

UNIVERSITE D'ANGERS

Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines

Département de Psychologie

**La Maison des Adolescents, une structure qui raconte le lien :  
Familial, social**

Mémoire présenté pour le  
MASTER 1 Sciences Humaines et Sciences Sociales  
Mention Psychologie

Par Brigitte Billard-Rodriguez  
Sous la direction de Aubeline Vinay

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) EA 4638

UNAM (Université Nantes Angers Le Mans)

Angers, Mai 2016

## **Remerciements**

Je remercie Aubeline Vinay, directrice de mémoire pour la confiance qu'elle m'a accordée. Je remercie Patrick, mon compagnon de vie pour son inconditionnel soutien.

Nulle vérité n'est absolue ni finale.  
Ce qui compte, c'est l'action de  
penser, de sentir, et la liberté de  
réfléchir.

D.W. Winnicott



## ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) BILLARD/RODRIGUEZ Brigitte, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :



|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION .....                                              | 6   |
| PREAMBULE.....                                                  | 3   |
| I PREMIERE PARTIE.....                                          | 6   |
| a) La Maison des Adolescents : une structure d'accueil .....    | 6   |
| b) Constat : le public en demande .....                         | 7   |
| c) Les limites du dispositif .....                              | 9   |
| II PRESENTATION DU MATERIEL CLINIQUE .....                      | 10  |
| a) La rencontre .....                                           | 10  |
| b) Vignette clinique : La problématique de Delphine .....       | 11  |
| <i>Premier entretien</i> .....                                  | 11  |
| <i>Deuxième entretien</i> .....                                 | 13  |
| c) Observations et questionnement .....                         | 13  |
| d) Vignette 2 : La problématique de Martin.....                 | 14  |
| <i>Premier rendez-vous</i> .....                                | 14  |
| <i>Deuxième entretien</i> .....                                 | 16  |
| e) Observations et questionnement .....                         | 16  |
| III ARTICULATION THEORICO-CLINIQUE .....                        | 18  |
| Préambule : .....                                               | 18  |
| a) Les enjeux du pubertaire .....                               | 19  |
| b) Les processus identitaires ou le désir d'autonomisation..... | 23  |
| c) Qu'est-ce que l'éducation .....                              | 26  |
| d) La question du lien social .....                             | 26  |
| CONCLUSION .....                                                | 277 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                             | 288 |

## INTRODUCTION

L'objet de cette recherche s'inscrit sur le terrain d'un stage effectué dans une structure dédiée aux adolescents, notamment sur les problématiques rencontrées à cette période de la vie au regard des enjeux du pubertaire, des processus de la construction identitaire et de l'impact du contexte socio-familial sur ces processus. Nous présenterons sans exhaustivité l'origine de la création de cette structure dans le souci de démontrer l'originalité de la prise en charge singulière des adolescents, nous circonscribons les différents initiateurs de la demande de prise en charge, et nous constaterons les limites d'un tel dispositif.

Dans un deuxième temps nous présenterons le matériel clinique illustré par deux vignettes. Puis dans un troisième temps nous articulerons les concepts entre les enjeux du pubertaire et les processus identitaires à l'adolescence. Enfin nous tenterons d'articuler ces différents processus complexes dans le contexte familial et les questions qu'ils posent dans le contexte social, quant à la question du lien.

La construction identitaire à l'adolescence s'inscrit dans le développement pubertaire qui s'ancre tout à la fois du côté du corporel dans ses manifestations biologiques et physique, que du côté du psychique dans ses remaniements, où le « plus encore-enfant » n'est « pas encore-adulte ». La construction identitaire s'élabore par des processus complexes, on observera que l'adolescent est confronté à la quête du devenir « soi-même comme un autre » Paul Ricœur (1992), et dans une même dynamique « d'être comme » Pierre Tap (1988). Comme les auteurs nous l'ont enseigné Freud (1905) et Philippe Gutton (1991) la construction identitaire repose sur le concept de subjectivation c'est-à-dire devenir sujet. Pour construire son identité l'adolescent a besoin d'un environnement suffisamment bon (Winnicott) qui assure une fonction de portage et d'étayage pour soutenir l'adolescent dans son travail d'élaboration psychique et de transformation.

Nous observerons quels sont les enjeux de la construction identitaire dans les processus du pubertaire, et quelles en sont ces répercussions sur la construction familiale.

Enfin nous nous interrogerons sur la pertinence de vouloir établir un lien entre un mal-être ou malaise adolescent dans le contexte de son environnement, dans sa dimension

familiale et sociale, et nous permettre ainsi de questionner le lien social au regard des travaux de Serge Paugam.

## PREAMBULE

Au sortir de la seconde guerre mondiale, la mortalité infantile est très importante. Les causes proviennent d'une mauvaise alimentation, d'une insuffisance de surveillance médicale des femmes enceintes et d'une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses. Pour endiguer cette situation le gouvernement affirme sa volonté d'y remédier, et l'ancre dans une politique de prévention et de protection en direction des femmes enceintes et des jeunes enfants. L'ordonnance du **2 novembre 1945** est le texte fondateur de cette prise en charge. C'est à cette même époque que sont créés les centres de Protection Maternelle et Infantile. Une structure qui s'inscrit tout à la fois dans la prévention des risques et la protection des enfants à partir de leur vie intra-utérine. C'est-à-dire que la prise en charge de surveillance médicale s'adresse aux futures mamans dès le début de leur grossesse, et se poursuit de la naissance jusqu'à l'âge de six ans de l'enfant.

Ces centres sont implantés dans toutes les villes et se placent au plus près des familles dans l'accompagnement au développement et au suivi de l'enfant sur la tranche d'âge comprise entre zéro et six ans, âge qui correspond à celui de l'obligation scolaire.

Mais qu'en est-il de la prise en charge de **l'adolescent** et des problématiques rencontrées à cette période charnière de la vie ? Hormis les situations médicales, de handicap ou de soins y compris psychiatriques il n'existait pas de structure de prise en charge **généraliste** pour les adolescents. Nous pouvons comprendre la création des Maisons Des Adolescents (MDA) comme une réponse ajustée à la singularité de chaque adolescent dans une dimension plurielle face aux problématiques multiples et complexes de l'adolescence. Mais peut-on interroger cette volonté politique ? Quelle représentation, quelle inquiétude de notre société à propos de la jeunesse ? *« Il ne faut pas oublier que le concept même*

*d'adolescence n'est qu'une construction sociale en constante évolution » Annie Birraux (2012).*

C'est à partir de **2004**, sur les rapports de Madame la Défenseure des Enfants, et de l'expérience locale menée par des équipes pluridisciplinaires issus de champs professionnels différents de la ville du Havre, qu'une volonté politique s'engage. Ces nombreux rapports et l'expérience de la ville du Havre conduit le Ministère de la Santé à impulser une politique locale de création d'une MDA par département. La structure MDA se déploie dans une dimension multifactorielle c'est-à-dire tenant compte tout à la fois des processus complexes de la construction identitaire, des enjeux du pubertaire, et de l'environnement psychosocial de l'adolescent, il s'agit de prendre soin de l'adolescent en lui offrant les prestations les mieux adaptées à ses besoins.

La vocation première de la MDA à valeur de postulat « **Prendre soin des adolescents dans une dimension psychique, relationnelle, sociale et éducative** ». Son objectif repose sur une offre qualifiée c'est à dire en terme de compétence pour apporter des réponses aux besoins exprimés, et de qualité dans sa capacité à comprendre les problématiques de l'adolescence. Elle est aussi un dispositif de prévention, d'information et d'orientation. Son lieu d'implantation est clairement identifiable, il est non stigmatisant pour le jeune, sa famille, mais aussi pour tous les professionnels qui travaillent et réfléchissent ensemble dans un cadre pluridisciplinaire.

