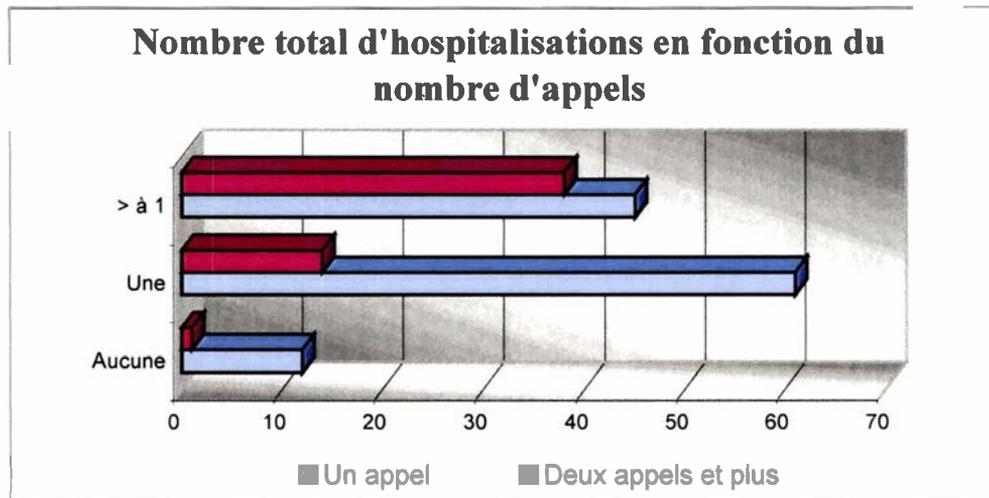
Lorsqu'il y a 5 appels ou plus :

- Le motif est positif ou informatif dans 35 % des cas.
- Une angoisse est exprimée dans 35 % des cas.
- Un trouble du comportement alimentaire est exprimé dans 12 % des cas.
- Un fléchissement de l'humeur, des idées suicidaires sont exprimées dans 12 % des cas.
- Un problème relationnel avec les parents ou autres est exprimé dans 6 % des cas.
- Il n'y a pas de passage à l'acte au moment de l'appel.

Quelque soit le nombre d'appels, celui-ci est positif ou informatif, dans la majorité des cas lorsqu'il y a 5 appels et plus, une angoisse est plus souvent exprimée.

➤ **Répartition selon le nombre total d'hospitalisations**

Nombre d'hospitalisations	Nombre d'appels	
	Un appel	Deux appels et plus
Aucune	12	1
Une	61	14
> à 1	45	38



Les appels répétés (deux appels ou plus) concernent des adolescents qui sont plus souvent hospitalisés que les autres, (Chi 2, $p < 0,001$). Ils ont donc plus de risque de ré hospitalisation que les autres, ($p < 0,001$).

3. Comparaison du nombre moyen d'hospitalisations selon le nombre d'appels

- Les adolescents qui font l'objet d'un appel sont hospitalisés en moyenne 1,51 fois.
- Ceux qui font l'objet de 2, 3 ou 4 appels sont hospitalisés en moyenne 2,25 fois.
- Ceux qui font l'objet de 5 appels ou plus, sont hospitalisés en moyenne 2,94 fois.

La différence entre les 3 moyennes est fortement significative ($p < 0,0001$). Donc plus les patients font l'objet d'appels, plus ils sont hospitalisés souvent.

4. Comparaison de la durée moyenne d'hospitalisation selon le nombre d'appels

- Les adolescents qui font l'objet d'un appel sont hospitalisés en moyenne 37,49 jours. L'écart type est de 46,7 jours. La médiane est de 23. La durée minimum est de 0 jour, la durée maximum est de 693 jours.
- Ceux qui font l'objet de 2, 3 ou 4 appels sont hospitalisés en moyenne 59,03 jours. L'écart type est de 46,6 jours. La médiane est de 41,5. Le minimum de 0 jours, le maximum de 184 jours.
- Ceux qui font l'objet de 5 appels ou plus sont hospitalisés en moyenne 94,93 jours. L'écart type est de 104,8 jours. La médiane de 57. La durée minimum est de 6 jours, la durée maximum de 418 jours.

Les adolescents qui font l'objet d'appels répétés (2 fois et plus), ont des durées totales d'hospitalisation plus longues que les autres, (70 jours en moyenne contre 37 jours), ($p = 0,0005$, selon une analyse de variance).

La différence est significative ($p < 0,0002$). Donc plus les patients font l'objets d'appels plus ils sont hospitalisés longtemps.

B. Délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante

Ces délais sont tous comptabilisés en nombre de jours.

1. Délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante

Sur une totalité de 170 patients, le délai moyen est de 34,6 jours (+/- 94,2). La médiane est de 0. Le minimum est de 0 jour, le maximum de 766 jours.

Nous avons différencié 3 catégories :

- Les patients non hospitalisés après l'appel : **groupe 0.**
- Les patients hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel : **groupe 1.**
- Les patients hospitalisés plus de 15 jours après l'appel : **groupe 2.**

Nous allons tenter de savoir si les patients hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel ont des caractéristiques particulières.

2. Répartition du sexe en fonction des 3 catégories : test du Chi-2, P=0,272.

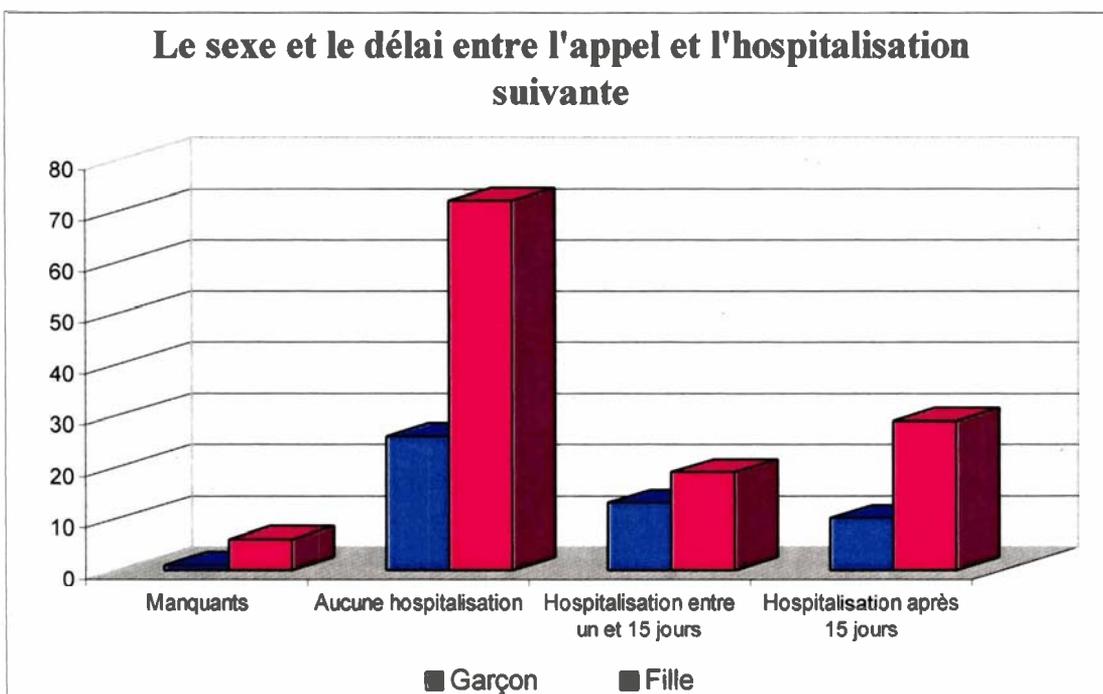
Dans le groupe 0 : 73,5 % des filles ne sont jamais ré hospitalisées après le premier appel, contre 26,5 % des garçons.

Dans le groupe 1 : 59,4 % des filles sont ré hospitalisées, 40,6 % de garçons.

Dans le groupe 2 : 74,4 % des filles sont ré hospitalisées, 25,6 % des garçons.

Dans la majorité des cas, lorsque l'appel concerne une fille, celle-ci n'est pas ré-hospitalisée après (données jusqu'à Décembre 2005).

Lorsqu'il y a une hospitalisation, les filles sont plus ré-hospitalisées que les garçons. A noter que dans 16 % des cas, il s'agit de filles qui sont hospitalisées plus de 15 jours après l'appel.



3. Répartition de l'identité de l'appelant en fonction des 3 catégories

Dans le groupe 0, lorsqu'il n'y a aucune hospitalisation, l'appelant est :

- L'enfant ou l'adolescent dans 58 % des cas.
- La mère dans 30 % des cas.
- Le père dans 8 % des cas.
- Une autre personne dans 4 % des cas.

Dans le groupe 1, lorsqu'il y a une hospitalisation dans les 15 jours après l'appel, l'appelant est :

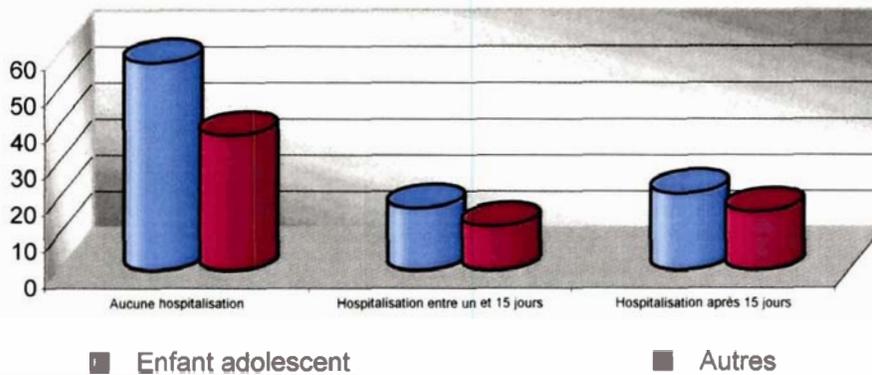
- L'enfant ou l'adolescent dans 53 % des cas.
- La mère dans 28 % des cas.
- Le père dans 10 % des cas.
- Une autre personne dans 9 % des cas.

Dans le groupe 2, lorsqu'il y a une hospitalisation plus de 15 jours après l'appel, l'appelant est :

- L'enfant ou l'adolescent dans 54 % des cas.
- La mère dans 36 % des cas.
- Le père dans 5 % des cas.
- Une autre personne dans 5 % des cas.

Qu'il y ait une hospitalisation ou non après l'appel, l'adolescent est l'appelant dans la majorité des cas.

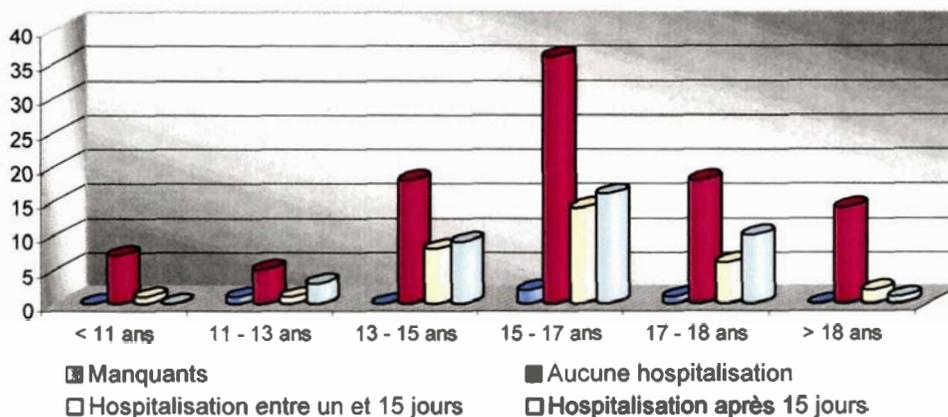
Identité de l'appelant et délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante



4. Répartition de l'âge en fonction des 3 catégories

- **Dans le groupe 0**, (ceux qui ne sont pas ré hospitalisés après le premier appel), 36,7 % sont âgés entre 15 et 17 ans. 7,1 % ont moins de 11 ans, 14,3 % ont plus de 18 ans.
- **Dans le groupe 1**, (ceux qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivants l'appel), 43,8 % ont entre 15 et 17 ans, 25 % ont entre 13 et 15 ans, 18,8 % ont entre 17 et 18 ans, 6,2 % ont moins de 13 ans.
- **Dans le groupe 2**, (ceux qui sont hospitalisés après 15 jours suivants l'appel), aucun de moins de 11 ans, 7,7 % ont entre 11 et 13 ans, 23,1 % entre 13 et 15 ans, 41 % entre 15 et 17 ans, 25,6 % entre 17 et 18 ans et 2,6 % plus de 18 ans.

Age et délai entre l' appel et l'hospitalisation suivante



Dans la majorité des cas, il s'agit d'adolescents âgés de 13 à 18 ans qui ne sont pas ré-hospitalisés après l'appel.

5. Répartition de la situation des parents en fonction des trois catégories

- **Dans le groupe 0**, lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation après l'appel, les parents vivent ensemble dans 63 % des cas, ils sont séparés ou divorcés dans 36 % des cas. Dans 1 % des cas, il y a une autre configuration familiale.

- **Dans le groupe 1**, lorsqu'il y a une hospitalisation dans les 15 jours après l'appel, les parents vivent ensemble dans 62 % des cas, ils sont séparés ou divorcés dans 38 % des cas.

Dans le groupe 2 Lorsqu'il y a une hospitalisation 15 jours, ou plus après l'appel, les parents vivent ensemble dans 54 % des cas, ils sont séparés ou divorcés dans 36 % des cas. Dans 10 % des cas, il existe une autre configuration familiale.

Qu'il y ait une hospitalisation ou non après l'appel, les patients vivent ensemble dans la majorité des cas.