C'est avant tout un lieu d'accueil généraliste qui donne l'occasion à l'adolescent de venir dire ce qui le bouleverse, le met à mal, l'affecte. Cet accueil fait l'objet d'une ou plus rencontres clinique avec lui, sa parentèle ou ses représentants légaux, préoccupés chacun de façon singulière par toute question en lien avec le comportement et les difficultés rencontrées. La MDA est un espace où le lien familial peut être travaillé, co-construit et redéfini avec la famille autour des questions qui se posent et, d'accueillir l'histoire familiale et le roman familial qui se crée. La construction d'un récit partagé qui permet à l'adolescent de s'inscrire dans sa filiation et ses affiliations c'est-à-dire de l'historiser. C'est aussi comprendre comment les parents se représentent leur enfant devenu adolescent, et de la question du comment appréhender l'adolescent à travers ce qu'en disent ses parents. Le but de l'écoute ne repose nullement sur le fait de tout connaître et de tout savoir sur l'adolescent et ses parents, mais de saisir comment les deux histoires s'entremêlent et se côtoient, comment chacun fait vivre son destin et celui de l'autre, et comment les parents comprennent la prise d'autonomie

de leur enfant devenu adolescent. Les parents viennent exprimer leurs inquiétudes et leur questionnement : « *c'est déjà pas facile dans cette société, alors eux qu'est-ce qu'ils vont devenir ?* » et expriment leur mise à mal face à cet enfant, le leur, celui qu'ils ne reconnaissent plus. On peut le comprendre comme une mise à mal venant toucher leurs assises narcissiques.

L'idée fondatrice de la MDA repose sur la problématique adolescente qui est spécifique et polymorphe, c'est-à-dire qui recouvre des formes diverses et s'exprime de manière pulsionnelle. La MDA est une création singulière par sa distinction d'approche et de prise en charge dans l'accueil des adolescents et de leurs familles, mais ne se substitue pas pour autant à l'existant dans les champs éducatif et sanitaire.

Elle est innovante car elle résulte de réflexions menées par des mobilisations locales de professionnels, d'institutions et d'associations dont le cœur de l'agir est l'adolescence et ses problématiques.

C'est en **2004** que la conférence de la famille lance le programme de soutien à la création des Maison des Adolescents (MDA) en France. La première MDA a vu le jour au Havre (seine maritime), elle a été initiée par la volonté de professionnels travaillant sur les problématiques de l'adolescence, venant de champs différents (médical, social, éducatif et psychologique) elle était hébergée dans un espace du Centre Hospitalier Universitaire de la ville du Havre.

Quatre ans plus tard en 2008, le plan santé jeunes prévoit l'ouverture d'une MDA par département, répondant ainsi à la volonté de l'Etat de promouvoir des structures adaptées aux adolescents, et s'appuyant sur les constats des rapports de Madame la Défenseure des Enfants, et à partir de l'expérience menée par les professionnels du Havre. Ces nombreux rapports et l'expérience de la ville du Havre conduit le Ministère de la Santé à impulser une politique locale de création d'une MDA par département.

En 2010 la MDA d'Angers ouvre ses portes, dans les locaux du CASIA (Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriels pour la prise en charge des Adolescents - structure du CESAME). Elle est coordonnée par le CESAME (Centre de Santé Mentale Angevin) et cofinancée en matière de mise à disposition de personnel, par le CHU d'Angers. Son financement est assuré par le ministère de la Santé, et l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Nous comptons à ce jour un peu plus d'une centaine de MDA sur l'ensemble du territoire français. Nous pouvons souligner que les MDA ne relèvent pas dans les textes d'un

dispositif de soins **mais de prévention**. Mais nous verrons que la question est plus complexe car si l'offre d'accueil et d'orientation est destinée à un public spécifique peu enclin à se tourner vers les institutions dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas, il n'en demeure pas moins que la MDA oriente majoritairement les adolescents vers le soin psychiatrique ou le suivi psychologique. A ce titre il est utile de préciser que la mission des MDA correspond à la définition de la prévention sanitaire donnée par l'OMS, à savoir l'information de la population, de groupes cibles ou d'individus en vue d'empêcher l'apparition d'un trouble, d'un symptôme, d'une pathologie (éducation pour la santé, campagne de vaccinations, etc...).

L'implantation de la MDA, de même que l'origine des financements (budgets santé) obtenus entretiennent néanmoins la confusion avec le sanitaire, mais la mission de la structure va bien au-delà. De fait la MDA n'est « ni un dispensaire, ni une maison de la justice, ni un hôpital ». Nous notons ce **paradoxe** puisque le public spécifique adolescent ne se reconnaît pas dans ces lieux ressources. La MDA propose un accueil assuré par des professionnels issus de champs professionnels différents dont elle revendique le statut pluridisciplinaire (constitué par un binôme de professionnels) pour des jeunes âgés de 13 à 20 ans et leurs parents ou représentants légaux. Les professionnels de ces équipes écoutent et accompagnent les adolescents et leurs familles, et orientent vers des secteurs d'intervention en matière sanitaire, psychologique, socio-éducative, pédagogique ou juridique. La MDA occupe une place pivot dans la mise en réseau et le maillage avec les différents professionnels en charge du public adolescent.

La MDA occupe une place de tiers dans l'environnement sanitaire, psychologique, socio-éducatif et juridique de l'adolescent, dans une mission de prévention, d'information et d'orientation. Comment fonctionne la MDA dans laquelle le stage a été effectué ?

## **I PREMIERE PARTIE**

### **a) La Maison des Adolescents : une structure d'accueil**

La MDA est une structure spécialisée dans l'accueil, l'écoute et l'orientation des adolescents qui fait intervenir des partenaires, au premier rang desquels on trouve le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME), le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, l'Association Ligérienne d'Addictologie (ALIA) et la Direction Territoriale de la Protection

Judiciaire de la Jeunesse. Ce projet bénéficie du soutien financier du Ministère de la Santé, représenté par l'Agence Régionale de Santé (ARS), elle a vocation à couvrir un champ plus large que celui du sanitaire. L'objectif de la MDA est d'offrir des réponses plurielles aux problématiques de l'adolescence, et d'adresser les adolescents et leurs familles vers la ou les structures de prise en charge les mieux adaptées au regard de la singularité de chaque adolescent.

L'accueil est organisé par une équipe pluridisciplinaire ayant une connaissance fine des problématiques de l'adolescence et de leur environnement social.

C'est une structure ressource en termes d'analyse, d'évaluation de la problématique et d'orientation pour l'adolescent, sa famille et l'ensemble du réseau environnemental du jeune. La MDA est animatrice dans le maillage territorial avec les partenaires du secteur social, éducatif, juridique et de soins, c'est-à-dire qu'elle se qualifie comme interface avec cet ensemble d'intervenants qui travaille avec le public adolescent. Elle se place comme cheville ouvrière des actions de prévention, d'information et de formation sur les différentes thématiques de l'adolescence.

Une structure spécialisée dans la prise en charge des adolescents, dans une co-construction avec des partenaires institutionnels et associatifs, pour une réponse plurielle adaptée aux problématiques singulières de l'adolescence, dans un rôle d'animation dynamique dans le maillage des actions menées avec des professionnels de champs différents.

## **b) Constat : le public en demande**

Sur la MDA les **filles** représentent **53% des demandes d'entretien** contre **47%** de **garçons**, l'âge moyen des adolescents est de **16 ans**.

Les prises de contact et les demandes de consultation émanent de plusieurs canaux, l'adolescent lui-même, son parent, l'école ou le médecin traitant. Le contact pris par l'adolescent lui-même vient questionner sur ses difficultés, dire sa souffrance, se raconter, ou qui vient juste pour déposer sa parole, être entendu et écouté dans ce qui le préoccupe ou l'émeut. Ces questions sont majoritairement en lien avec les difficultés relationnelles rencontrées avec sa famille. La question de la rupture du lien face à la séparation du couple

parental, la maladie de l'un des parents ou de la fratrie, d'une situation d'inactivité (chômage) d'un des parents qui vient brutalement impacter la vie familiale et bouleverser l'adolescent dans son espace de vie affective et psychique. L'adolescent est souvent porteur de questions (surtout lorsqu'il vient seul sans ses parents) sur ce qu'il devient ? Qui il est ? En quoi peut-il être responsable des problèmes familiaux qui sont décrits en termes de problématique relationnelles, dans le cadre d'une recomposition familiale, de la séparation du couple parental, de problèmes financiers, du chômage d'un des parents. La question posée repose toujours sur la rupture, la perte, et interroge le lien et la place de chacun au regard de la rupture. Les autres demandes viennent de la **parentèle** en lien avec « *cet enfant que je ne reconnais plus comme étant le mien* », de l'inquiétude pour l'avenir de leur adolescent qui peut se traduire par des rigidités ou des points de tension face aux résultats scolaires, de questions sur la consommation de substances licites et illicites. Des parents en « panne » de réponse face à leur enfant qui se construit dans le tumulte de l'adolescence, qui se transforme et vient questionner sa filiation et son affiliation. Mais aussi de la question des conflits liés aux processus de séparation, la demande est souvent en lien avec une limite atteinte « *on ne sait plus comment faire* ». Les autres demandes émanent de l'environnement social de l'adolescent, celle du médecin traitant confronté à la plainte du jeune ou plutôt pourrions-nous dire de sa famille, aux symptômes de l'adolescent pour lesquels les bilans d'analyses n'éclairent sur aucun dysfonctionnement organique, ni sur aucune pathologie. L'adolescent passe un temps important de sa vie à l'école, on peut donc considérer qu'elle puisse être un lieu d'observation privilégié par les professionnels du champ éducatif. La demande se fait prioritairement par l'intermédiaire du personnel infirmier, l'infirmierie est un lieu phare dans les établissements scolaires, où le personnel sanitaire accueille l'adolescent au travers du **symptôme** (maux de ventre, maux de tête, crise de spasmophilie, etc...) mais aussi sur intervention des enseignants qui viennent signaler la baisse de résultats, les difficultés scolaires et la violence verbale et physique entre pairs. Le principal motif de prise de contact par le personnel infirmier porte sur la question de la **phobie scolaire**, cette question qui interroge sur le **lien** dans sa relation à l'autre, et dans ses manifestations. Un environnement familial, social et institutionnel en quête de réponses face à un public adolescent dont le comportement déroute.

Un public adolescent que nous pouvons qualifier de vulnérable au regard du risque suicidaire puisque c'est la première cause de mortalité des **13-20 ans** sur le territoire national.

### c) Les limites du dispositif

Comme nous l'avons mentionné dans la sous partie présentation de la structure nous constatons un paradoxe entre la volonté d'offrir une structure différente de celles existantes, pour lesquelles on affirme que les adolescents ne s'y reconnaissent pas, et dans le même temps prendre acte que **40 %** des adolescents qui ont été reçus sur plusieurs rencontres sont orientés sur le secteur du soin psychiatrique. Comment le comprendre ? Peut-on le rattacher à la composition de l'équipe constituée par des professionnels du secteur de la santé, du psychologique et de l'éducatif ? En serait-il autrement si l'équipe se complétait par un professionnel du secteur social ? Est-ce que le constat d'une orientation vers le secteur du soin psychiatrique ne vient pas poser la question du sens que revêt cette orientation au regard d'une société qui ne sait pas ou ne sait plus faire face à l'évolution de sa jeunesse ? Doit-on s'interroger sur un contexte social difficile et pesant pour tous, adolescents, parents et professionnels ?

Nous constatons que la MDA est aux prises de l'**embolisation** tant les demandes se multiplient et se complexifient dans leurs problématiques, une demande de consultation toujours plus forte et qui augmente avec une régularité constante. La demande est initiée soit par les parents, soit par les professionnels (l'école et ses partenaires institutionnels) ou l'environnement social des adolescents. Quid de l'orientation de leurs demandes au regard des structures de prise en charge des adolescents qui sont saturées, et dont seuls les adolescents passés à l'acte obtiennent une prise en charge liée à l'urgence vitale de leur situation. En dehors de ces situations d'urgence médicale ou sociale, les temps d'attente d'une prise en charge se comptent en mois, chaque service renvoie la demande de l'adolescent vers une autre structure, car personne ne peut y répondre par manque de moyens humains, corrélé à une injonction ministérielle qui somme la maîtrise des dépenses publiques. Les demandes des adolescents sont donc majoritairement adressées vers le secteur libéral. Nous pensons qu'une des limites repose sur une demande toujours plus importante à laquelle il est difficile de faire face. Pour l'année 2014 c'est 1000 entretiens assurés par la MDA et **1600** pour 2015, avec un effectif resté constant en personnel (8 professionnels à mi-temps sur la structure), et ce, malgré une quotité de travail diminué pour raison de formation d'un personnel de la structure. Nous avons pourtant observé que la demande s'inscrit toujours dans la temporalité de « **l'ici et maintenant** » c'est-à-dire que la demande de consultation est faite quand la

question de la limite se pose, quand la tolérance n'a plus le droit de citer : l'adolescent est « englué » dans sa problématique, l'inquiétude des parents est poussée jusqu'au paroxysme, l'école dit ne plus pouvoir prendre en charge cet adolescent au comportement délétère qui risque de rompre l'équilibre de l'institution.

## **II PRESENTATION DU MATERIEL CLINIQUE**

### **a) La rencontre**

La première rencontre est ce moment déterminant du premier accueil de l'adolescent et/ou de son parent, qui repose sur la bienveillance des accueillants et qui fonde les prémices de l'alliance thérapeutique. La rencontre clinique accueille l'adolescent dans sa singularité et son unicité c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans la dynamique de l'intersubjectivité où la parole de l'adolescent et celle de son parent est entendue et accueillie avec empathie et bienveillance dans le respect de chacun. L'observation est centrée sur l'adolescent, sur ce qu'il donne à voir de lui, ce qu'il dit ou tait. L'intérêt se porte sur la façon dont il pense et comment il se pense, dans sa manière d'être au monde. Pour que cette observation apporte des éléments quant au fonctionnement psychique de l'adolescent il faut savoir et pouvoir se dégager de la demande initiale (celle formulée par le premier contact téléphonique), du symptôme qui est mis en avant et qui peut masquer la demande latente, enfouie, refoulée par l'adolescent lui-même et/ou ses parents. La prise en charge s'établit au regard de la globalité de l'histoire de l'adolescent, de sa place dans l'histoire familiale, et plus particulièrement dans le désir d'enfant de ses parents.

La rencontre avec l'adolescent fait toujours émerger une capacité de rêverie, d'énigme, et d'identification à l'adolescent. Les parents sont souvent porteurs du malaise de leur adolescent, cette situation les fragilise dans la place essentielle qu'ils occupent auprès de leur enfant. Il s'agit alors d'accueillir et de prendre en considération cet entourage dans sa globalité et sa dynamique psychique, et de la réfléchir comme une ressource. Dans certaines situations il peut s'agir de rappeler quelle est la place qui est la leur, et de les réinscrire dans leur parentalité et leur fonction d'éducateurs. Il s'agit d'être à leurs côtés, pour co-construire avec eux une redéfinition des questions qui se posent, ce qui ne signifie pas faire à leur place mais permet un travail sur la question du lien familial. Il s'agit alors de penser les parents comme co-auteurs et co-récepteurs de leur récit familial. Il s'agit également de co-réflexion autour des questions posées par l'adolescent, dans le but de transformer et de permettre une

ouverture dans la relation qui dysfonctionne et met à mal chacun, adolescent et parents, et ce de manière singulière.

Peut-on dire que dans la relation parent/enfant c'est la question du **lien** d'attachement qui se pose au regard d'un contexte social où le lien se distend ? Pouvons-nous dire que dans la rencontre avec les parents et leur adolescent l'enjeu repose sur la qualité des liens tissés dans cette rencontre, et que ces derniers contribuent à la justesse des orientations suggérées ?

La réflexion et le questionnement est permanent dans le cadre de la rencontre, et la manière dont le lien peut se créer à partir d'un accueil et d'une consultation. La rencontre reste souvent vraie et authentique même si le diagnostic est rapide. Cela ne nuit pas à la qualité d'une écoute profonde, attentive et bienveillante, néanmoins elle peut rendre difficile la perception des points de résonance entre la réalité interne et externe de l'adolescent, il s'agit d'accéder à une représentation de la problématique du jeune et de pouvoir en restituer quelque chose, même si l'adolescent est informé et sait que l'espace qui lui est proposé ne constitue pas un point d'ancrage pour un suivi au long court. Alors peut-on répondre à la demande singulière d'un adolescent dans sa problématique, sans pouvoir l'inscrire sur la durée ?

Partant du postulat que la clinique sociale s'ancre dans la société, donc dans une réalité historique et sociale de la compréhension des individus, et qu'elle ne peut s'appréhender que dans le contexte social présent, à savoir ce qui lie et délie les individus d'une même société.