6. Répartition du nombre de personnes au foyer en fonction des 3 catégories

- **Dans le groupe 0**, Lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation après l'appel, dans 33 % des cas, 3 personnes vivent avec l'adolescent. 4 personnes dans 27 % des cas, 2 personnes dans 22 % des cas.

- **Dans le groupe 1**, Lorsqu'il y a une hospitalisation dans les 15 jours suivant l'appel, 2 personnes vivent avec l'adolescent dans 37 % des cas, 4 personnes dans 27 % des cas, 3 personnes dans 17 % des cas.

Dans le groupe 2, Lorsqu'il y a une hospitalisation 15 jours ou plus après l'appel, 3 personnes vivent avec l'adolescent dans 34 % des cas, 2 personnes dans 30 % des cas, 4 personnes dans 18 % des cas.

Dans la majorité des cas, il y a au moins deux personnes qui vivent avec l'adolescent.

7. Répartition de la catégories socio professionnelle des parents en fonction des 3 catégories

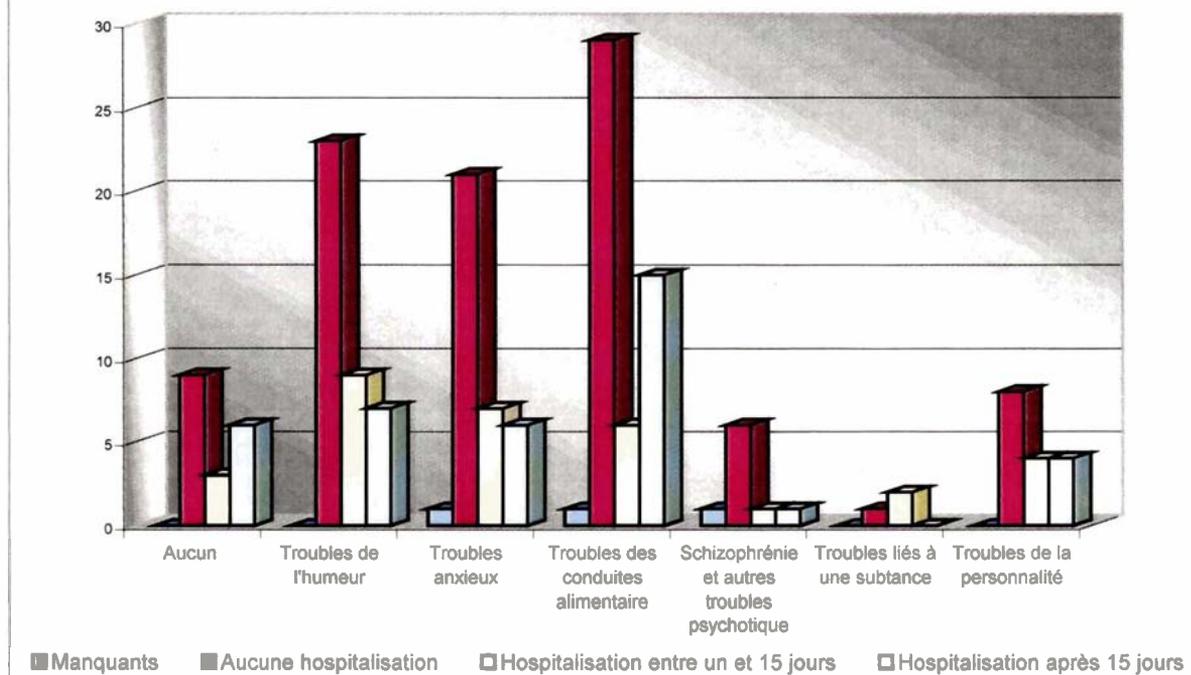
- **Dans le groupe 0**, lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation après l'appel, les parents font partie de la catégorie employés, ouvriers dans 44 % des cas, professions intermédiaires dans 31 % des cas, cadres et chefs d'entreprise dans 19 % des cas, autres dans 6 % des cas.
- **Dans le groupe 1**, lorsqu'il y a une hospitalisation dans les 15 jours après l'appel, les parents font partie de la catégorie employés, ouvriers dans 42 % des cas, cadres et chefs d'entreprise dans 32 % des cas, professions intermédiaires dans 19 % des cas, autres dans 7 % des cas.
- **Dans le groupe 2**, lorsqu'il y a une hospitalisation 15 jours ou plus après l'appel, les parents font partie de la catégorie cadres et chefs d'entreprise dans 38 % des cas, employés, ouvriers dans 35 % des cas, professions intermédiaires dans 16 % des cas, autres dans 11 % des cas.

8. Répartition du diagnostic principal en fonction des 3 catégories

- **Dans le groupe 0**, 9,3 % n'ont pas de diagnostic, 23,7 % ont un trouble de l'humeur, 21,6 % ont un trouble anxieux, 29,9 % des troubles des conduites alimentaires, 6,2% des troubles psychotiques, 1% des troubles liés à une substance.
- **Dans le groupe 1**, 9,4 % n'ont pas de diagnostic, 28,1 % ont un trouble de l'humeur, 21,9 % un trouble anxieux, 18,8 % des troubles des conduites alimentaires, 3,1 % des troubles psychotiques, 6,3 % des troubles liés à une substance.
- **Dans le groupe 2**, 15,4 % n'ont pas de diagnostic, 17,9 % ont un trouble de l'humeur, 15,4 % un trouble anxieux, 38,5 % des troubles des conduites alimentaires, 2,6% des troubles psychotiques, aucun n'a de troubles liés à une substance.

Dans la majorité des cas, il n'y a pas de ré-hospitalisation après l'appel et les diagnostics les plus fréquents sont les troubles des conduites alimentaires, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur.

Diagnostiques et délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante



9. Répartition du diagnostic associé en fonction des 3 catégories, test du Chi-2

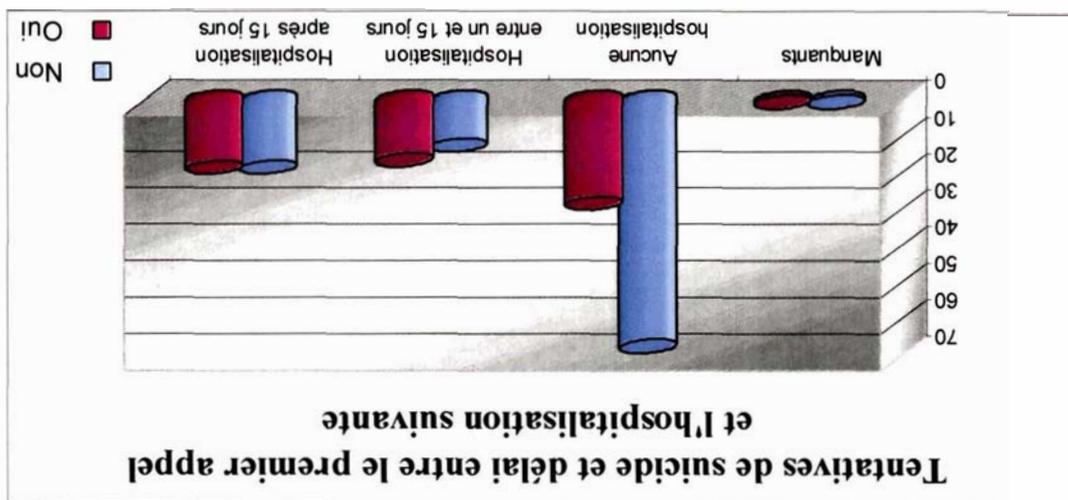
Dans le groupe 0, 65,6 % n'ont aucun diagnostic associé, 16,7 % ont des problèmes relationnels parents/ enfants ou au sein de la fratrie, 14,6 % ont un problème lié à l'abus ou la négligence, 3,1 % font l'objet d'un autre diagnostic associé.

Dans le groupe 1, 40,6 % n'ont aucun diagnostic associé, 28,1 % ont des problèmes relationnels parents/enfants ou au sein de la fratrie, 21,9 % ont un problème lié à l'abus ou la négligence, 9,4 % font l'objet d'un autre diagnostic associé.

Dans le groupe 2, 64,1 % n'ont aucun diagnostic associé, 23,1 % ont des problèmes relationnels parents/enfants ou au sein de la fratrie, 7,7 % ont un problème lié à l'abus ou la négligence, 5,1 % font l'objet d'un autre diagnostic associé.

D'une manière générale, il n'y a pas de diagnostic associé et pas d'hospitalisation suivant l'appel. Dans 14 % des cas il n'y a pas de diagnostic associé mais une hospitalisation plus de 15 jours après l'appel.

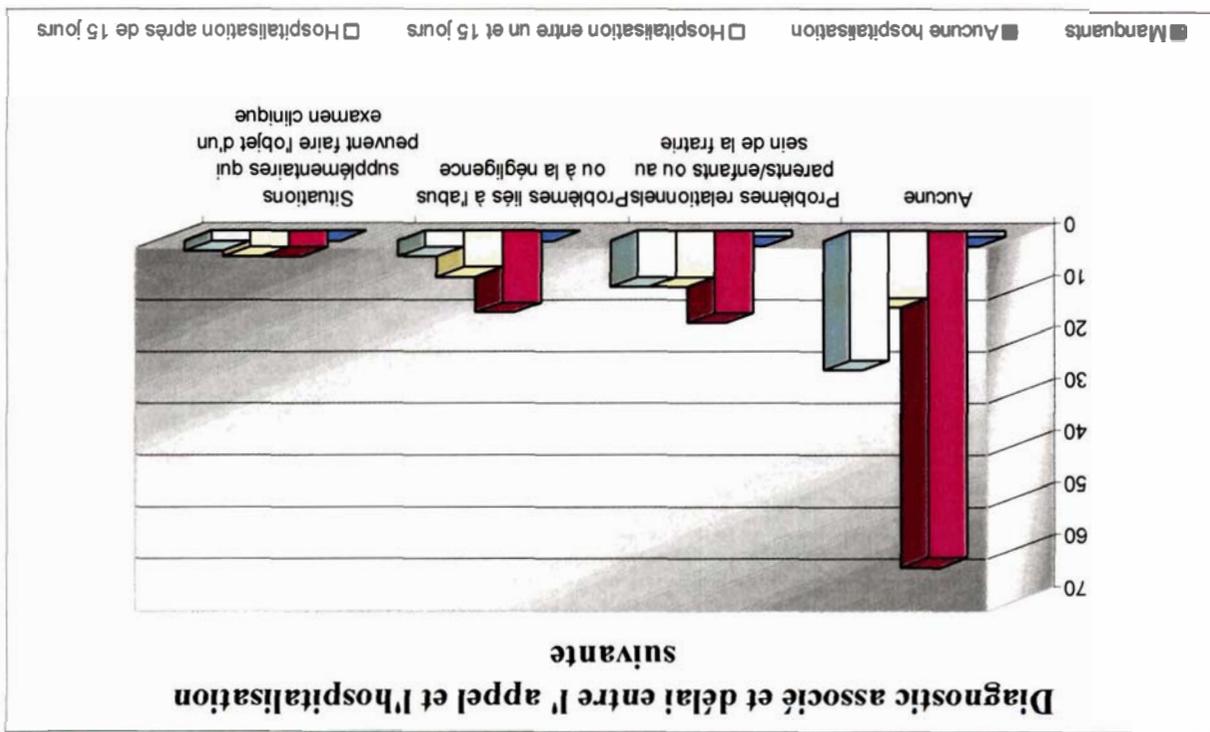
Le groupe 1 (ceux qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel) a donc plus souvent des antécédents de tentative de suicide que les autres ($p=0,01$).



- Dans le groupe 0, 29, 9 % des patients ont déjà fait une tentative de suicide.
- Dans le groupe 1, 56,7 % ont déjà fait une tentative de suicide.
- Dans le groupe 2, 50 % ont déjà fait une tentative de suicide.

du Chi-2, $p=0,010$

10. Antécédents de tentatives de suicide en fonction des 3 catégories, test

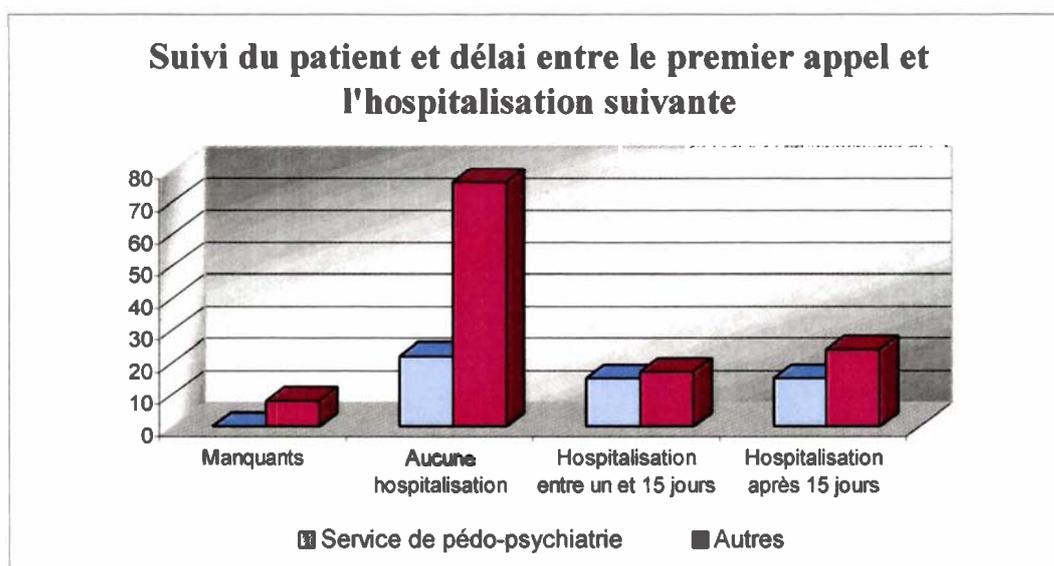


11. Suivi psychiatrique en fonction des 3 catégories

Dans le **groupe 0**, 2,5 % n'ont aucun suivi, 27,8 % sont suivis dans le service, 32,9 % sont suivis en CMP, 17,7 % sont suivis en libéral, 13,9 % bénéficient d'un double suivi (dans le service et à l'extérieur), 5,1 % appellent au cours d'une hospitalisation.