## **b) Vignette clinique : La problématique de Delphine**

### ***Premier entretien***

Delphine est âgée de 16 ans, c'est une jeune fille calme et posée qui accepte la rencontre sur proposition de sa mère qui l'accompagne à l'entretien. Nous nous présentons en notre qualité d'accueillants à la MDA, et nous expliquons le fonctionnement de la structure et de son objectif qui repose sur la compréhension de la problématique rencontrée. Nous invitons alors Delphine et sa mère à se présenter. Après quelques regards échangés entre la fille et la mère, nous comprenons que Delphine charge sa mère d'exposer le motif de la demande d'entretien. Madame s'exprime en ces termes « *Delphine est une élève brillante*

*depuis le début de sa scolarité, mais ses enseignants constatent qu'elle ne s'exprime pas à l'oral* ». Elle poursuit en précisant que cela l'inquiète ainsi que son conjoint, d'autant que chacun d'eux a été confronté à la même problématique lorsqu'ils étaient adolescents, à savoir une **timidité excessive** qui rend difficile la relation dans le rapport à l'autre. Nous demandons à Delphine ce qu'elle comprend de la parole de sa mère et comment elle s'inscrit dans ce discours. Delphine dit se retrouver totalement dans le discours de sa mère *« je suis d'accord avec mes parents, ma timidité me pose des problèmes depuis toujours »*. Elle ajoute qu'elle se sent nettement mieux depuis qu'elle est au lycée *« Au lycée les élèves sont plus sérieux, surtout quand ils font S comme moi »*. Nous la questionnons sur ses centres d'intérêt, ses relations amicales, la manière dont elle se projette dans son cursus scolaire, son avenir de futur adulte, etc... Delphine répond qu'elle pratique la natation depuis maintenant 9 ans, qu'elle a atteint un niveau de compétition, et que son entraîneur est très fier d'elle. Elle parle de son activité sportive en terme de passion *« quand je nage je suis heureuse, ça me détend, je ne peux pas m'en passer »*. Elle nous dit aimer les langues étrangères et s'intéresser depuis son entrée au lycée à la Finlande, un pays qui l'attire pour sa culture et l'a amené à s'initier au finois. Delphine décrit ses rapports avec ses parents comme **harmonieux** ainsi qu'avec son frère âgé de 14 ans. Ce qui est important pour Delphine c'est de ne surtout pas décevoir les adultes, ses parents en premier lieu, mais également ses enseignants et son entraîneur sportif *« j'ai pas envie que les adultes me voient mal »*. Comment interpréter cette parole, fait-elle écho à sa crainte de décevoir les adultes et pourquoi, ou bien est-ce qu'elle craint que les adultes ne découvrent son mal-être ?

A plusieurs reprises Delphine insiste sur le fait qu'elle n'a jamais eu de conflits avec ses parents, ni avec son frère et ses enseignants. Delphine dit être préoccupée par la question de sa timidité, mais n'aborde pas cette question en termes de compréhension quant à la causalité de celle-ci. Elle dit être *« légèrement »* anxieuse pour les épreuves du Bac, elle explique et anticipe le déroulement de celles-ci. Le discours de Delphine est sage, posé, intellectualisé, presque décalé au regard du paysage adolescent. Nous proposons à Delphine de la rencontrer seule pour un nouvel entretien qui permettrait de poursuivre la réflexion et de mieux la connaître. Delphine accepte cette proposition, mais quelque chose dans son regard, dans son sourire de façade m'interroge, accepte-t-elle par désir de vouloir communiquer pour comprendre, ou pour ne pas nous décevoir ?

## Deuxième entretien

Nous demandons à Delphine si elle a pu réfléchir au précédent entretien, ce qui a pu lui venir comme pensées, comme interrogations. Delphine n'exprime rien de son ressenti, de sa réflexion quant à l'entretien précédent, nous percevons son malaise dans son épuisement à nous parler de sa relation avec ses professeurs qu'elle qualifie d'incompétents, « *mon prof d'histoire me pourrit la vie* ». Que vient raconter cette relation sur les angoisses et les craintes de Delphine ? Elle occupe l'espace de parole, revient de manière factuelle sur le monde des adultes, ceux que l'on ne peut décevoir, un discours qui n'a de cesse de les **idéaler**, mais rien sur elle, son ressenti, ses désirs, ses émotions, seulement sa volonté de répondre aux attentes du corps enseignant. Elle agit de même avec nous, répond aux questions, observe nos réactions dans un mouvement toujours contrôlé.

Puis sur la question de la manière dont elle s'imagine dans l'avenir, sa réponse fuse sans le temps de réflexion auquel elle nous a habitué, « *je veux rester chez mes parents, on est pareils tous les trois, on est juste timides* ». Delphine poursuit calmement « *de toute façon je suis asthmatique j'ai déjà été hospitalisée car j'étais en **détresse** respiratoire* ». Delphine se sent responsable du devenir de ses parents, elle veut faire de longues études et trouver un emploi pour aider sa famille, son père est en recherche d'emploi, « *déjà qu'il a arrêté la peinture quand je suis née car ce n'était plus possible financièrement* ». Nous proposons un nouveau rendez-vous à Delphine, en lui suggérant que son père y soit associé, mais elle décline notre proposition ne voulant **pas inquiéter** plus ses parents avec ses problèmes, « *c'est juste que le Bac ça me stresse, sinon ça va aller* ».

## c) Observations et questionnement

La mère de Delphine porte sa parole et celle de son conjoint d'une même voix « *nous pensons pareil tous les deux pour notre fille Delphine* », comme si l'un et l'autre se confondaient. On peut noter que la demande d'entretien s'est effectuée sur les conseils d'une amie de la famille, donc dans l'environnement proche de Delphine, et que ce conseil a conduit les deux parents à prendre la décision de contacter la MDA, c'est Madame qui a pris le rendez-vous. Que vient dire la sagesse presque décalée de cette adolescente qui dépense autant d'énergie à ne pas vouloir décevoir les adultes ? Que vient dire l'absence totale de conflit avec ses parents et son frère, sauf quand Delphine ou son père sont fatigués ? Il est intéressant de pouvoir s'interroger sur la signification de la fatigue, est-elle en lien avec un

conflit refoulé ? Est-elle en lien avec la pression scolaire que Delphine subit, ou qu'elle se fait subir ? Comment un adolescent peut construire son identité sans opposition et en l'absence de conflit ? Nous retrouvons cette même sagesse chez sa mère, cette absence d'émotions, quelque chose de lisse, de presque **gelé**. Le registre des émotions est contenu par Delphine, contrôlé, nous ne percevons pas de mouvement psychique, ni dans son expression orale qui est maîtrisée, intellectualisée, ni dans les mouvements du corps ou les expressions du regard.

La timidité s'explique comme l'incapacité à passer à l'acte dans les conduites verbales, professionnelles ou sexuelles. Pierre Janet y voit une maladie des conduites sociales liée à la hiérarchie inhérente au groupement. Henri Wallon distingue la timidité-inhibition et la timidité-colère. Pour cet auteur il s'agit toujours d'une sensibilité excessive à la présence **d'autrui**. « *De façon générale, la timidité est donc une dimension polémique de l'image de soi, et du narcissisme* ». Doron & Parot (1991). En ce qui concerne Delphine nous n'avons pas suffisamment d'éléments de son histoire personnelle et familiale pour pouvoir émettre des hypothèses de réflexion. Néanmoins, comment peut-on interpréter le fait qu'elle ne souhaite pas poursuivre l'échange avec nous ? Peut-on l'expliquer par le fait que la demande d'entretien vient de ses parents ? Nous pouvons interroger la question du **désir** pour Delphine. Que vient dire son inquiétude à ne pas vouloir décevoir les adultes. Qu'en est-il de son propre désir quand sa préoccupation est toujours celle de satisfaire le désir de l'autre ? Peut-on émettre l'hypothèse qu'elle soit dans un renoncement pulsionnel ? Est-ce que sa détresse respiratoire est à mettre en lien avec des angoisses de séparation ? Selon Philippe Gutton « *L'adulte représente la norme* » et le risque se définit quand l'adolescent se pense comme « *je suis conforme dont l'autre me voit* ». C'est-à-dire que l'adolescent renonce à être lui-même. Est-ce ainsi que Delphine se vit, se voit, quand elle dit sa crainte à décevoir. Peut-on émettre l'hypothèse que Delphine soit aux prises de la conformité quant à son caractère de timidité au regard de celui de ses parents ? Que vient signifier son surinvestissement scolaire et peut-on le rattacher à la théorie des pulsions ?

## d) Vignette 2 : La problématique de Martin

### *Premier rendez-vous*

Martin est âgé de 14 ans, de petite taille pour son âge il semble en paraître 12, c'est un adolescent vif et manifestement très énervé d'être là. Il est accompagné de ses deux parents.