- Dans le **groupe 1**, 53,6 % sont suivis dans le service, 25 % sont suivis en CMP, 17,9 % sont suivis en libéral, 3,6 % ont un double suivi.

Dans le **groupe 2**, 42,9 % sont suivis dans le service, 37,1 % sont suivis en CMP, 11,4 % sont suivis en libéral, 8,6 % ont un double suivi.



Dans le **groupe 0**, 22,4 % sont donc suivis par le service, dans le **groupe 1**, ils sont 46,9 %, dans le **groupe 2**, ils sont 29,4 %.

Le groupe 1 est donc plus souvent suivi par le service de pédo psychiatrie que les autres.(p=0,017).

12. Répartition des motifs d'appel en fonction des 3 catégories

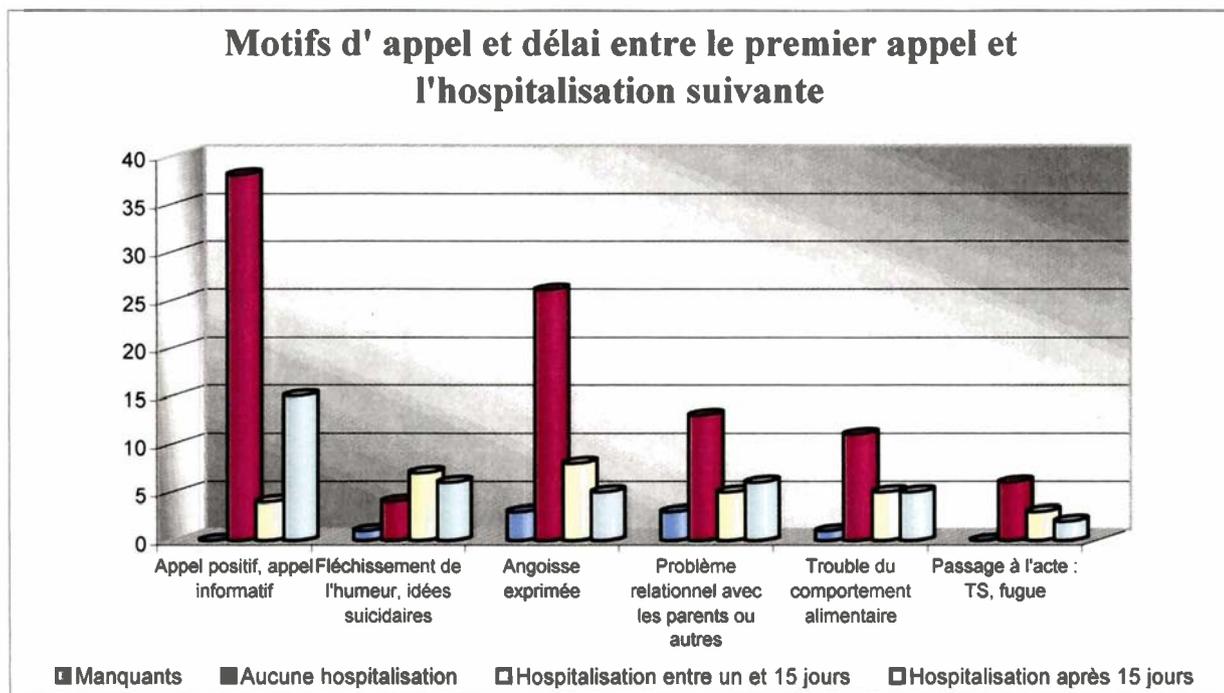
Dans le **groupe 0**, 38,8 % des appels sont informatifs ou positifs, 4,1 % concernent un fléchissement de l'humeur ou des idées suicidaires, 26,5 % concernent une angoisse exprimée, 13,3 % concernent un problème relationnel avec les parents ou autres, 11,2 % concernent des troubles du comportement alimentaire, 6,1 % concernent un passage à l'acte.

Dans le groupe 1, 12,5 % des appels sont positifs ou informatifs, 21,9 % concernent un fléchissement de l'humeur ou des idées suicidaires, 25 % concernent une angoisse exprimée, 15,6 % concernent des problèmes relationnels entre parents/ enfants ou au sein de la fratrie, 15,6 % concernent des troubles du comportement alimentaire, 9,4 % concernent un passage à l'acte.

Dans le groupe 2, 32,2 % sont des appels positifs ou informatifs, 10,2 % concernent un fléchissement de l'humeur ou des idées suicidaires, 12,8 % concernent une angoisse exprimée, 15,4 % concernent un problème relationnel, 12,8 % concernent un trouble du comportement alimentaire, 5,1 % concernent un passage à l'acte.

Quelque soit le motif de l'appel, dans la majorité des cas, il n'y a pas d'hospitalisation après l'appel.

Dans 8,5 % des cas, l'appel est positif ou informatif mais il y a une hospitalisation plus de 15 jours après l'appel.



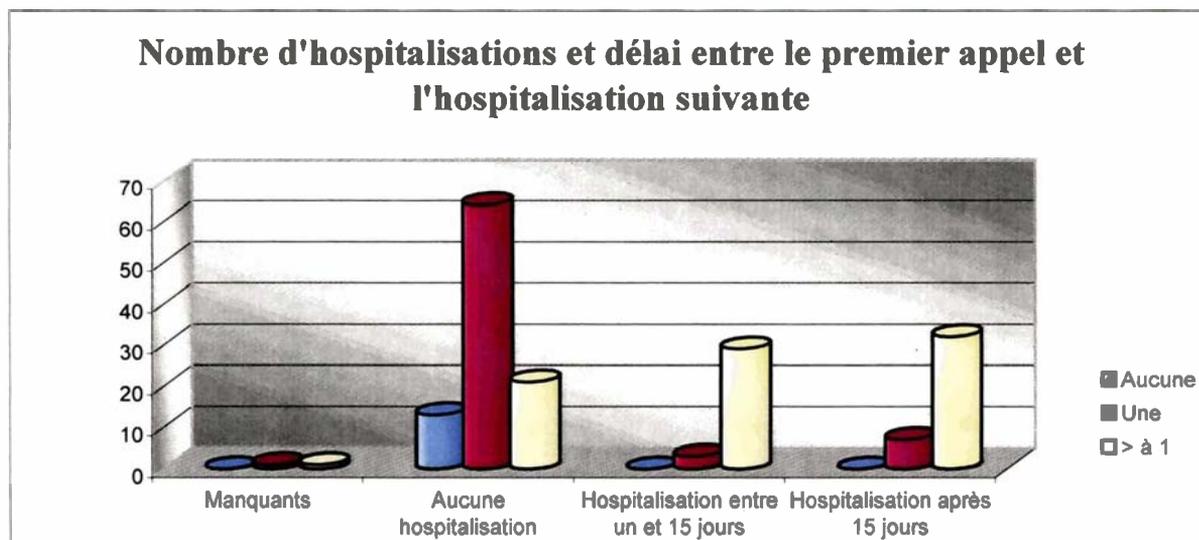
13. Nombre d'appels et délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante

Lorsqu'il n'y a un seul appel, dans 69 % il n'y a aucune hospitalisation après. Il y a une hospitalisation dans les 15 jours dans 13 % des cas, une hospitalisation après 15 jours dans 18 % des cas.

Lorsqu'il y a deux appels ou plus, il n'y a aucune hospitalisation qui suit le premier appel dans 33 % des cas, il y a une hospitalisation dans les 15 jours dans 33 % des cas, une hospitalisation 15 jours ou plus après le premier appel dans 23 % des cas.

14. Nombre d'hospitalisations et délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante

- **Dans le groupe 0**, 13,3 % n'ont pas été hospitalisés après l'appel, 50 % n'ont été hospitalisés qu'une fois, 50 % ont été hospitalisés plus d'une fois.
- **Dans le groupe 1**, 9,4 % n'ont été hospitalisés qu'une fois, 90,6 % ont été hospitalisés plus d'une fois.
- **Dans le groupe 2**, 82,1 % ont été hospitalisés plus d'une fois, 17,9 % n'ont été hospitalisés qu'une seule fois.



Les patients qui ne sont pas ré hospitalisés après un appel ont plus souvent été hospitalisés une seule fois à raison de 65,3 %. Par contre, ceux qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel ont déjà été hospitalisés plus d'une fois à raison de 90,6 %.

Les patients du groupe 1 (ceux qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivants l'appel) sont plus souvent hospitalisés que les autres. (Fischer Exact, $p < 0,001$).

15. Durée d'hospitalisation en fonction des 3 catégories

Il n'y a pas de différence significative entre les 3 catégories.

C. Délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente

Sur une totalité de 170 patients, le délai moyen est de 43 jours (+/- 92.0) La médiane est de 8.0. Le minimum est de 0, le maximum de 693 jours.

1. Comparaison du nombre moyen d'hospitalisations selon le délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente

Nous avons différencié 3 catégories :

- Ceux qui n'ont jamais été hospitalisés avant l'appel.
- Ceux qui ont été hospitalisés moins de 7 jours avant l'appel.
- Ceux qui ont été hospitalisés plus de 7 jours avant l'appel.

Il n'y a pas de différence significative entre ces 3 catégories. Ceux qui sont hospitalisés le plus souvent n'appellent pas forcément plus rapidement ou ne font pas l'objet d'appels plus rapidement que les autres.

2. Comparaison de la durée moyenne d'hospitalisation selon le délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente.

De la même façon, nous avons tenu compte des 3 catégories précédentes. **Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre ces 3 catégories.** Ceux qui sont le plus longtemps hospitalisés n'appellent pas plus rapidement que les autres ou ne font pas l'objet d'appels plus rapidement que les autres.

4EME PARTIE : DISCUSSION

I. PROBLEMES METHODOLOGIQUES

Très peu d'études ont été réalisées concernant les appels des adolescents dans un service de psychiatrie. Certaines études font part de centres de prévention du suicide ou de suivis par téléphone concernant des pathologies spécifiques. Pour l'ensemble des données nous avons essayé de mettre en évidence les caractéristiques qui nous semblaient les plus importantes et qui apparaissaient de façon majoritaires dans le recueil des données.

Plusieurs biais apparaissent dans cette étude :

Nous ne savons pas si cette cohorte est exhaustive, si elle reflète l'ensemble de la population des adolescents hospitalisés dans le service. De plus, chaque infirmier a retranscrit ce qu'il a entendu lors de ces appels. Nous ne savons pas si l'intégralité des appels reçus entre 2000 et 2005 est notée.

Nous avons toutefois un échantillon assez significatif puisqu'il y a 177 adolescents concernés sur 6 années d'appels.

- Il faut prendre en compte le fait que la majorité des adolescents hospitalisés dans le service, le sont pour une pathologie bien particulière, l'anorexie mentale, ce qui sous tend que notre population n'est peut être pas représentative de la population générale des adolescents et adolescentes qui sont hospitalisés en psychiatrie.

Cette information est donc à prendre en compte dans toutes les analyses réalisées.

- Le recueil de ces données est subjectif, puisqu'il dépend de chaque infirmier, des relations qu'il a eu ou non auparavant avec l'appelant.

Les données recueillies sont d'abord informatives, mais la majeure partie de l'appel concerne les affects des appelants, leur ressenti face à une situation, et chaque écoutant retranscrit cela à

sa manière. Ainsi, le motif d'appel n'est pas toujours explicitement noté, nous avons dû regrouper plusieurs types d'appels, qui exprimaient un affect prédominant, cette répartition est donc également subjective puisque choisie par nous, faute de recueil standardisé. Nous avons tout de même tenté de dégager ce qui nous paraissait important.

- Sur les cahiers d'appel, le nom de l'enfant ou de l'adolescent est parfois manquant ou mal orthographié. Parfois, ne figure que le nom des parents, et pas le prénom de l'enfant. A d'autres moments, l'écriture même est difficilement compréhensible.

L'écouter juge bon de noter son propre ressenti face à l'appel qu'il a reçu, le sens des mots est alors propre à chacun et difficile à interpréter parfois, même par l'écouter lui-même après quelques années.

- A noter que l'heure de l'appel ne figure pas toujours, ainsi que la durée, qui a été notée systématiquement à partir de 2004.
- Les dossiers des patients n'étaient malheureusement pas toujours disponibles ou trouvables, parfois dû, comme nous l'avons vu, à un nom mal orthographié, parfois parce que certains étaient mal rangés.
- Différentes informations manquent dans les dossiers (situation parentale, catégorie socio professionnelle des parents, nombre de personnes au foyer, lieu d'habitation, antécédent de tentatives de suicide...).

A noter qu'un certain nombre de diagnostics manquent. Nous avons donc tenu compte pour cette rubrique, des symptômes signalés qui évoquent de façon évidente un diagnostic. Nous avons jugé également nécessaire d'ajouter une rubrique « diagnostic associé », car parfois, il nous semblait important de tenir compte de certains éléments évoqués dans le dossier, en plus du diagnostic principal. Cette rubrique est donc également assez subjective.

- Nous avons tenu compte uniquement des appels reçus entre 2000 et 2005. Certains adolescents ou parents ont appelé avant ou après, nous avons considéré le premier appel à partir de janvier 2000. Nous considérons cet appel comme étant le premier. Les appels précédents ou suivants ne sont pas répertoriés.

II. DISCUSSION

De même lorsque l'on considère l'hospitalisation qui suit l'appel, nous prenons toujours comme référence le premier appel, même si un autre appel a lieu avant cette hospitalisation. Ceci représente un biais important, mais il nous semblait difficile de tenir compte de tous les appels. De plus, le premier appel a souvent une signification particulière et une grande majorité des appelants n'appellent qu'une fois.

Cette étude est basée sur de nombreuses données qui ne sont pas standardisées, mais elle nous permet d'avoir une certaine idée du profil des appelants, des adolescents concernés.

A. Caractéristiques des adolescents et de leur famille

1. Sexe, identité de l'appelant et âge

Les appels concernant des filles représentent presque 3/4 des appels (72%). Les adolescentes sont également les appelantes majoritaires, puisqu'elles représentent près de la moitié des appelants. De la même façon, mais dans une moindre mesure, les mères appellent beaucoup plus que les pères (33% des appels proviennent de mères).

On retrouve là une donnée fréquente de la littérature, puisque dans la plupart des études, les femmes appellent plus que les hommes et les filles appellent plus que les garçons. (14, 16, 34, 37, 63, 64, 99).

Cependant, nous savons que les filles sont plus souvent hospitalisées dans le service, étant donné sa spécificité dans la prise en charge des anorexiques, l'anorexie touchant une très grande majorité de filles. De plus, les tentatives de suicide (qui sont un motif important d'hospitalisation), sont également plus fréquentes chez les filles. Elles appellent aussi plus d'elles-mêmes.

Les garçons ont plus de difficultés, les parents appellent plus souvent pour eux. Cette donnée ne nous étonne guère, il est reconnu que les filles sont bien plus bavardes que les garçons, et ont plus besoin de parler lorsqu'elles vont mal. Nous avons vu que les filles parlent, lorsque les garçons agissent.

55 % des appels proviennent des adolescents eux-mêmes. Ceci rejoint les données de la littérature qui montrent un engouement des adolescents pour le téléphone et l'intérêt que ce dernier peut avoir dans une prise en charge psychiatrique (10, 13, 75, 85). Cependant, dans 45 % des cas, il s'agit d'appels de parents, ce qui n'est pas négligeable et ce qui montre peut être le besoin des familles d'avoir un soutien continu dans la prise en charge de leur enfant.

A noter que l'identité de l'appelant est, dans près de 100 % des cas, connue, ce qui suppose que les adolescents autant que leurs parents se présentent lors d'un appel et acceptent de donner plusieurs informations les concernant. Ceci peut être facilement expliqué par le fait que les adolescents et leurs parents connaissent l'équipe. L'anonymat n'a pas de rôle particulier ici, puisque les adolescents recherchent justement à parler à des personnes connues et dignes de confiance pour eux.

Cette donnée va à l'encontre des multiples données de la littérature qui stipulent que les adolescents ne parlent que s'ils sont anonymes. Au contraire, nous pensons que s'adresser nominativement à un adulte leur permet de renforcer leur sentiment d'identité propre, tout en mettant une certaine distance avec l'écouter, dans un sens, cela les valorise. Ils recherchent justement l'écart de génération, dans une société où aujourd'hui, les limites entre générations sont floues.

A certains moments, nous en convenons, il leur est très utile d'avoir un temps d'écoute discret où ils peuvent se livrer en toute sécurité, mais les adolescents de notre échantillon, qui sont à priori des adolescents en grande difficulté (puisque la plupart hospitalisés), ont besoin de la disponibilité des infirmiers à tout moment, même plusieurs années après leur suivi dans le service. Lorsqu'ils appellent c'est qu'il ne peuvent faire autrement pour diminuer leurs angoisses, ils n'ont pas d'autres moyens, en ce sens, le téléphone dans le service est indispensable.

Il n'y a quasiment pas d'appel anonyme. De plus, les appels sont tous individuels, aucun adolescent n'a appelé pour un groupe. Ainsi, il n'y a pas d'encombrement de la ligne, contrairement à ce que l'on voit sur les lignes spécifiques d'écoute. (36). L'énonciation est également particulière, le ton est souvent plus grave, le sujet de l'appel plus sérieux.

L'âge moyen est de 15, 4 ans. Près de 80 % des appels concernent des adolescents âgés entre 13 et 18 ans. Les appels concernant des adolescents âgés entre 15 et 17 ans sont les plus fréquents. Ceci est facilement expliqué par le fait que la majorité des patients hospitalisés dans le service sont des adolescents.

De plus, comme nous l'avons vu plus haut, il y a beaucoup d'anorexiques, nous pouvons supposer qu'un certain nombre d'entre elles a entre 15 et 17 ans. Nous retrouvons également des âges moyens d'appels similaires dans certaines études, (15, 34). Il est en effet peu étonnant que les jeunes entre 15 et 17 ans manifestent plus leur désir de parler que les autres. Ils en ressentent probablement plus le besoin, approchant l'autonomie, la séparation d'avec les parents, cela suscite chez eux davantage d'angoisse. La puberté se terminant, ils osent plus s'adresser aux adultes, ce d'autant plus qu'ils les connaissent.

Quelques appels concernent des enfants de moins de 11 ans, nous pouvons supposer qu'il s'agit des parents qui appellent plus que les enfants eux-mêmes. Toutefois, nous n'avons pas cette donnée. Les garçons sont significativement plus fréquents dans les classes d'âge les plus jeunes. Pourquoi une telle différence ? Cela est difficile à comprendre, ce d'autant plus que les garçons, nous l'avons noté, ont moins besoin de parler, de verbaliser leurs émotions. Nous pouvons supposer que lorsqu'ils sont jeunes cela est encore plus difficile. Une notion importante se dégage donc de ces données, les jeunes garçons qui appellent sont probablement en grande difficulté, peut être en situation de danger pour qu'ils s'adressent au service. A noter toutefois qu'il s'agit des parents qui appellent plus qu'eux –mêmes, mais cela ne modifie pas notre supposition, puisque de la même façon nous pouvons dire que puisque ces parents appellent, c'est qu'ils sont désarmés face au comportement, au discours de leur enfant.

Quelque soit l'âge, à travers ces liens téléphoniques, nous pouvons faire l'hypothèse qu'une certaine alliance thérapeutique s'instaure. Le téléphone permet à tout moment un lien avec une équipe soignante, en cela, il est sécuritaire. Nous l'avons vu, la notion de lien, les conduites de dépendance et les processus identificatoires face à d'autres adultes que les parents sont importants à l'adolescence. Lors de l'étude de CHEN en 1995 (29), les adolescents souhaitent avoir toujours le même opérateur, c'est également le cas pour quelques appels de notre étude. De plus, nous l'avons vu, l'alliance thérapeutique peut s'instaurer au téléphone. (81, 104). Il ne faut pas oublier le fait que les infirmiers eux-mêmes jouent un rôle important dans l'entretien de ces liens. Le contre transfert est parfois très important, particulièrement lorsqu'il concerne des anorexiques puisque une séparation parentale totale est mise en place au début du contrat de poids, cela peut d'ailleurs durer plusieurs mois. Ces contrats concernent des jeunes filles fragiles, aux allures de petites filles, parfois au bord de la mort. Nous comprenons très bien, pourquoi ces prises en charge suscitent parfois de vives

émotions, il est difficile aux soignants de rompre le lien qui s'est construit au fil des semaines, des mois d'hospitalisation. Lors d'un appel, l'infirmier reconnaissant l'appelant, amène peut être parfois celui-ci à rappeler, ceci pour ne pas rompre ce lien si intense.

2. Situation parentale, lieu d'habitation des adolescents et nombre de personnes au foyer

Dans près de 61 % des cas, les parents vivent ensemble. Dans 36 % des cas, ils sont séparés ou divorcés. De la même façon, la plupart des adolescents faisant l'objet d'appel vivent avec leurs deux parents (61 %), et seulement un tiers est avec l'un des parents, et cela quelque soit l'identité de l'appelant, (il n'y a pas de liaison significative entre l'identité de l'appelant et le lieu d'habitation). Près de 82 % des adolescents vivent avec 2, 3 ou 4 personnes, la répartition est identique que ce soit des filles ou des garçons.

Nous n'avons pas de données concernant la population générale, mais tout ceci semble tout de même assez représentatif. Cette donnée est assez surprenante, nous aurions pu imaginer que le fait que les parents soient mariés ou vivent ensemble soit un facteur protecteur, l'adolescent étant alors entouré, dans un milieu stable, protégé. Les parents nous semblaient plus à même de repérer les difficultés, le mal être éventuel de leur enfant.

Il semble en effet plus logique que ce soit les parents qui appellent l'hôpital et non pas les enfants directement, hors ce n'est pas le cas. Ce qui nous amène de nouveau à dire que cette ligne spécifique, dans un service de pédopsychiatrie, est indispensable, utile à ces jeunes.

La proportion de parents est tout de même assez importante. D'autre part, il n'existe pas, à notre connaissance, de lignes qui reçoivent à la fois les appels des jeunes et à la fois ceux de leurs parents. L'équipe fait le lien entre tous les membres d'une même famille.

Au regard de ces résultats, on peut dire que l'adolescent est parfois en difficulté au sein de sa famille, avec ses deux parents. Nous pouvons envisager le fait qu'il existe des difficultés relationnelles entre les deux parents ou entre les enfants et les parents ou entre le patient et ses frères et sœurs, puisqu'un certain nombre appellent pour cette raison (15 % de la totalité des appels). Les infirmiers connaissent, pour la plupart des jeunes, leur composition familiale, ils savent s'il existe ou non des frères et sœurs, ils ont donc la possibilité de demander lors d'un appel s'il est en conflit avec ses frères et sœurs ou ses parents. Ce qui pourrait peut être éviter certaines hospitalisations, en mettant en place des rendez-vous en urgence si une crise familiale s'amorce.

Dans près de 21 % des patients des problèmes liés à l'abus ou la négligence ont été rapportés, lors d'une hospitalisation, comme diagnostic principal. Nous le savons, ce sont des facteurs de risque importants de tentatives de suicide. Ces adolescents, très en difficulté dans leurs famille, sollicitent les soignants. Ces appels évitent peut être un passage à l'acte. Peut être, faut-il nous-mêmes, les appeler, après une hospitalisation ? Ce d'autant plus qu'ils sont souvent hospitalisés, et nous l'avons vu, plus les adolescents appellent, plus ils sont hospitalisés, donc ils sont plus à risque d'être ré hospitalisés. Nous pouvons donc alors anticiper dans la mesure du possible le risque de crise, d'urgence.

BEEBE L H a bien montré l'intérêt d'appeler régulièrement des patients qui venaient de sortir d'une unité psychiatrique. Les patients étaient moins souvent ré hospitalisés et l'étaient moins rapidement. Il s'agissait de malades schizophrènes, mais ceci pourrait s'appliquer aussi chez les adolescents.

Même si il n'y a pas de conflit majeur, les adolescents ont peut être aussi des difficultés à s'exprimer auprès de leurs parents et ils ont besoin d'un tiers adulte à un moment donné, qui soit neutre, et qui respecte leurs choix. Certains mettent en avant le fait qu'une ligne d'écoute fait tiers avec l'espace familial, (2, 63). De plus, sur les différentes lignes d'écoute disponibles, ceci est également fréquemment abordé, (14, 15, 29). Nous retrouvons ici la notion d'identification secondaire. (52, 86).

Un lien s'est d'abord créé en face-à-face et se poursuit au téléphone, de ce fait, il est peut être plus facile pour les infirmiers, qui sont spécialisés, à venir en aide à ces adolescents qu'ils connaissent. Cependant, pour un même adolescent, à chaque appel, il est nécessaire d'établir un lien sécurisant. (14, 45). Il faut donc être vigilant, quelque soit l'appelant, même si les adolescents appellent souvent, car une situation d'urgence est toujours à craindre. Ce peut être une difficulté pour les infirmiers, qui connaissant bien ces adolescents, et qui sont peut être parfois moins vigilants lorsque ces derniers appellent. Une banalisation est toujours à craindre.

Par ailleurs, un certain mode de dépendance peut se mettre en place, entre un adolescent et le service qui l'a accueilli en tant que personne à part entière. Nous avons vu que des conduites de dépendance multiples peuvent s'instaurer à l'adolescence. (32, 88).

Les parents sont le plus souvent employés ou ouvriers. Ceci va à l'encontre de l'idée que la majorité des parents des adolescentes anorexiques sont plutôt cadre, chef d'entreprise ou professions intermédiaires. Ces adolescents ont peut être plus de difficultés à rentrer en contact avec des soignants sur l'extérieur, compte tenues de probables difficultés sociales rencontrées par leurs parents. Ils font alors plus souvent appel au service.

3. Diagnostic principal et diagnostic associé

Les troubles du comportement alimentaire sont les plus fréquents, (quasiment exclusivement chez les filles), puis viennent les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Sur certaines lignes d'écoute pour adolescents on retrouve aussi, assez souvent, les troubles du comportement alimentaire. (14, 16). De plus, comme nous l'avons vu, le service est spécialisé dans la prise en charge de ces troubles.

➤ Ceci entraîne plusieurs hypothèses :

La prise en charge de l'anorexique est souvent longue, nécessitant un contrat de poids avec séparation familiale. Des liens forts se créent alors entre l'adolescente et l'équipe. Cette prise en charge entraîne une véritable transformation corporelle et psychique. Les adolescentes appellent alors plus facilement le service, et se souviennent que l'équipe fait là vraiment l'intermédiaire entre elles et leurs parents.

Les garçons présentent plutôt des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux. La différence avec les filles est significative. Pourquoi les filles ayant également des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux n'appellent pas autant ? Probablement du fait de l'importance, la gravité des troubles de ces garçons. Nous l'avons dit plus dans ce travail, les filles font plus de tentatives de suicide que les garçons, elles sont donc, pour ce motif, plus souvent hospitalisées.

Cette population de garçons, bien que moins importante, est à prendre en compte, car inhabituelle. L'équipe peut, là aussi, anticiper ces troubles, lorsqu'un jeune garçon appelle, même si son appel est plutôt positif, il faut toujours garder en mémoire les motifs antérieurs de ses hospitalisations.