La demande de rendez-vous est à l'initiative de la mère sur les conseils du médecin traitant et le motif de la consultation relève de problèmes relationnels avec les autres. Après le rituel de présentation sur le fonctionnement de la structure, et de notre propre présentation nous les invitons à prendre la parole dans l'ordre qu'ils le souhaitent. Martin regarde sa mère l'invitant à raconter. Madame nous explique que Martin a toujours eu des problèmes d'endormissement, même lorsqu'il était bébé, mais qu'aujourd'hui les réveils nocturnes posent problème aux parents. Nous notons que le motif de la demande se déplace sur une autre scène, celle de l'espace familial. Madame explique que leur médecin traitant a prescrit de nombreuses analyses mais que le bilan s'est avéré négatif. Nous invitons Monsieur à prendre la parole, il dit de Martin qu'il a toujours été angoissé le soir, qu'il pose toujours la question de ce qu'il se passera le lendemain « *c'est pas comme son frère pour qui tout roule* ». Martin ne cesse d'interrompre son père, il remet sa parole en cause « *de toute façon t'es pas concerné c'est maman que je réveille* ». Nous sollicitons Martin pour qu'il s'exprime à son tour en lui rappelant que la parole de chacun doit être écoutée et entendue, et que nous ne donnons pas plus d'importance à celle de ses parents qu'à la sienne. Martin s'exprime, il dit ne pas savoir pourquoi il est ici « *c'est juste le soir je suis angoissé, j'ai une boule dans la gorge, après je m'endors et je me réveille dans la nuit, alors je vais dans la chambre **de ma mère** pour qu'elle me donne un médicament et c'est tout* ». Nous rappelons à Martin que la chambre des parents est un espace privé et intime et qu'il ne peut y entrer sans leur autorisation. Martin semble surpris par nos propos et jette un regard à sa mère auquel elle ne répond pas. Les parents de Martin expriment un soulagement face à notre intervention et manifestent leur approbation, ce qui produit de la colère chez leur fils. Monsieur s'autorise à prendre la parole et nous raconte que l'été dernier il est parti seul avec Martin, sa femme n'avait pas de congé. Qu'il a passé une semaine en camping avec Martin, chacun dans sa tente, et que son fils s'endormait sans difficulté et qu'il ne s'était jamais réveillé la nuit, « *c'était une semaine super qu'on a passé tous les deux ensemble* ». Martin s'énervait envers son père « *c'est pas pareil avec toi, c'est toujours toi qui décide de tout t'es tout le temps-là* ». Nous proposons à Martin et ses parents une nouvelle rencontre, les parents y sont favorables, Martin part sans nous saluer.

## Deuxième entretien

Martin est toujours accompagné de ses deux parents. Nous lui demandons s'il a pu réfléchir à l'entretien précédent, mais il est fâché « *de toute façon je voulais pas venir, ça sert à rien, y'a pas de problème* ». Les parents de Martin, surtout sa mère parle de fatigue, de lassitude à être réveillé chaque nuit « *c'est de plus en plus difficile pour moi de me lever le matin* ». Madame dit travailler loin de son domicile depuis que tous les services de son entreprise ont été restructurés et regroupés sur un même site. Quant au père de Martin, il est toujours à la recherche d'un emploi depuis deux ans. Monsieur dit « *à 54 ans retrouver un emploi c'est pas simple, ça mine pas mal* » on sent un homme blessé, avec un sentiment de honte face à cette situation. Madame parle de ses inquiétudes quant au problème relationnel que Martin rencontre sur la scène de l'école. Martin est isolé, il n'a pas de copains et refuse de pratiquer une activité en dehors de l'école. Contactés par l'infirmière les parents disent leur impuissance face aux problèmes rencontrés par leur fils. Très rapidement l'entretien se tarit, Martin refuse de nous regarder et d'échanger avec nous, il est lové, pelotonné contre sa mère et lui chuchote des mots à l'oreille, Madame ne manifeste aucune réaction face à la posture de son fils. Les parents demandent de l'aide, et s'adressant à nous : « *qu'est-ce que vous pouvez faire ?* ». Nous proposons à Martin et ses parents un nouvel entretien un peu plus espacé dans le temps, pour que chacun puisse y réfléchir dans l'après-coup. Les parents acceptent avec soulagement et enthousiasme, Martin quitte l'entretien en claquant la porte. Le troisième entretien ne sera pas honoré par la famille.

## e) Observations et questionnement

Les parents de Martin avaient demandé d'être rencontrés avec leur fils pour des difficultés relationnelles à l'école, mais les deux entretiens ont porté sur la question du réveil nocturne de leur fils, même si les difficultés relationnelles ont été abordées au cours du deuxième entretien. Ces parents sont dans une grande attente dans la demande qu'ils nous adressent, dans une attente de réponse que nous pouvons qualifier de pensée magique. Nous observons une relation fusionnelle entre Martin et sa mère presque incestuelle. L'omnipotence de Martin sur le couple parental intervient comme tiers séparateur, il est l'instigateur de la

mise à distance du père sans opposition de la mère. Nous pouvons bien sûr nous interroger sur une problématique œdipienne non résolue. Martin est le cadet d'une fratrie composée de deux garçons, avec une faible différence d'âge (13 et 15 ans), mais nous n'avons aucun élément nous permettant d'évaluer la relation fraternelle que Martin entretient avec son frère. Seule l'autonomie de ce dernier est soulignée par le père, la mère ne parlera pas de son fils aîné au cours des deux entretiens. Nous pouvons nous interroger sur ce qui conduit le frère de Martin à l'autonomie, au regard de la peur de Martin à la séparation ? Que vient dire les difficultés relationnelles de Martin sur la scène de l'école ? Peut-on supposer que ces difficultés viennent poser la question de la filiation ? Pouvons-nous questionner la place occupée par Martin dans sa famille, et quels en sont les enjeux ? Un questionnement important, et peu d'éléments permettant de circonscrire la problématique. Martin s'est présenté à nous dans un mouvement régressif, agressif et défensif dans un registre fusionnel et exclusif avec sa mère, qui l'empêche hic et nunc de faire l'expérience de grandir. L'alliance thérapeutique s'est établie avec les parents de Martin, quant à Martin il s'est senti attaqué, et le transfert n'a pas eu lieu.

Chaque rencontre est une expérience singulière qui peut dérouter et questionner. L'objectif n'est pas de suggérer le changement, la transformation d'une situation qui pose problème, mais de comprendre et d'aider à trouver le chemin d'une pensée active. C'est par l'intersubjectivité, c'est-à-dire la rencontre dans l'échange et la relation transféro-contre-transférentielle, et de la question du lien qui s'y rattache. Comme nous l'avons constaté ce qui est à l'origine de la consultation à la MDA repose sur ce qui fait symptôme, et dans certaines rencontres peu soutenues dans le temps, **l'émergent** n'apparaît pas. Nous pouvons comprendre que les manifestations du symptôme de l'adolescent reflète de manière spéculaire le trouble, l'empêchement, la difficulté de la parentèle. Le comportement des adolescents et les processus complexes de remaniement de son fonctionnement psychique viennent heurter la construction familiale jusqu'ici stable mais dont l'équilibre est précaire.

## LA PROBLEMATIQUE DU MEMOIRE

La MDA est une structure dédiée aux adolescents, où la parentalité est accueillie dans un rôle actif. Néanmoins un constat s'impose, se sont majoritairement les parents qui sont à l'initiative des demandes de consultation. C'est le comportement de l'adolescent qui inquiète

les parents : ses difficultés relationnelles tant avec la famille qu'avec son entourage, son mal-être, sa phobie scolaire, son repli sur lui-même, sa violence exprimée envers la fratrie ou son groupe de pairs, ses addictions. Mais c'est bien souvent le parent qui vient exprimer sa propre plainte, son propre mal-être, et sa propre souffrance face à une situation qu'il ne maîtrise plus. Situation paradoxale du motif de consultation dont l'objet est l'adolescent. Ce sont les processus complexes de la construction identitaire et les manifestations du pubertaire inhérents à l'adolescence qui viennent heurter l'édifice de la construction familiale et mettre à mal les parents. L'adolescent est alors le porte-symptôme qui vient questionner le fonctionnement de la famille, mais aussi celui de la société, il s'agit bien de la question du lien de filiation mais aussi du lien social dont chacun peut observer les manifestations de délitement dans notre société.

### **Hypothèse générale et sous hypothèses**

La complexité des processus de la construction identitaire à l'adolescence, et les manifestations du développement pubertaire qui s'y rattachent s'ancrent dans l'histoire infantile de l'adolescent. C'est dans un mouvement dynamique qui s'inscrit tout à la fois dans la continuité et la discontinuité du remaniement psychique que s'appréhende l'adolescence. A partir de ce constat comment comprendre le dysfonctionnement familial dont l'adolescent semble être la cause ? Est-ce que les parents peuvent inconsciemment faire obstacle à la construction identitaire de leur adolescent, et pourquoi ? Comment l'adolescent fonde sa relation au monde extérieur ? Pourquoi l'avenir des adolescents est anxiogène pour les parents ? Peut-on considérer qu'il existe une possible répercussion sur les adolescents dans une société qui ne fait plus société, puisque le socius est renvoyé à sa responsabilité individuelle ? Peut-on alors parler de déliaison sociale comme obstacle à la construction identitaire de l'adolescent ?

## **III ARTICULATION THEORICO-CLINIQUE**

### **Préambule :**

L'entrée dans l'adolescence signe le retour du pulsionnel et provoque une situation d'effraction pour le sujet qui le conduit à une expérience de rupture, de discontinuité qui produit un temps de fragilité narcissique qui le menace dans son identité.

## a) Les enjeux du pubertaire

A l'adolescence les remaniements psychiques portent sur les instances du : Moi qui se consolide, du Surmoi, de l'Idéal du Moi, du Moi idéal comme formation intrapsychique (idéal de toute puissance narcissique).

L'adolescence s'installe par la puberté qui se définit comme l'ensemble des transformations biologiques et anatomiques qui aboutissent à la capacité de reproduction. Ce processus est universel, il concerne tous les individus, sauf dans des cas pathologiques, et s'observe presque toujours au même moment de la vie.

L'adolescence débute par les premiers signes du pubertaire c'est-à-dire à partir de ses modifications biologiques et corporelles. Certains adolescents peuvent se sentir bouleversés, émus et même provoquer chez certains un état anxieux au regard de la transformation rapide de leur corps qui prend les caractères de ceux d'un adulte, alors que sur le plan psychique l'adolescent se pense encore comme un enfant. C'est un long processus de maturation qui produit des remaniements psychiques. Ces transformations du fonctionnement psychique modifient la représentation que l'adolescent a de lui-même, mais aussi de l'autre et du monde qui l'entoure. L'ensemble de ces transformations physique et psychique fragilise l'adolescent et le rend **vulnérable**, car il est exposé au regard des tiers, comme si les autres pouvaient accéder au contenu de sa pensée. D'un corps d'enfant à la sexualité infantile (auto-érotique) il s'oriente vers une sexualité génitale. Ce bouleversement vient questionner voir conflictualiser les liens entretenus avec ses parents, premières figures de l'attachement. Les liens sont ainsi questionnés quant à leur solidité. L'adolescent est un sujet ambivalent dans sa relation aux figures d'attachement premières, il devient distant et dans le même mouvement réclame ce besoin d'être aimé, porté, consolé dans ce qu'il advient.

L'adolescence est une période dont il est difficile de distinguer le développement normal du développement pathologique tant les bouleversements relèvent du pulsionnel et nécessitent des capacités d'adaptation qui se traduisent souvent sur un mode défensif. Le développement se définit en deux axes, celui de l'œdipe pubertaire problématique objectale, et celui de l'autonomisation dans la mise à distance des figures parentales. Premier axe : par la **désidéalisation** des objets libidinaux de l'enfance pour un investissement de nouveaux

objets par des jeux d'identification, notamment ceux dans l'échange d'expérience avec les pairs. Deuxième axe : le narcissisme tertiaire c'est-à-dire la mise en place des fondations narcissiques dont la stabilité contribue à l'acquisition de l'identité propre du sujet et marque de manière prégnante les limites entre soi et les autres.

Ces deux axes jouent un rôle central dans le développement de la personnalité de l'adolescent. L'accès à la génitalité l'installe dans la capacité de pouvoir procréer. De ce nouveau corps transformé peut émerger des angoisses face à la perte de ce corps d'enfant, un sentiment qui le fait se sentir étranger à lui-même. C'est cette maturation sexuelle qui réveille le complexe d'Œdipe endormi jusqu'ici depuis la période de latence. Ce réveil œdipien peut être brutal car il rappelle sur la scène les réviviscences des deux interdits que sont l'inceste et le meurtre du père (Freud).

La symbolique de grandir dans le processus adolescent revient à prendre la place de l'adulte. Les objets primaires investis pendant l'enfance viennent heurter les liens aux premières figures d'attachement, et l'adolescent se voit contraint d'investir de nouveaux objets. Pour Freud (1910) le complexe d'œdipe a une place fondamentale dans la structuration de la personnalité et dans l'orientation du désir humain. L'adolescent est en quête de reconnaissance, il veut **se reconnaître** et être reconnu.

Il se retrouve au cœur du processus d'individuation et de subjectivation. Psyché et corps enchevêtré dans le paradoxe adolescent du besoin et du rejet identitaire.

La période de l'adolescence est un processus de séparation et d'individuation dans lequel l'adolescent va faire l'expérience de deux différentes pertes qui vont venir questionner la solidité des fondations narcissiques de son Moi. Première perte de ses idéaux infantiles avec la prise de conscience de l'imperfection de ses imagos parentaux. L'adolescent se forge son propre système de valeurs dans lequel il peut se reconnaître. Ce processus d'autonomisation et d'individuation implique un premier travail de deuil face aux objets primaires. Le rejet des imagos parentaux peut plonger l'adolescent dans des angoisses de **perte**.

La théorie des pulsions selon Freud (1910) est « *Un processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but.* » (Vocabulaire de la psychanalyse).

### **Aspect relationnel des liens d'attachement à l'adolescence**

L'adolescence permet au jeune de découvrir de nouveaux centres d'intérêt, de nouvelles valeurs. Il peut s'identifier à de nouvelles figures, qui ne sont pas toujours en lien avec les propres modèles de ses figures d'attachement. Il va ainsi faire appel à sa propre subjectivité. L'adolescent doit se réapproprier un « nouveau » corps dans une organisation psychique qui se remanie, c'est la réorganisation après-coup de la sexualité infantile. L'adolescent est alors confronté à son histoire de l'enfance, celle d'un long processus d'éloignement, de détachement, des expériences du premier objet d'amour, à la présence du fantasme de retour au sein maternel. Il lui faut la capacité de se séparer de la protection paternelle. La vulnérabilité de l'adolescence « appelle » celle du bébé, appelle les expériences de détresse primaire, les vécus d'impuissance du tout-petit.

### **Les travaux des auteurs sur les phénomènes de l'adolescence**

Freud dans *L'œdipe, de l'individu au social...* (texte non daté). La libido est l'énergie psychique des pulsions sexuelles. On dispose de **trois mécanismes de défenses** pour canaliser cette énergie, il s'agit du refoulement qui consiste à nier l'exigence pulsionnelle qui demande à être satisfaite, à la traiter comme inexistante, « *à la laisser dans l'inconscient et l'oublier* ». L'identification qui tend à satisfaire « un désir pulsionnel en changeant le *Moi lui-même en objet désiré* ». La sublimation qui permet de donner au désir pulsionnel une « satisfaction partielle », dans la mesure où l'objet inaccessible est substitué par un autre qui lui ressemble. Pour rendre compte du complexe d'Œdipe, « *nous devons introduire un point important de la théorie psychanalytique* » contenu dans la théorie des pulsions, celle de deux principales pulsions, que sont Eros, sexualité au sens large, et Thanatos pulsion de mort, impulsion d'agressivité et de destruction. « *Tout investissement libidinal s'accompagne d'une part d'agression* ». Pour le petit garçon il est d'abord confronté au complexe d'Œdipe puis au complexe de castration qui met fin au complexe d'Œdipe. Pour la petite fille c'est l'inverse, c'est le constat de l'existence du complexe de castration qui la conduit au complexe d'Œdipe. C'est la découverte de la différence des sexes qui est à l'origine du complexe de castration. L'enfant se trouve pris dans un conflit d'amour (désir pour la mère du petit garçon) et de haine (peur de la castration par le père) envers ses figures parentales il se trouve dans une position conflictuelle et c'est ce conflit qui constitue le complexe d'Œdipe. « *La résolution de ce conflit est une tâche difficile pour l'enfant au cours de son développement* ». C'est à l'adolescence que le complexe d'Œdipe ressurgit, après la période de latence ce temps d'interruption dans la sexualité infantile.