De plus, les schizophrénies et autres troubles psychotiques sont retrouvés dans 78 % des cas chez les garçons. Les troubles de la personnalité sont, dans 75 % des cas, diagnostiqués chez les filles. On note ici peut être une surreprésentation de la psychose chez les garçons, et des troubles de la personnalité chez les filles.

Dans certaines situations nous avons donc ajouté un diagnostic supplémentaire, associé au diagnostic principal. Ce diagnostic a pour but de mettre en évidence certaines situations difficiles, qui ont entraîné des hospitalisations, sans correspondre au diagnostic médical posé. Dans 60 % des cas, aucun diagnostic n'est associé. Toutefois, les problèmes relationnels avec les parents et les problèmes liés à l'abus ou à la négligence représentent près de 35 % des diagnostics associés. Que ce soit ou non le motif d'hospitalisation, cette donnée n'est pas négligeable. De plus, nous avons déjà insisté sur cette notion, la majorité des adolescents vivent avec leurs familles.

Au vu de tous ces résultats, il semble indispensable de prendre en compte cette notion de **contexte familial**, savoir s'il existe des conflits au sein du domicile parental, ce d'autant plus, s'il y a eu abus ou négligence.

4. Tentatives de suicide avant le premier appel

Il nous a paru important de savoir si ces adolescents qui font l'objet d'appels sont des suicidants. Nous avons pu prendre en compte seulement les tentatives de suicide qui étaient mentionnées dans les dossiers, à savoir celles qui sont survenues avant l'appel. Il n'y a pas d'antécédent de tentative de suicide dans 60,5 % des cas. Cependant dans 39,5 % de cas, les adolescents en ont fait une ou plus d'une avant le premier appel.

Ces 39,5 % ne sont pas négligeables et ce taux est bien plus élevé que dans la population générale des adolescents, ce qui n'est pas étonnant puisque les adolescents de notre étude ont été souvent hospitalisés, donc nous pouvons envisager qu'ils ont déjà fait des tentatives de suicide ou qu'ils y ont déjà pensés. Il s'agit donc de sujets potentiellement à risque de rechutes. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont plus représentés chez les garçons, de plus, les troubles psychotiques sont également plus fréquents chez les garçons. Le fait que le suicide soit plus fréquent chez les garçons que chez les filles, est une notion à prendre en compte. Nous revenons sur l'idée que les garçons appelants représentent une

population plus à risque de troubles psychiatriques, et donc d'urgences psychiatriques que les filles.

Lorsqu'il y a deux appels ou plus, dans près de la moitié des cas (49 %), il y a des antécédents de tentatives de suicide. Lors d'un appel, dans un cas sur deux, il y a des antécédents, et donc un risque de récurrence. De plus, les appels surviennent en majorité dans le mois suivant une hospitalisation (délai moyen de 43 jours entre l'appel et l'hospitalisation précédente). Nous savons que le risque de récurrences suicidaires est très important dans les mois suivants une première tentative. Il serait donc très intéressant de savoir quels sont les adolescents qui ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide, et quelle est la proportion d'appelants dans cette catégorie.

Le suicide est un thème fréquemment abordé par les adolescents, mais parfois, le motif d'appel est tout autre. Dans notre étude, les appels sont classés majoritairement dans la catégorie « positif ou informatif ». Hors, nous avons vu que chaque appelant est potentiellement à risque de rechutes. Les adolescents masquent peut être derrière cette superficialité, une détresse plus importante. Même si la plupart des appels ne justifient pas d'intervention directe, ils nécessitent toujours une écoute attentive (14).

Une donnée importante se dégage de notre étude, les adolescents qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivants l'appel, que l'on peut considérer à risque, ont plus d'antécédents de tentatives de suicide que les autres. **Les suicidants appellent lorsque le risque de récurrence est imminent. Les appels des jeunes suicidants doivent faire l'objet d'une attention particulière.**

De nouveau, il serait intéressant de savoir pourquoi ces adolescents sont hospitalisés si rapidement après l'appel, si le motif d'hospitalisation est une tentative de suicide, et si le suicide est un thème abordé lors de l'appel. Nous l'avons vu, les appels sont le plus souvent positifs, hors, 71 jeunes sont hospitalisés dans le mois suivant l'appel, dans ces cas le suicide n'est pas évoqué, hors il est souvent un motif d'hospitalisation en pédopsychiatrie, et dans notre service.

Nous avons vu que de nombreuses lignes se sont développées dans les centres de prévention du suicide (7, 9, 64), des campagnes de prévention se sont mises en place, et de nombreux appels ont été reçus, (106, 115). Le téléphone est un moyen utile pouvant participer à la

prévention du suicide. Au vu des notions abordées précédemment, les lignes intra hospitalières peuvent à notre avis participer à ces campagnes de prévention.

En résumé, les adolescents qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel le sont plus souvent que les autres, et ils ont plus d'antécédents de tentatives de suicide que les autres. Ces adolescents, lorsqu'ils appellent, sont très à risque de passer à l'acte et d'être réhospitalisés.

5. Suivi psychiatrique

Cette information est difficile à recueillir, nous avons seulement un aperçu du type de suivi réalisé pour ces 177 adolescents. Elle n'est pas systématiquement notée lors de la réception de l'appel. Dans les dossiers nous avons pris en compte les suivis spécifiés qui ont eu lieu peu de temps avant l'appel ou qui devraient avoir lieu peu de temps après, sans toutefois mettre des limites de temps précises. D'ailleurs dans près de 20 % des cas, nous n'avons pas trouvé cette donnée.

Cependant, il s'avère que 36 % des patients sont suivis par le service, et 32 % en CMP. Il n'est pas précisé si le CMP fait partie du même secteur que le service. 10 % sont à la fois suivis par le service, et à la fois sur l'extérieur.

Une grande majorité d'adolescents qui font l'objet d'appels sont suivis, 79 % sont suivis par l'hôpital. A noter que 3,5 % des appels proviennent d'adolescents qui sont hospitalisés dans d'autres structures, parfois au sein du même hôpital, parfois dans un autre.

➤ Deux hypothèses peuvent alors émerger

- Soit ce sont les adolescents les plus en difficulté (car suivis) qui appellent.
- Soit ils appellent plus facilement car ils sont encore en lien avec le service ou avec la psychiatrie en général.

Les adolescents hospitalisés dans les 15 jours suivants l'appel sont plus souvent pris en charge par le service. Nous avons vu précédemment qu'il s'agissait d'une population à risque. Ce qui concorde avec le fait que les adolescents suivis par le service sont plus en difficulté.

A remarquer que les anorexiques sont souvent suivies par le service après leurs hospitalisations, étant donné également la poursuite du suivi pédiatrique qui se fait dans le service d'à côté.

Chaque suicidant est revu dans la mesure du possible rapidement après sa sortie d'hospitalisation, justement car cette période comporte un haut risque de récurrence suicidaire, et certains sont également suivis au long cours par le service, ce d'autant plus s'ils y sont souvent hospitalisés.

Une étude plus précise pourrait être entreprise concernant les enfants et adolescents uniquement suivis par le service, pour savoir s'il existe vraiment des spécificités dans cette population. Est-ce une population considérée comme à haut risque de rechute ? Sont-ce donc bien les anorexiques qui sont le plus suivies dans le service ?

B. Caractéristiques des appels

1. Les motifs d'appel

Le motif principal d'appel est positif, ou informatif (32 % des appels), puis vient l'expression d'une angoisse, les problèmes relationnels avec les parents ou autres. Ceci est souvent l'objet d'appels dans les études que nous avons évoquées. (14, 15, 16, 29, 34). Les appels au sujet de filles concernent plus souvent les troubles du comportement alimentaire, les appels au sujet de garçons concernent plus souvent un fléchissement de l'humeur, une angoisse ou sont plus souvent positifs ou informatifs.

Le fait que le motif d'appel soit le plus souvent positif, montre encore bien le lien entretenu entre l'équipe et l'adolescent. Les adolescents appelants sont soucieux de dire qu'ils vont bien. Ce lien maintenu par eux peut aussi être entretenu par le service lui – même. Nous retrouvons toutefois le fait que les adolescents aiment être maîtres de leurs appels téléphoniques, et sont soucieux de donner une bonne image d'eux (36). Sans toutefois oublier le fait que ces appels peuvent, peut être plus souvent qu'on ne le croit, masquer un mal être plus important.

L'angoisse est un thème fréquemment abordé, sous le terme d'angoisse, nous regroupons tout types d'inquiétudes, des parents ou des adolescents, ceci peut concerner tout aussi bien le

suivi, les traitements, les relations interpersonnelles...L'appel a pour fonction de faire diminuer rapidement le stress.

Même si la proportion n'est pas significative, dans 6 % des cas, les appels concernent soit une fugue soit un passage à l'acte auto agressif. Le service fonctionne ici comme un centre de prévention du suicide, puisque les adolescents, dans un moment aigu, font référence au service. Chacun de ces appels a été pris en charge par l'infirmier et une solution a été trouvée. Dans les études également, peu d'appels d'adolescents sont à haut risque de suicide, toutefois les adolescents appellent souvent pour évoquer des idées suicidaires (14, 16, 37).

Que doit alors faire l'infirmier face à cette urgence étant donné le stress que cela entraîne ? (97, 134). Selon différentes études, il faut avant tout instaurer un climat de confiance tout au long de l'appel. L'empathie est primordiale, (38), les écoutants doivent garder une certaine distance, établir certaines limites, (14).

Les infirmiers du service sont formés pour prendre en charge des adolescents suicidants dans le service, mais qu'en est il des appels téléphoniques ? Peut on considérer que la prise en charge est identique ? Nous ne le pensons pas. Ils ont l'avantage de connaître les adolescents, parfois d'avoir été leurs référents, mais ceci peut également entraîner des difficultés. Le transfert et le contre transfert risquent d'être importants, et ceci peut déstabiliser l'infirmier qui prend les appels. Il est peut être important que l'écoute soit alors doublée quand cela est possible. Toutefois, à chacun de ces appels, le lien est maintenu avec le jeune, et l'infirmier contacte les parents, les services d'urgence qui prennent rapidement en charge l'adolescent si cela est nécessaire.

Les motifs d'appel varient en fonction de l'âge des adolescents. Pour ceux, âgés de moins de 15 ans, 47 % des appels sont positifs, informatifs, et 24,5 % évoquent une angoisse. Pour ceux, âgés entre 15 et 17 ans, 31 % expriment une angoisse, 23,5 % des appels sont positifs ou informatifs. Pour ceux qui ont plus de 17 ans, près de 35 % des appels concernent un trouble du comportement alimentaire, 31 % sont positifs, informatifs. L'appel fait tout de même souvent suite à une angoisse, exprimée par un adolescent ou un parent.

Les motifs d'appel sont fonction des diagnostics posés, les thèmes les plus abordés étant l'angoisse, les troubles du comportement alimentaire, un fléchissement de l'humeur, des idées suicidaires.

2. Nombre d'appels

398 appels ont été reçus sur 6 ans. Certains ont appelé plusieurs fois, voir plusieurs années de suite puisque 177 adolescents seulement sont concernés. Ce qui semble relativement peu par rapport aux données rapportées dans la littérature concernant les lignes d'écoute spécialisées, par exemple, sur la ligne Fil Santé Jeunes, il y a eu plus de 700 appels par jour en 2002, (63, 96, 106, 115). Ceci est dû probablement au fait que les adolescents et les parents savent qui ils appellent et dans quel but bien précis. Ce nombre d'appels doit être également rapporté au nombre total de patients différents qui ont été pris en charge dans le service entre 2000 et 2005, puisque les lignes d'écoute s'adressent, elles, à la population générale. Les appelants cherchent alors à ne pas être anonymes, contrairement à ceux qui appellent les lignes d'écoute spécialisées. Cette ligne au sein du service a donc une fonction bien précise pour ces appelants.

Cependant, la majorité n'appellent qu'une fois en 6 ans, (près de 70 % des appels). Chaque année, il y a plus d'appels que d'appelants, donc certains appelants appellent plusieurs fois. Ces appels répétés concernent donc une minorité d'adolescents (31%).

Certains appelants peuvent être qualifiés de « chroniques », comme nous l'avons vu précédemment, puisque 10 % appellent 5 fois ou plus, et quelques uns appellent plus de 10 fois par an. Une adolescente a appelé 45 fois, une autre 17 fois, une autre 15 fois, deux autres 11 fois, en majorité il s'agit donc de filles, la plupart du temps, elles appellent juste pour parler ou exprimer une angoisse. (80, 99, 118).

➤ **En résumé**, nous pouvons dégager un **profil type** d'appelant, avec ce que l'on retrouve dans toute les catégories (l'adolescent faisant l'objet d'un ou plusieurs appels):

- les adolescents ont le plus souvent entre 15 et 17 ans.
- Les appels concernant des filles sont majoritaires.

- Il n'y a pas de différence concernant la situation des parents, dans la majorité des cas, ils vivent ensemble.
- Il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'appels et le nombre de personnes au foyer. Dans la majorité des cas, trois personnes vivent avec l'adolescent.
- Les adolescents résident le plus souvent chez leurs deux parents, ce qui rejoint les remarques précédentes.
- Les parents sont le plus souvent employés ou ouvriers.
- Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles de conduites alimentaires, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur.
- Dans la majorité des cas, il n'y a pas de diagnostic associé.
- Dans la majorité des cas, il n'y a pas d'antécédent de tentative de suicide.
- Le suivi est le plus souvent réalisé au sein même du service.
- Le motif d'appel le plus fréquent est « positif, informatif », ensuite, il s'agit le plus souvent d'angoisse, de trouble du comportement alimentaire, de fléchissement de l'humeur, de problèmes relationnels.