Freud (1905) décrit le primat du génital : *« L'avènement de la puberté inaugure les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme normale définitive. La pulsion sexuelle était jusqu'ici essentiellement autoérotique, elle trouve à présent l'objet sexuel. Son activité provenait jusqu'ici de pulsions isolées et de zones érogènes qui, indépendamment les unes des autres, recherchaient comme unique but sexuel un certain plaisir. Maintenant, un nouveau but est donné, à la réalisation duquel toutes les pulsions partielles collaborent, tandis que les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale. »*

Les travaux de Philippe Gutton (1991) conceptualise le « pubertaire » il articule puberté et adolescence de manière **dialectique**. La puberté inaugure un réveil pulsionnel chez l'adolescent et le renvoi aux fantasmes infantiles c'est-à-dire que le pubertaire est à réfléchir par rapport à son ancrage biologique qui vient se heurter à l'interdit de l'inceste et de l'Œdipe infantile. Cet auteur parle de « *Roc biologique génital* » sur lequel se construit la problématique œdipienne de l'adolescence. C'est ce roc qui inaugure la génitalité en investissant la théorie infantile, en la « *réchauffant* ». Le pubertaire implante le génital dans le corps et la psyché de l'adolescent. Un travail psychique se déploie, c'est celui d'une nouvelle mise en représentation. Le travail de l'adolescence consiste en la capacité permettant de retrouver l'originaire infantile et dans le même mouvement d'en sortir.

Face au fantasme de séduction des imagos parentaux, l'adolescent doit mettre à distance ses parents qui ravivent en lui un vécu d'allure incestueuse.

Pour René Roussillon (2010) l'adolescent est un « *migrant* » qui traverse un espace temporel « *d'entre deux caractérisé par une certaine forme de vulnérabilité* ». Il s'agit de passer de l'enfance à l'âge adulte, « *c'est l'aspect prégnant de cette période, il faut en penser les enjeux latents pour pouvoir comprendre ce qui est au travail dans ce passage à la génitalité. C'est un passage identitaire, et un phénomène pubertaire fondamental. L'adolescence est liée aux transformations corporelles qui accompagnent le phénomène pubertaire. Elle rend possible l'éprouvé **orgasmique** et cet éprouvé introduit des « solutions » apportées aux tensions pulsionnelles.* »

Synthèse : A l'adolescence le retour du pulsionnel génère une situation d'effraction psychique pour le sujet parce que cela provoque une expérience de rupture, de discontinuité qui occasionne un temps de fragilité narcissique qui peut menacer son identité. Si l'irruption

de la puberté impose la différenciation sexuelle, elle assigne et affine l'adolescent à une nouvelle réalité identitaire.

## **b) Les processus identitaires ou le désir d'autonomisation**

**Préambule :** Un processus de séparation-individuation que l'adolescent devra réaliser et au terme duquel il devrait parvenir à exister en tant que sujet séparé, différencié, en capacité d'établir de nouvelles relations.

Pour Winnicott (1969) « *Ceux qui explorent ce domaine de la psychologie doivent d'abord savoir que l'adolescent, garçon ou fille, ne désire pas être compris.* » c'est-à-dire que comprendre, être compris signifie alors des **compromis**.

Winnicott nous enseigne que l'adolescence est une période du développement humain qui perdure en nous, même si toute adolescence se termine à l'âge adulte. Il poursuit en disant que « *tout être humain en bonne santé a vécu, avant la période de latence, un complexe d'Œdipe vrai* ». C'est-à-dire qu'il a eu l'expérience des deux principales positions dans la relation triangulaire avec ses figures parentales ou ses substituts parentaux. Chaque adolescent a été conduit à des stratégies pour se prémunir de la « *souffrance* » pour intégrer et supporter les « *conflits inhérents* » à cet état complexe. La question repose alors sur « *comment chacun traitera-t-il ce nouveau pouvoir de destruction ou même de mort, ce pouvoir qui ne venait pas compliquer les sentiments de haine de la petite enfance* ». Une des caractéristiques de l'adolescence repose sur l'alternance entre le désir d'autonomie et la « *dépendance régressive* » ; parfois même les deux pôles coexistent pour un temps. « *L'adolescent est essentiellement un isolé* » mais c'est de cette position d'isolement qu'il va à la conquête de ce qui peut advenir dans les relations entre les individus, et qui conduit à la « *socialisation* ».

On retrouve dans l'adolescence une période capitale de la petite enfance, car le petit enfant est aussi un être « *isolé* », tout du moins jusqu'à ce qu'il renonce au non-moi winnicottien le « *not me* » et qu'il se pense en terme d'individu différent, autre et séparé c'est-à-dire un individu qui peut établir des relations avec des objets extérieurs au soi (« *self* ») « *et en dehors du champ de toute puissance* » c'est-à-dire avant que le principe de plaisir-déplaisir cède au principe de réalité, « *l'enfant est isolé par la nature subjective* » de son environnement.

Les jeunes adolescents sont « *des isolés rassemblés* », qui tentent par diverses stratégies adaptatives de se constituer en amalgame « *en adoptant une identité* » d'intérêts. Ils se regroupent lorsqu'ils se sentent « *attaqués* » en tant que « *groupe* », mais leur organisation est « *paranoïde* » en réaction à ce qu'ils vivent comme un envahissement ; si la persécution s'arrête, ils se retrouvent en « *agrégat d'isolés* ». On peut les observer dans leur volonté d'une « *forme d'identification* » qui ne les chagrine pas « *dans la lutte qui est la leur* », ce combat pour se « *sentir réel* ». Le combat pour construire une identité personnelle, pour ne pas se voir contraint dans une place « *assignée par l'adulte* ». Ils ne se reconnaissent pas dans ce qu'ils adviennent, ils sont dans l'attente. Tout est comme en suspension, ils ne s'éprouvent « *pas réels* » et cette situation les amènent à commettre certains faits pour se sentir réels, et qui nous semblent que trop réels à nous adultes, « *car la société en est affectée* ».

L'adolescent est face à « *l'évitement de la solution fausse* », s'éprouver réel « *ou accepter de ne rien sentir du tout* ». Rejeter la solution fausse signifie « *l'incapacité du compromis chez le psychotique* ». « *Le besoin de se sentir réel ou non* » marque la dépression psychotique que l'on lie à la dépersonnalisation.

Avoir une incessante attitude de provocation envers la société pour que l'opposition de cette société se traduise et qu'on puisse y répondre par cette même opposition. Winnicott explique que l'adolescent se trouve dans une phase de développement naturel, et que nous devons nous attendre à quelque chose qu'il qualifie de « *pot au noir* ». A l'origine de cette attitude « antisociale » on retrouve inexorablement la « *déprivation* ».

Dans son ouvrage *Jeu et réalité* (1971) Winnicott explique que c'est par l'expérience de la créativité que l'individu peut prendre conscience du soi, il en conclut « *que c'est en jouant que la communication est possible* ». L'idée de créativité comme prise en compte de « *la coloration de toute attitude face à la réalité extérieure* ». C'est ce mode créatif perçu qui procure à l'individu le sentiment que « *la vie vaut la peine d'être vécue* » ; ce qui fait opposition à un tel monde de sensorialité, « *c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure* » : le monde et les éléments qui le composent sont alors reconnus mais uniquement comme étant « *ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter* », si l'individu se soumet il a alors un sentiment d'inutilité, « *associé à l'idée que rien n'a d'importance* ».

En clinique sociale, l'identité est le sentiment de se sentir identique à soi-même dans une permanence de continuité dans un espace spatio-temporel. Les travaux de Pierre Tap (1988) nous enseignent que l'identité personnelle peut se définir comme « *le système de*

*représentations et de sentiments à partir desquels le sujet construit et utilise un horizon temporel. Grâce au sentiment d'identité, il peut, en effet, se percevoir le même dans le temps, se vivre dans une continuité existentielle... ».* L'identité se construit dans une dynamique, l'individu acquiert son identité aux travers des fondements de son histoire personnelle et culturelle, la remémoration et le récit. « **L'identisation** est l'histoire complexe de la continuité de l'image de soi dans le changement, et de l'instauration de représentations mentales et de l'actualisation continue d'identifications multiples. Grâce au sentiment d'identité, il peut se percevoir lui-même dans le temps.... »

C'est l'idée de **mêmeté**, être le même comme l'a défini Paul Ricœur (1990). L'adolescent cherche à se faire accepter des autres « mêmes » qui lui ressemblent, c'est-à-dire par ses pairs, dans un mouvement de mise à distance de ses parents. Pour pouvoir se réaliser l'adolescent doit se construire de manière autonome pour acquérir ses propres valeurs et se dessaisir de ses modèles de référence parentale. La manière plus ou moins brutale dont il le fera peut entraîner de ce fait la mise à mal de ses parents. La notion d'identité est liée à la corporéité et pourtant, dans notre société on oppose le corps à l'esprit. Le narcissisme tertiaire caractérisé par l'adolescence, un narcissisme d'idéalisation, amour de l'idéal du Moi qui revient à la question du corps, au rapport que l'adolescent entretient ou pas avec celui-ci.