Les adolescents faisant l'objet de multiples appels présentent donc ces caractéristiques, que l'on retrouve également lorsqu'il n'y a qu'un appel, ce que l'on retrouve dans certaines études (80, 118). Hormis le fait, que dans notre population ce sont seulement les filles qui font l'objet d'appels chroniques.

➤ Nous avons cependant mis en évidence **des caractéristiques spécifiques aux adolescents qui font l'objet d'appels répétés :**

- Ce sont plus souvent les parents qui appellent que les enfants eux-mêmes ($p=0,002$). Nous pouvons supposer qu'il s'agit de parents inquiets qui cherchent de l'aide auprès d'un service qu'ils connaissent.
- Ces adolescents sont plus souvent hospitalisés que les autres, ($p<0,001$). Nous pouvons envisager que ceux qui appellent deux fois ou plus sont plus en difficulté que ceux qui n'appellent qu'une fois, ils sont de ce fait plus à même d'être hospitalisés que les autres.
- Ils ont donc plus de risque de ré hospitalisation que les autres, ($p<0,001$), comme nous l'avons vu précédemment.

- Ils ont des durées totales d'hospitalisation entre 2000 et 2005 plus longues que les autres (70 jours contre 37 jours). (analyse de variance, $p=0,0005$). Ceci est en lien avec ce qui précède, puisque l'on considère la durée totale d'hospitalisation.

Les équipes doivent être particulièrement attentives lorsque les appels se répètent pour un même adolescent, car ils signalent peut être une détresse importante. Il ne faut donc pas négliger ces appelants réguliers, comme le précise SAWYER et al (118).

Il y a donc un lien évident entre la gravité de la pathologie qui amène à de multiples hospitalisations, la place importante que prend le service, par les jeux du transfert, du contre transfert, la mise en place de repères stables pour l'adolescent et le fait qu'il y ait des appels répétés.

Ces appels peuvent avoir plusieurs sens, ils peuvent signifier l'affection que portent ces jeunes au service ou être proportionnels à l'intensité des difficultés rencontrées, tout en étant une sorte de bouée de sécurité pour les parents.

Nous ne savons cependant pas si les thèmes abordés pendant les appels sont en lien avec les hospitalisations suivantes. Ceci serait à envisager dans un travail ultérieur, en examinant chaque motif d'appel et chaque hospitalisation qui suit l'appel, qu'il y en ait eu un, deux ou plus et en particulier s'il existe ou non des tentatives de suicide.

Peut être faut-il que les soignants appellent plus systématiquement les adolescents pour éviter d'autres hospitalisations ?

3. Délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante

Nous avons également voulu savoir s'il y avait des spécificités concernant les patients hospitalisés dans les 15 jours suivant le premier appel. Ce délai a été fixé arbitrairement, nous avons différencié ceux qui n'étaient jamais hospitalisés après l'appel, ceux qui l'étaient dans les 15 jours, ceux qui l'étaient plus de 15 jours après. Nous allons discuter des résultats ci-dessous.

C. Prise en charge hospitalière

Nous avons comptabilisé seulement les hospitalisations survenues entre 2000 et 2005, on note que 86 % des adolescents n'ont jamais été hospitalisés avant janvier 2000, nous pouvons

avancer le fait que la plupart appellent donc après une hospitalisation, une fois qu'ils ont fait connaissance avec l'équipe.

83 % des adolescents ont été hospitalisés entre 1 et 3 fois. Près de 44 % l'ont été une seule fois. Seulement 7,6 % ne l'ont jamais été. Nous ne savons pas si il s'agit du nombre moyen d'hospitalisations pour l'ensemble des patients qui sont venus dans le service. La majorité des adolescents ont été hospitalisés, ce qui confirme le fait qu'il y ait d'abord eu prise de contact entre l'équipe et l'adolescent avant qu'il appelle.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 47,5 jours, ce qui est relativement important, probablement du fait de la prise en charge relativement longue de certaines anorexiques.

La majorité est donc hospitalisée plusieurs fois en 5 ans, le risque de ré hospitalisations est important.

Nous ne savons pas si l'identité de l'appelant change à chaque appel. Il aurait été intéressant de savoir si les appels répétés proviennent plus des mères, des pères, d'autres parents ou des adolescents eux-mêmes. Nous savons seulement que quelques jeunes filles ont appelé plus de 10 fois, sans que ce nombre soit significatif.

Une hospitalisation survient en moyenne 34,6 jours après l'appel, ce délai est relativement court. Le soignant, qui écoute l'adolescent ou son parent doit toujours avoir en tête cette notion.

De plus, dans certains cas, plusieurs appels se répètent peut être avant la mise en place d'une hospitalisation, nous ne le savons pas car nous n'avons pris en compte seulement que le premier appel.

Ultérieurement, nous pourrions prendre en compte la totalité des appels pour chaque adolescent.

1. Qu'il y ait une hospitalisation (dans les 15 jours, après 15 jours) ou non après l'appel :

- Dans la majorité des cas, il n'y a pas d'hospitalisation qui suit l'appel.
- On peut alors penser que l'appel n'avait pas de caractère d'urgence, ceci dû au fait que le plus souvent, les appels sont positifs ou informatifs. Les filles font

plus l'objet d'une ré hospitalisation après l'appel mais la différence entre les sexes n'est pas significative. La durée moyenne d'hospitalisation reste la même.

- L'appelant est le plus souvent un adolescent âgé entre 13 et 18 ans (Il n'y a pas de lien entre l'âge et la présence ou non d'une hospitalisation après l'appel) qui vit avec 2 personnes, dont les parents, mariés, et appartenant à la catégorie employés/ouvriers.
- Ils présentent le plus souvent des troubles du comportement alimentaire, des troubles anxieux et des troubles de l'humeur. Il n'y a pas de lien entre le diagnostic associé et le délai entre l'appel et l'hospitalisation suivante.
- Les appels positifs ou informatifs restent les plus fréquents, ensuite viennent les appels évoquant un trouble de l'humeur, des idées suicidaires ou des angoisses.

2. Par contre, ceux qui sont hospitalisés dans les 15 jours suivant l'appel :

- Ont plus d'antécédents de tentatives de suicide que les autres, ($p=0,01$).
- Sont plus souvent hospitalisés que les autres, ($p<0,001$).
- Sont plus souvent suivis par le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants que les autres, ($p=0,017$).

3. Délai entre l'appel et l'hospitalisation précédente

Nous avons également tenu compte du délai entre le premier appel et l'hospitalisation précédente. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 catégories (ceux qui n'ont jamais été hospitalisé avant l'appel, ceux qui l'ont été moins de 7 jours avant, ceux qui l'ont été plus de 7 jours avant). Ceux qui sont hospitalisés le plus souvent n'appellent pas forcément plus rapidement que les autres ou ne font pas l'objet d'appels plus rapidement que les autres. De même, il n'y a pas de différence significative concernant la durée moyenne d'hospitalisation. Ceux qui sont le plus longtemps hospitalisés n'appellent pas plus rapidement que les autres ou ne font pas l'objet d'appels plus rapidement que les autres.

➤ **En résumé :**

Nous savons que les adolescents suicidants sont à haut risque de rechutes dans les mois suivants une tentative de suicide. Elles représentent un motif fréquent d'hospitalisation.

Les adolescents appellent lorsqu'ils ont déjà eu un contact avec le service. Le premier appel survient en moyenne 43 jours après une hospitalisation, donc dans une période à risque. Les adolescents hospitalisés dans les 15 jours suivants l'appel sont souvent des suicidants.

De plus, ceux qui font l'objet d'appels répétés sont plus souvent hospitalisés que les autres, ils ont donc plus de risques d'être ré hospitalisés.

Il faut donc tenir compte à chaque appel, du contexte familial et social de l'adolescent, en particulier si il y a eu abus ou négligence, de ses antécédents et en particuliers ses antécédents de tentatives de suicide, si cet adolescent a déjà appelé auparavant et si il a été hospitalisé récemment.

CONCLUSION

Les modes de communication changent de jour en jour. Le téléphone envahit les espaces publics, les cafés, les restaurants, les transports en commun. L'ensemble de la population et plus particulièrement les adolescents font un usage assez spécifique du téléphone. Il a plusieurs usages, il permet le maintien de la cohésion sociale, des liens, d'avertir des différents dangers encourus. Il permet à l'adolescent d'avoir des échanges avec les pairs, avec les adultes, hors du champ familial.

~~Les termes de téléphonie sociale puis de téléphonie clinique se sont développés. De nombreuses lignes d'écoute se sont ouvertes, certaines se sont spécialisées dans l'écoute des adolescents. Ces lignes sont largement utilisées dans les campagne de prévention du suicide. Nous avons réuni dans une première partie, de multiples données concernant le comportement des adolescents au téléphone, sur les différentes lignes d'écoute existantes, en France ou à l'étranger.~~

A notre connaissance, aucune étude en France ne porte sur l'écoute téléphonique au sein même d'un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Mener cette recherche a donc été très enrichissant, tant sur le plan de son originalité, que sur les données recueillies. En effet, les informations rassemblées par l'équipe infirmière n'avaient encore jamais été exploitées. Nous avons pu développer nos connaissances concernant les comportements des adolescents au téléphone et mettre en évidence plusieurs de leurs spécificités.

~~Nous avons été frappés par l'importance des appels reçus et par l'étendue et la précision du travail d'écoute effectué par l'équipe infirmière. Un lien unique se crée entre l'appelant et l'écouter, ce d'autant plus s'ils se connaissent au préalable. Cette ligne complète le travail des lignes d'écoute, permet d'apporter d'autres réponses, et permet également de répondre à l'urgence. Il est surprenant de voir combien ces appels sont importants tant pour les parents que pour les adolescents. Ces appels surviennent très souvent lors de situations conflictuelles ou difficiles.~~

Nous avons rencontré de nombreux biais dans notre travail, étant donné déjà le recueil subjectif de la base de données (les cahiers d'appels). Il serait alors intéressant d'envisager peut être, d'après les différentes idées émergentes, un recueil de données plus standardisé qui

puisse être utilisé à chaque appel, non seulement pour recueillir le plus d'informations possibles mais aussi pour aborder plus largement les difficultés éventuelles de l'adolescent.

Nous avons tenu compte seulement du premier appel et des rapports qu'il existe entre cet appel et la prise en charge hospitalière de chaque adolescent. Nous aurions pu faire de même avec tous les appels. Ceci peut être abordé dans un prochain travail de recherche. Nous aurions pu également comparer les caractéristiques de notre population avec celles de l'ensemble des adolescents hospitalisés dans le service qui ne font pas l'objet d'appel, pour mettre en évidence éventuellement d'autres spécificités.

D'autres études sont donc nécessaires pour compléter ce premier travail au sein de services de pédo-psychiatrie, et pour pouvoir apporter les réponses les plus adaptées aux demandes de ces adolescents et de leurs familles.

Les écoutants sur les différentes lignes d'écoute, reçoivent une formation spécifique, et tous s'accordent à dire qu'elle est indispensable. Bien que les infirmiers soient spécialisés dans la prise en charge d'adolescents au sein d'un service, il leur est toujours difficile de recevoir un appel téléphonique provenant d'un adolescent ou d'un parent, même si son identité est connue, ce d'autant plus si un certain contre transfert s'est déjà installé auparavant. Il serait peut être intéressant que l'équipe puisse bénéficier, dans une certaine mesure, d'une formation particulière.

Nous avons évoqué différentes mesures de prévention, en particulier celles concernant le suicide, mises en place ces dernières années. La prise en charge des appels au sein du service contribue, dans une certaine mesure, à cette prévention, puisqu'il y a même eu quelques appels où les adolescents étaient en plein passage à l'acte, que ce soit une fugue ou une tentative de suicide. Pourquoi ne pas développer alors l'écoute au sein d'établissement de Santé Mentale, en particulier pour les adolescents, si avides de ce mode de communication ? Ne faut-il pas peut être anticiper les appels et appeler systématiquement certains adolescents que nous jugeons à risque ? Serait ce un moyen de prévention valable et efficace ? D'autre part, certains ont montré l'intérêt de remettre un carton de rendez-vous téléphoniques aux adolescents (27), ce pourrait être un bon moyen de prévenir certains problèmes.

Nous avons évoqué également Internet, celui-ci se développe de façon également extraordinaire, et il existe déjà de nombreuses applications en Santé Mentale. Nous pourrions envisager le même type d'étude en considérant l'usage d'Internet.

Les services téléphoniques apportent un support privilégié pour la prévention du suicide chez les adolescents. La qualité de l'écoute reste le principe dominant. Il faut prendre en compte les difficultés de la fonction d'écouter et l'importance de l'expérience acquise.

La téléphonie clinique mérite ainsi d'être retenue comme méthode de soin en psychiatrie de l'adolescent en particulier dans le décours d'une hospitalisation. De maniement difficile, il convient désormais d'en dégager les règles pour une bonne pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. AKERS - PORRINI R : La visite téléphonique « Tiens bon pépé ». Réseaux n°82/83 CENT 1997.
2. ALISSE P, DELAUNAY C, DUTILLEUX B, JEANJEAN N, LEBRUN C : Voies du silence au téléphone. *Adolescence* : 1997 ; 15(2) : 249-258.
3. ARENES J, JANVRIN M-P, BAUDIER F : Baromètres Santé Jeunes 1997-1998, Paris, CFES, 1998.
4. BACHOFEN M, NAKAGAWA A, MARKS IM, PARK J M, GREIST J H, BAER L, WENZEL K W, PARKIN R J, DOTTL S L : Home self-assessment and self- treatment of obsessive-compulsive disorder using a manual and a Computer-conducted Telephone Interview : replication of a UK-US study. *The Journal of Clinical Psychiatry* : 1999 ; 60(8) : 545-9.
5. BADOUC R : Suicide Ecoute Prévention. Un dispositif pour l'urgence. *L'école des parents HS n°1 mars 2003*, pp 31-32.
6. BALINT A : L'identification, l'autre c'est moi. In *L'enfant à la découverte du monde : Freud S, Caïn J ; 1978 ; pp 49-59.*
7. BARBER J G, BLACKMAN E K, TALBOT C, SAEBEL J : The themes expressed in suicide calls to a telephone helpline. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* : 2004 ; 39 : 121-125.
8. BEEBE L H : Community nursing support for clients with schizophrénia. *Archives of Psychiatric Nursing* : 2001 ; 15(5) : 214-22.

9. BERLE J O : Telephone Hotline service to Kirkenes SOS in Norway. Tidsskr Nor laegeforen : 2001; 121(9) : 1103-4.
10. BIGOT R : La diffusion des technologies de l'information dans la société française. Enquête « Conditions de vie et aspiration des français ». CREDOC novembre 2006.
11. BIEHM HJ, TURNELL RW, D'ARCY C : Computer telephony : automated calls for medical care. Clinical and Investigative Medicine : 2003 ; 26(5) : 259-68.
12. BIRRAUX A : Adolescence et corps, de la réalité sociale à la réalité psychique. La complémentarité des sexes. In L'adolescent face à son corps. Bayard édition 2004. pp 53-61.
13. BLANPAIN N, DANIEL A : Les modes de vie des adolescents âgés de 15 à 17 ans, un aperçu à partir des enquêtes statistiques. INSEE première : 2004 ; n°1118.
14. BOEHM K E, CAMPBELL N B : Suicide : a review of calls to an adolescent peer listening phone service. Child Psychiatry and Human Development :1995 ; 26(1) : 61-6.
15. BOEHM K E, SCHONDEL C R, IVOSKA W J, MARLOWE A L, MANKE - MITCHELL : Calls to Teen – Line : representative concerns of Adolescents. Adolescence : 1998 ; 33(132) : 797-803.
16. BOEHM K E, SCHONDEL C R, MARLOWE A L, ROSE J S : Adolescents calling a peer – listening phone service : variations in calls by gender, age and season of the year. Adolescence, 1995 ; 30(120) : 863-871.
17. BOEKELOO B O, SCHAMUS L A, SIMMENS S J, CHENG T L : Ability to measure sensitive adolescent behaviors via telephone. American Journal of Prevention Medicine : 1998 ; 14(3) : 209-216.

18. BRACONNIER A, MARCELLI D : Adolescence et société. In L'adolescence aux milles visages : 1998 ; Edition Odile Jacob, chapitre II : pp 35-49.
19. BRACONNIER A, MARCELLI D : L'adolescent et son corps. In L'adolescence aux milles visages : 1998 ; Edition Odile Jacob, Chapitre X : pp 181-195.
20. BRESLIN S, GRESKOVICH W, TURISSO F : Wireless technology improves nursing workflow and communications. Computer, Informatics, Nursing : 2004 ; 22(5) : 275-81.
21. BRETON P, PROULX S : Les techniques d'expression. In l'explosion de la communication à l'aube du 21^{ème} siècle. Sciences et Société, édition la découverte : 2002 ; pp53-59.
22. BRETON P, PROULX S : Les techniques d'expression In l'explosion de la communication à l'aube du 21^{ème} siècle. Sciences et Société ; édition la découverte ; 2002 ; pp297-299.
23. BRETON P : Internet ? une fausse révolution. La conversation, un art de l'instant. n°182, Janvier 1999, collection Mutations.
24. CABANNES M F : Anonyme Intimité In Ecouter l'angoisse ; Montheil M ; Edition l'Esprit du Temps, 1997 ; pp 229-236..
25. CADEAC B, LAURU D : Génération téléphone, les adolescents ont la parole : 2002, Edition Albin Michel. 222 p.
26. CASTELAIN – MEUNIER E : Le cordon paternel : des liens téléphoniques entre des pères séparés « non gardiens » et leurs enfants. Réseaux n°82/83 CNET 1997.

27. CAVANAUGH R M : Utilizing the phone appointment for adolescent follow-up. *Clinical Pediatrics* : 1990 ; 29(6) : 302-4.
28. CHABROL J L, PERIN P : Le point sur.. les usages du téléphone en France et aux Etats – Unis au début des années 90. *Réseaux n°82/83 CNET* 1997.
29. CHEN S P, DALLAS C, CHEN E H : Teen Voices on a proposed telephone health service. *ABNFJ* : 1995 ; 6(1) : 19-23.
30. COCTEAU J : *La voix humaine* : 2005 ; Théâtre Stock ; 59 p.
31. COPPERSMITH E I : Expanding Uses of the telephone in family therapy. *Family Process* : 1980 ; 19(4) : 411-7.
32. CORCOS M, JEAMMET PH, FLAMENT M : **In** Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes. Edition Masson, Paris, 2003, pp 44-68.
33. COURTY E, DARCO N, JALENQUES I : Portable et dépendance. *Revue française de psychiatrie et psychologie médicale* : 2004 ; Tome VIII, n°72, pp 43-46.
34. CRUZ B R, SAN MARTIN A H S, GUTIERREZ B L N, FARIAS M V, MORA I S : Identifying young people's guidance needs through Telephone counseling. *Adolescence* : 2001 ; 36(141) : 21-31.
35. DARRAULT – HARRIS I : L'énonciation adolescente, remarques psychosémiotiques. *Adolescence* : 1999 ; 17 (1) : 223-233.
36. DARRAULT – HARRIS I : Vers une typologie sémio – linguistique des appels des adolescents. *Adolescence : La rue* : 2003 ; 21(1) : 133-139.

37. DE ANDA D, SMITH M A : Differences among Adolescents, young Adult and Adult callers of Suicide Help Line. *Social Work* : 1993 ; 38(4) : 421-428.
38. DECETY J : Une anatomie de l'empathie. *Psychology et Neuropsychiatry cognitives* : 2005 ; 3(11) : 16-24.
39. DEFORCHE B, DE BOURDEAUDHUIJ I, TANGHE A, DEBODE P, HILLS A P, BOUCKAERT J : Post-treatment phone contact : a weight maintenance strategy in obese youngsters. *International Journal of Obesity* : 2005 ; 29(5) : 543-6.
40. DE GOURNAY C : « C'est personnel », la communication privée hors des murs. *Réseaux n°82/83 CENT* 1997.
41. DESALVO F J JR : Family phone therapy in university counseling and psychological service centers : a family systems approach. *The Journal of American College Health* : 1988 ; 37(2) : 71-6.
42. DISEKER R A, MICHELUTTE R, MORRISON V : Use and Reported Effectiveness of Tel – Med : a Telephone Health Information System. *American Journal Public Health* : 1980 ; 70(3) : 229-234.
43. DIXON M C, BURNS J : The training of telephone crisis intervention volunteers. *American Journal of Community Psychology*. : 1975 ; 3(2) : 145-50.
44. DORDICK S H, LAROSE R : Le téléphone dans la vie de tous les jours : une enquête sur l'utilisation domestique du téléphone. *Réseaux n°55 CNET* 1992.
45. ECHTERLING L G, HARTSOUGH D M, ZARLE T H : Testing a model for the process of telephone crisis intervention. *American Journal of Community Psychology*. 1980 ; 8(6) : 715-25.

46. ELKINS R L, COHEN C R : A comparison of the effects of prejob training and job experience on nonprofessional telephone crisis counselors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* : 1982 ; 12(2) : 84-9.

47. FERENCZI S : *Psychanalyse 2. Anomalies psychogènes de la phonation. In œuvres complètes ; tome 2 : 1913-1919 ; collection Sciences de l'homme ; pp 167-171.*

48. FERENCZI S : *Psychanalyse 2. Le silence est d'or. In œuvres complètes ; tome 2 : 1913-1919 ; collection Sciences de l'homme ; pp 255-256.*

49. FIZE M : Les adolescents et l'usage du téléphone. *Réseaux n°82/83 CNET 1997. pp 1-11*

50. FLICHY P : La nouvelle révolution du téléphone. *Sciences Humaines. HS n°26. Sept/oct 1999.*

51. FLICHY P : Les communications de l'intimité. *Sciences Humaines ; n°140 ; Juillet 2003 ; pp 36-39.*

52. FREUD S : Préludes au Moi et au Surmoi. *In L'identification l'autre, c'est moi, Freud, Ferenczi, Balint, Klein, Freud A, Bergler, Fénichel, Caïn, Kecisler, Greenson, Stoller, Abraham, Deutsch, Eïdelberg, Greenaore, Winnicott, Jacobson, édition TCHOU pp 81-91.*

53. FRIEDMAN R H, STOLLERMAN J E, MAHONEY D M, ROZENBLYM L : The virtual Visit. *The Journal of the American Medical Informatics Association, 1997 ; 4(6) : 413-425.*

54. FRIEDMAN R H : Automated Telephone conversations to assess health behavior and deliver behavioral interventions. *Journal Medical System : 1998 ; 22(2) : 95-102.*

55. GLATT K M : Helpline : Suicide Prevention at a suicide site. *Suicide and Suicide Life-Threatening Behavior* : 1987 ; 17(4) : 299-309.
56. GRAY B, NIDA R A, COONFIELD T J : Empathic listening test : an instrument for the selection and training of telephone crisis workers. *Journal of Community Psychology* : 1976 ; 4(2) : 199-205.
57. HEMINGWAY S, ASHMORE R, ASKOORUM G : Resources for better practice telephone intervention in mental health nursing. *Nursing Times* : 2000 ; 96(22) : 33-4.
58. HILTY D M, INGRAHAM R L, YANG S P, ANDERS T F : Multispecialty Telephone and e mail consultation for patients with developmental disabilities in rural California. *Telemedecine Journal and e-health*, 2004 ; 10(4) : 413-421.
59. HIRSCH S : A critique of volunteer-staffed suicide prevention centres. *Canadian Journal of Psychiatry* : 1981 ; 26(6) : 406-410.
60. HOLLEAUX A : Les modulations de la voix dans les entretiens par téléphone. *Bulletin de psychologie* : 1990 ; tome XLIII ; n° 396 ; pp 696-702.
61. JEAMMET PH, CORCOS M : Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements. *Références en psychiatrie* ; 2001 ; Doin Edition. 94p.
62. JEAMMET PH : *Le Monde*, 6 juin 1995.
63. JEAMMET PH : Fil Santé Jeunes, un succès qui ne cesse de croître. *L'école des parents*, HS n°1 ; mars 2003. pp 12-14 .

64. JIALIN J : Hotline for Mental Health in Shanghai, China. *Crisis*, 1995 ; 16(3) : 116-120.
65. JUILLARD C, BERTIN X : Ecoutant en téléphonie sociale : des compétences établies mais non reconnues. *La Santé de l'Homme, la santé au bout du fil* : 2004 ; 373 : 24-26.
66. KALAFAT J, BOROTO D R, FRANCE K : Relationships among experience level and value orientation and the performance of paraprofessional telephone counselors. *American Journal of Psychology* : 1979 ; 7(2) : 167-80.
67. KETOLA E, KLOCKARS M : Computer-assisted telephone interview. *Family Practitioner* : 1999 ; 16(2) : 179-83.
68. KING G D, MORGAN J P, SMITH B : The telephone Counseling Center as a Community Mental Health Assessment Tool. *American Journal of Community Psychology* : 1974 ; 2(1) : 53-60.
69. KINZEL A, NANSON JO : Education and debriefing : strategies for preventing crises in Crisis-Line volunteers. *Crisis* : 2000 ; 21(3) : 126-34.
70. KOBAK K A, TAYLOR LH, DOTTL S L, GREIST J H, JEFFERSON J W, BURROUG H S D, MANTLE J M, KATZELNICK D J, NORTON R, HENK H J, SERLIN R C : A computer-administred telephone interview to identify mental disorders. *JAMA* : 1997 ; 278(11) : 905-10.
71. KRANZLER H R, ABU-HASABALLAH K, TENNEN H, FEINN R, YOUNG K : Using daily voice response technology to measure drinking and related behaviors in a pharmacotherapy study. *Alcohol Clinical Experimental Research* : 2004 ; 28(7) : 1060-4.
72. KUNY S T, STASSEN H H : Speaking behavior and voice sound characteristics in depressive patinets during recovery. *Journal of Psychatric Research* : 1993 ; 27(3) : 289-307.

73. LACAN J : Ecrits, Le Seuil, 1966, p 431.

74. LATTIMER V, GEORGE S, THOMPSON F, THOMAS E, MULLEE M, TURNBULL J, SMITH H, MOORE M, BOND H, GLASPER A : Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care : randomised controlled trial. British Medical Journal : 1998 ; 317(7165) : 1054-9.

75. LAURU D : La rue, l'adolescent. L'évolution psychiatrique : 2004 ; 69(3) : 409-415.

76. LAURU D : Une écoute singulière, la téléphonie clinique. L'école des parents, mars 2003 ; HS n°1, p 20-25.

77. LE BRETON D : La vie en jeu pour exister In L'adolescence à risque, corps à corps avec le monde, 2002, Edition Autrement, collection Mutations, pp 14-36..

78. LEENAARS A A, LESTER D : The impact of suicide prevention centers on the suicide rate in the Canadian Provinces. Crisis : 2004 ; 25(2) : 65-8.

79. LESTER D : L'efficacité des centres de prévention du suicide. Santé Mentale au Quebec ; 1994, 19(2) : 15-24.

80. LESTER D, BROCKOPP G W : Chronic Callers to a suicide prevention center. Community Mental Health Journal : 1970 ; 6(3) : 246-250.

81. LINGELY – POTTIE P, Mc GRATH P J : A therapeutic alliance can exist without face-to-face contact. Journal of Telemedecine and Telecare : 2006 ; 12(8) : 396-9.