L'adolescence se développe par **singularisation**, affirmation, rébellion ce qui devient complexe à cette période car pour se construire une identité dans la société il faut répondre aux normes que celle-ci impose. Ce qui n'est pas facile pour l'adolescent qui est un sujet en construction donc inachevé, et qui tente d'advenir. Son rapport aux figures parentales se modifie puisque le lien d'attachement se transpose des premiers objets d'amour (que sont les parents) vers le groupe de pairs. Les travaux de Bowlby (1978) sur le lien d'attachement s'articule dans la relation fondamentale des liens familiaux et sociaux, en ce sens qu'il serait la forme primaire du lien social qui s'exprime comme un « *besoin inné* » de protection face au danger de l'environnement.

Selon Pierre Tap (1988) « *quand le sujet cherche le sens que peuvent prendre ses conduites il devient capable de les organiser lui-même* ». C'est-à-dire qu'il devient acteur de sa propre vie et l'adolescent est étymologiquement cet « *être en train de grandir* ». La construction de son Idéal du Moi le contraint à se positionner par « *rapport l'avenir de l'homme et de la société* ». C'est ainsi qu'il peut participer et/ou contester « *à la création et/ou au contrôle d'œuvres, individuelles ou collectives* ». Son apprentissage de « *la coopération, de la réciprocité et du*

*choix de règles communes, à l'intérieur du groupe de pairs, est déterminant dans la prise de conscience des contradictions, des conflits et des injustices, et qu'il joue un rôle important dans la restructuration des systèmes de référence et l'abandon de l'identification aux adultes valorisés. ».* Pour Pierre Tap « *L'adolescence est tout à la fois un développement, une transition et une **crise*** ». C'est un changement qui s'inscrit dans la temporalité, il peut être lent ou brutal, peut s'entendre comme une crise, un palier ou une stagnation, et ce, en fonction de la singularité et de l'histoire de vie de chaque adolescent. « Le parcours de l'adolescent va de la famille au monde social, de la dépendance à l'autonomie, de la sécurité « *d'être comme* », à l'aventure « *d'être soi-même en relation avec les autres*. ».

### **c) Qu'est-ce que l'éducation**

Nous pouvons dire par définition que toute éducation implique à des degrés divers influence, injonction, accompagnement, orientation et sollicitude. L'éducation familiale est actrice dans la construction de l'image de soi de l'adolescent, qui contribue à **l'émergence**, à l'organisation et au développement de ses compétences sociales. Le sujet est toujours le produit de son histoire, de ses expériences et de ses apprentissages et qu'il est tout à la fois auteur et acteur dans ses capacités et ses compétences à se transformer et à évoluer dans le temps. Tout sujet est déterminé par son appartenance sociale et culturelle, son histoire, mais aussi par le contexte social dans lequel il évolue. Pour Winnicott (1965) « *La maturité émotionnelle est atteinte que dans le cadre où la famille a fourni le pont conduisant du soin parental jusqu'au support social* ». La famille s'entend alors comme le lieu où l'adolescent vit, et sa famille est le modèle sur lequel se fonde le support social « *susceptible* » de fonctionner.

### **d) La question du lien social**

Pour Serge Paugam (2008) « *La notion de lien social est aujourd'hui inséparable de la conscience que les sociétés ont d'elles-mêmes, et son usage courant peut être considéré comme l'expression d'une interrogation sur ce qui peut faire encore société dans un monde où l'individualisme apparaît comme inéluctable* ». Dans l'approche clinique du lien social on tente de circonscrire les raisons complexes qui mettent en échec ce lien et on s'interroge sur qu'est-ce qu'un lien ? Comment se construit-il ? Et quelles sont les raisons qui font qu'il se distende ou se délite ? Cette approche se conçoit dans une dialectique entre l'évolution de l'individu dans la société et les zones de turbulences et de conflictualité du contexte social. Le

lien social est ce qui permet à l'individu de se sentir inscrit dans une société, une histoire et une temporalité. La montée de l'individualisme fait obstacle à ce lien.

## CONCLUSION

Nous avons constaté que l'adolescence est une période qui revêt une importance dans le développement psychique, corporel, identitaire et social de « l'encore-enfant » au « pas encore-adulte ».

La question du lien y tient une place capitale tant au niveau de la famille que de la relation à l'autre, et dans l'accès à ce qu'il advienne un socius.

Comprendre les phénomènes qui se jouent sur la scène de l'école, tant dans la question de la séparation avec les premiers objets d'amour, que du lien à l'autre. On peut alors considérer à titre d'exemple que la question de la phobie scolaire peut reposer sur le lien à l'autre, qui ne peut se faire. La pression familiale et institutionnelle dont les attentes sont difficilement conciliables pour un adolescent, dont on connaît la vulnérabilité. Le rôle de la famille reste central dans l'accompagnement à l'émancipation de l'adolescent, dans la valorisation de sa parole et de ses prises de position.

Chaque génération fait sa propre expérience et il est indispensable de considérer que le meilleur choix est celui qu'elle fera elle-même et pour elle-même. Les parents se doivent de

tenir leur place générationnelle pour que l'adolescent puisse prendre la sienne, dans la filiation, dans la succession générationnelle et dans son rôle de transmission de l'histoire de l'humanité. La manière dont l'adolescent advient est dépendante de son environnement familial et du contexte socio-culturel dans lequel il évolue.

Tout ceci est bien affaire de bienveillance, et nous pouvons nous interroger quant à celle que la société actuelle porte à sa jeunesse.

Nous n'avons pu mettre en question le discours souvent clivant et connoté négativement de la société sur les adolescents.

L'histoire sociale nous a enseigné que la population juvénile à de tout temps inquiété les générations précédentes, parce qu'elle représente un potentiel de force et de vie.

Nous aurions pu nous interroger sur cette société qui prône l'individualisme donc la responsabilité seule du sujet, pour la mettre en lien avec un contexte politique et social en crise.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Birraux A. (2012). L'adolescence face aux préjugés de la société. Revue Adolescence - 30 p.304.

Bowlby (1978). Attachement et perte. Paris, PUF. p.30

Freud (texte non daté). L'Œdipe, de l'individu au social... (Titre donné par la rédaction) Le Coque Héron -185 psychanalyse et création littéraire - p.24-31

Freud (1905). Trois essais sur la théorie de la sexualité. Folio Essai (2012) p.141-190

Gutton P. (1991). Le pubertaire. Quadrige édition 2008

Laplanche & Pontalis (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris PUF, édition 2007 (Quatrième tirage 2014) p.80

Doron, R & Parot, F. (1991). Dictionnaire de la psychologie. Paris, PUF (Troisième tirage 2003). p.721

Paugam S. (2008). Le lien social. Paris, PUF collection Que sais-je (troisième tirage 2003). p.50

Roussillon R. (2010). Précarité et vulnérabilité identitaire. Revue Adolescence. p. 241-244

Ricoeur P. (1992). Soi-même comme un autre. Paris, Seuil. p.146.

Tap P. (1988). La société pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne. Paris, Dunod p.153

Winnicott, D. (1962). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot. P.398-407

Winnicott, D. (1975). Jeu et réalité. Paris, Galimard, Folio Essai (2004) p. 108-247.

Winnicott, D. (1965). La famille suffisamment bonne. Paris, Payot, Rivage (2010) p.90.

## **Résumé**

Ce mémoire traite de l'adolescence au travers des processus du pubertaire, de ceux identitaires, et des remaniements psychiques qui l'accompagne. La question du lien d'attachement et du lien social y est travaillée et s'ancre dans un contexte social en crise. La recherche clinique s'inscrit dans le cadre d'une structure dédiée aux adolescents, et dont la vocation est d'accueillir, d'écouter et de prendre soin dans une dimension psychique, relationnelle, sociale et éducative.

## **Mots-clés**

Adolescence, puberté, identité, lien d'attachement, lien social

## **Abstract**

This essay deals with adolescence through the pubertal and identity processes as well as the psychological changes that come along. It addresses the questions of attachment link and social ties, rooted in a social context of crisis. The clinical research falls within the framework of a structure dedicated to teenagers, which vocation is to welcome, listen and take care of them in a psychological, relational, social and educational perspective.

## **Keywords**

Adolescence, Puberty, Identity, Attachment link, Social ties