82. LOVELL K, COX D, HADDOCK G, JONES C, RAINES D, GARVEY R, ROBERTS C, HADLEY S : Telephone administered behavior therapy for treatment of obsessive compulsive disorder : randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal* : 2006 ; 333.
83. MACDONALD J, BROWN N, ELLIS P : Using Telephone prompts to improve initial attendance at a community mental health center. *Psychiatric Services* : 2000 ; 51(6) : 812-4.
84. MACKINNON C : Empowered Consumers and Telephone Hotlines. *Crisis* : 1998 ; 19(1) : 21-23.
85. MANCERON V : Tous en ligne ! Usages sociaux du téléphone et modes d'interaction au sein d'un groupe de jeunes parisiens. *Réseaux*, 1997 ; n°82/83.
86. MARCELLI D : Du lien précoce au lien d'addiction, quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* : 1994 ; 42(7) : 279-284.
87. MARCELLI D, BRACONNIER A : Le problème de l'agir et du passage à l'acte. In *Adolescence et psychopathologie* ; 2004 ; collection Les âges de la vie ; Masson ; pp 92-123.
88. MARCELLI D, BRACONNIER A : Parler de soi à autrui. In *l'adolescence aux mille visages* ; 1998 ; édition Odile Jacob ; pp 233-244.
89. MARCHAND JP : Le portable perdu. *La conversation un art de l'instant*, Janvier 1999 ; 182 ; p 213-220.
90. MARGOLIS C G, EDWARDS D, SHRIER L P : Brief Hotline Training, an effort to examine impact on volunteers. *American Journal of Community Psychology* : 1975 ; 3(1) : 59-67.

91. MARITZ J, HOLROYD S : Characteristics of telephone calls in a psychiatric outpatient practice. *Journal of Psychiatric Practice* : 2006 ; 12(3) : 195-9.
92. MARTY F : Adolescence comme expérience de la limite. In *Limites, liens et transformations* ; Scelles R, 2003 ; édition Dunod ; pp 61-80.
93. MCKAY JR, LYNCH KG, SHEPARD DS, PETTINATI HM : The effectiveness of Telephone-based Continuing Care for Alcohol and Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry* : 2005 ; 62 : 199-207.
94. MILLER HL, COOMBS DW, LEEPER JD, BARTON SN : An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *American Journal of Public Health* : 1984 ; 74(4) : 340-3.
95. MINGDAO ZHANG, JIALIN J, HEQUIN Y : New Perspectives in Mental Health Service in Shanghai. *American Journal of Psychiatrie* : 1997 ; 154(6) : 55-58.
96. MISHARA B L, DAIGLE M S : Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers : an empirical investigation. *American Journal of Community Psychology* : 1997 ; 25(6) : 861-85.
97. MISHARA B L, GIROUX G : The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center. *Suicide and Life-Threatening Behavior* : 1993 ; 23(3) : 221-9.
98. MOHR DC, HART SL, JULIAN L, CATLEDGE C, HONOS-WEBB L, VELLA L, TASCHE T : Telephone Administered Psychotherapy for Depression. *Archives of General Psychiatry* : 2005 ; 62 : 1007-1014.

99. MORGAN J P, KING G D : Calls to a telephone counseling service. *Journal of Community Psychology* : 1977 ; 5(2) : 112-5.
100. NAUDIN O : Qui sont les écoutants ? Le Groupe Familial, l'écoute au téléphone, un métier : 1995 ; 148 : 21-29.
101. NAYLOR MR, HELZER JE, NAUD S, KEEFE F J : Automated telephone as an adjunct for the treatment of chronic pain : a pilot study. *The Journal of Chronic Pain* : 2002 ; 3(6) : 429-438.
102. NELSON G, MCKENNA J, KOPERNO M, CHATTERSON J, BROWN J H : The role of anonymity in suicidal contacts with a crisis intervention center. *Canadians Psychiatric Association Journal* : 1975 ; 20(6) : 455-9.
103. NEY P G, HERRON J L : Childhood crises-who to tell ? *New Zealand Medical Journal* : 1985 ; 98(777) : 283-6.
104. O'BRIEN G, LAZEBNIK R : Telephone call reminders and attendance in a adolescent clinic. 1998 ; 101(6) : E6.
105. O'DONNELL J M, GEORGE K : The use of volunteers in a community mental health service : a comparative study of professional and lay telephone counseling : 1977 ; 13(1) : 3-12.
106. OMAR H A : A model program for youth suicide prevention. *The International Journal of Adolescent Medical Health* : 2005 ; 17(3) : 275-278.
107. OSGOOD -HYNES D J, GREIST J H, MARKS I M, BAER L, HENEMAN S W, WENZEL K W, MANZO P A, PARKIN J R, SPIERINGS C J, DOTTL S L, VITSE H M : Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system

plus booklets : an open US-UK study. *The Journal of Clinical Psychiatry* : 1998 ; 59(7) : 358-65.

108. PEDERSON A M, BABIGIAN H M : Providing mental health information through a 24-hour telephone service. *Hospital and Community Psychiatry* : 1972 ; 23(5) : 139-141.

109. PERERA I, YEO B K, KO S M, KUA E H : Telephone counselling in psychiatry. *Singapore Medical Journal* : 1998 ; 39(11) : 488-90.

110. POMMEREAU X : Angoisse et appel du suicidant. *In* *Ecouter l'angoisse* ; Montheil M 1997 ; collection L'esprit du temps ; pp 193-204.

111. RAMELSON H Z, BASSEY B, FRIEDMAN R : The use of computer telephony to provide interactive health information. *AMIA Annual Symposium Proceedings* : 2003 ; 2003 : 539-543.

112. ROBAGLIA C : L'impact du téléphone portable sur le lien mère – enfant. *Mémoire de maîtrise de psychologie*, session juin 2003. 83 p.

113. ROUQUETTE C : La percée du téléphone portable et d'Internet. *INSEE PREMIERE* : 2000 ; n°700.

114. ROUQUETTE C : Un tiers des adultes ont déjà utilisé l'Internet. *INSEE PREMIERE* : 2002 ; n°850.

115. RUSTICI C J : Teenline : a CMHC-Based adolescent suicide prevention and intervention program. *Journal of Mental Health Administration* : 1988 ; 15(1) : 15-20.

116. SATET P : Parler fait exister et peut réduire la souffrance. *La Santé de l'Homme, La santé au bout du fil* : 2004 ; 373.
117. SAUL L J : A note on the telephone as a technical aid. *Psychoanalytic Quarterly* : 1951 ; 20 (2) : 287-290.
118. SAWYER J B, JAMETON E M : Chronics callers to a suicide prevention center. *Suicide and Life-threatening Behavior* : 1979 ; 9(2) : 97-104.
119. SCHERER K R, ZEI B : Vocal indicators of affective disorders. *Psychotherapy Psychosomatics* : 1988 ; 49 (3 - 4) : 179-86.
120. SEELEY M F : Hotlines and Mental Health Services. *Crisis* : 1998 ; 19(1) : 4-5.
121. SKINNER D : Intimacy and the telephone. *Caring Magazine* : 2001 : 28-29.
122. SIMPSON T L, KIVLAHAN D R, BUSH K R, MC FALL M E : Telephone self monitoring among alcohol use disorder patients in early recovery : a randomized study of feasibility and measurement reactivity. *Drug and Alcohol Dependence* : 2005 ; 79 : 241-250.
123. SMOREDA Z : Les communications de l'intimité. *Sciences Humaines* : 2003 ; 140 : 36-39.
124. SOUDIER D, EPELBAUM C : Pathologies limites à l'adolescence : de la séparation à la constitution d'objets internes. Quelles institutions pour quels enjeux thérapeutiques. *Annales médico-psychologiques* : 1999 ; 157 : 380-389.
125. STEIN D M, LAMBERT M J : Telephone counseling and crisis intervention : a review. *American Journal of Community Psychology* : 1984 ; 12(1) : 101-26.

126. TALBOT LENGELLE : Le cordon du téléphone. Santé Mentale : 1996 ; 13 : 14-15.
127. TAPP J T, SPANIER D : Personal characteristics of volunteer phone counselors. Journal of Consulting and Clinical Psychology : 1973 ; 41(2) : 245-50.
128. TISSERON S : Le virtuel à l'adolescence, ses mythologies, ses fantasmes et ses usages. Adolescence : 2004 ; 22(1) : 9-31.
129. TOKPANOU I : Prise en charge de la crise suicidaire, dossier la crise suicidaire. Annales médico – psychologiques : 2003 ; 161 : 179-182.
130. TOLCHIN J : Telephone psychotherapy with adolescents. Adolescence Psychiatry : 1987 ; 14 : 332-41.
131. VAIVA G, DUCROCQ F, MEYER P, MATHIEU D, PHILIPPE A, LIBERSA C, GOUDEMAM M : Effects of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from on emergency department : randomised controlled study. British Medical Journal : 2006 ; 332 (7552) : 1241-5.
132. VANNESSE A : L'écoute par téléphone des personnes angoissées. In Ecouter l'angoisse ; 1997 ; édition L'esprit du Temps ; pp 221-228.
133. VERLYNDE T : Le point sur...les usages du téléphone dans le monde. Réseaux : 1997 ; n°82/83 CNET.
134. WALFISH S : Crisis telephone counselors' views of clinical interaction situations. Community Mental Health Journal : 1983 ; 19(3) : 219-226.

135. WALTER M, TOKPANOU I : Identification et évaluation de la crise suicidaire, dossier la crise suicidaire. Annales médico – psychologiques : 2003 ; 161 : 173-178.
136. WAMPFLER – BENAYOUN S : De bouche à oreilles, la demande téléphonique. Thérapie psychomotrice et Recherches : 2003 ; 133 : 78-87.
137. WAWRZYNIAK M : La virtualité à l'adolescence, de la virtualité à la déréalité. L'information Psychiatrique : 1998 ; n°1.
138. WHALEN J, ZIMMERMAN D, WAHLEN M : Une conversation fatale. Réseaux : 1992 ; n°55.
139. WEINGARTEN M A : Telephone consultations with patients : a brief study and review of the litterature. Journal of the Royal College of General Practionners : 1982 ; 32 : 766-770.
140. WILPON J G : Voice – processing technologies, their application in telecommunication. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America : 1995 ; 92 : 9991-9998.
141. WINNICOTT D W : Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu. In Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement ; 1963 ; collection Sciences de l'Homme, Payot ; pp 43-54.
142. WURTZEL A H, TURNER C : Fonctions latentes du téléphone, ce qui manque lorsque la ligne est coupée. Réseaux : 1992 ; n°55 CNET.
143. ZALUSKY S : Telephone analysis : out of sight, but not out of mind. Journal of the American Psychoanalytic Association : 1998 ; 46(4) : 1221-42.

Sites Internet :

144. AVIS SCIENTIFIQUE SUR LA PREVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES : Direction développement des individus et des communautés : mars 2004 ; Institut National de Santé Publique du Québec. www.santecom.qc.ca.

145. CONFERENCE DE CONSENSUS : « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge », 19 et 20 octobre 2000. Base documentaire Psychodoc@France.

146. COMMUNIQUE DE PRESSE : Dominique GILLOT, secrétaire d'Etat à la Santé et aux handicapés, le 5 février 2001, www.sante.gouv.fr.

147. COMMUNIQUE DE PRESSE : Dominique GILLOT, secrétariat d'Etat à la Santé et aux handicapés , 19 septembre 2000. www.sante.gouv.fr.

148. INSEE PREMIERE : n°1118, janv 2007. www.insee.fr.

149. MARTIN C : Téléphone portable chez les jeunes adolescents et leurs parents : quelle légitimation des usages ?. Deuxième Workshop de Marsouin, 2003, ENST Bretagne, Brest. (Môle Armoricaïn de recherches sur la société de l'information et des usages d'Internet). www.marsouin.org.

150. RAPPORT ANNUEL DE L'INSPECTION GENERAL DES AFFAIRES SOCIALES : 1998, www.social.gouv.fr.

Professeur J.P. FINANCE

**AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE
NANCY, le 21 mai 2007
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1**

Professeur P. NETTER

**NANCY, le 16 mai 2007
Le Doyen de la Faculté de Médecine**

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

**NANCY, le 16 mai 2007
Le Président de Thèse**

VU

RESUME :

Les adolescents d'aujourd'hui présentent un engouement grandissant pour le téléphone. L'auteur a analysé les appels des adolescents ou de leur famille reçus et répertoriés par l'équipe soignante du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'enfants.

Dans une première partie l'auteur évoque quelques notions clés sur le téléphone, ses fonctions au sein de la problématique adolescente, ses développements, à travers la télécommunication et la téléphonie sociale, enfin la téléphonie clinique dont la télépsychiatrie avec ses différents usages.

Dans une deuxième partie, l'auteur développe l'étude qui porte sur 398 appels téléphoniques, reçus entre 2000 et 2005. Ils concernent 177 adolescents qui ont été hospitalisés. Il met en évidence certaines caractéristiques observables chez ces adolescents, au niveau social, familial, clinique (en particulier la tendance suicidaire), la présence ou non d'un suivi. Dans une troisième partie, les résultats exposés, montrent l'importance de maintenir un contact téléphonique avec ces adolescents. Les réponses, apportés à ces appels par l'équipe soignante, sont alors plus rapides et sans doute plus pertinentes, en particulier lors d'un passage à l'acte. La téléphonie clinique mérite ainsi d'être retenue comme méthode de soin en psychiatrie de l'adolescent en particulier dans le décours d'une hospitalisation. De maniement difficile, il convient d'en dégager des règles pour une meilleure pratique auprès des adolescents.

CLINICAL TELEPHONY AND ADOLESCENCE : Analyze of 398 calls, received in 6 years, in the Nancy hospital's child psychiatry unit.

THESE DE PSYCHIATRIE – ANNEE 2007

MOTS CLEFS :

Appels téléphoniques – adolescence – pédopsychiatrie – hospitalisation.

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex