



HAL
open science

Parler de sa propre voix : être acteur de sa maladie à l'enfance et l'adolescence

Éric Delassus

► **To cite this version:**

Éric Delassus. Parler de sa propre voix : être acteur de sa maladie à l'enfance et l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2017. hal-01638191

HAL Id: hal-01638191

<https://hal.science/hal-01638191>

Submitted on 19 Nov 2017

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.

Parler de sa propre voix : être acteur de sa maladie à l'enfance et l'adolescence

ERIC DELASSUS

Conférence donnée lors de la journée de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du 17 novembre 2017 « De l'adhésion aux soins chez l'enfant et l'adolescent : entre refus et consentement »

La question du consentement est aujourd'hui au cœur d'un bon nombre de problématiques liées à l'éthique médicale, surtout depuis la loi de 2002 sur le droit des patients qui s'appuient sur la nécessité de respecter l'autonomie du patient et de ne lui administrer un soin ou un traitement qu'après avoir obtenu son consentement éclairé. La loi suppose donc un patient autonome toujours susceptible d'entendre le discours médical et de donner ou non son accord après avoir été informé des conséquences des traitements qui lui sont proposés, ainsi que des conséquences que pourrait entraîner un refus de traitement. Cette obligation pour le soignant est ainsi formulée dans la loi à l'article L. 1111-4 :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111- 6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Pour ce qui concerne les mineurs, c'est-à-dire la population qui concerne notre sujet, la loi considère que ces derniers sont sous la responsabilité des parents ou des tuteurs légaux, mais elle ajoute néanmoins une obligation pour le médecin de rechercher le consentement de l'enfant ou de l'adolescent lorsque ce dernier est en capacité de l'exprimer :

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

La présence de la notion de consentement dans une loi sur le droit des patients a pour but de mettre fin à des années de paternalisme médical durant lesquelles le malade était considéré, parce que malade – qu'il s'agisse d'une pathologie organique ou mentale – comme un être mineur incapable de prendre pour lui-même les décisions qui s'imposent. N'oublions pas qu'il fut un temps où le président de l'ordre des médecins recommandait à ses collègues de traiter le malade comme un enfant. En effet, le premier président de l'ordre des médecins, Louis Portes, écrivait dans un article de 1954 intitulé « Du consentement du malade à l'acte médical » :

Au sens exact du terme, [le patient] ne voit plus clair en lui-même, car entre lui-même observant son mal et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité

et parfois même une obscurité totale ; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant. (Portes, 1954)

Pour ajouter ensuite :

Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à une être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper — un enfant à consoler, non pas à abuser — un enfant à sauver, ou simplement à guérir. (Portes, 1954)

Ce qui le conduisait à rejeter catégoriquement la notion de consentement éclairé dans laquelle il ne voyait qu'un mythe totalement étranger à la réalité factuelle à laquelle est confronté quotidiennement le médecin :

Je dirai donc que l'acte médical normal n'étant essentiellement qu'une confiance [celle du patient] qui rejoint librement une conscience [celle du médecin], le consentement « éclairé » du malade [...] n'est en fait qu'une notion mythique que nous avons vainement cherché à dégager des faits. Le patient, à aucun moment, ne « connaissant » au sens strict du terme, vraiment sa misère, ne peut vraiment « consentir » à ce qui lui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé — si du moins nous donnons au mot consentement sa signification habituelle d'acquiescement averti, raisonné, lucide et libre. (Portes, 1954)

Les choses semblent aujourd'hui s'être renversées, puisque désormais même le malade légalement mineur est considéré comme pouvant être en mesure de participer aux décisions le concernant. Autrement dit, alors qu'il y a encore quelques dizaines d'années tout malade était réduit à l'état d'enfant, c'est-à-dire était dans la situation d'un être qui n'a pas la parole — étymologiquement, l'enfant (in-fans) désigne en latin celui qui ne parle pas — aujourd'hui, même à l'enfant, on donne la parole afin qu'il puisse consentir aux soins et aux traitements qui lui seront prodigués. Néanmoins, qu'il s'agisse de l'enfant ou l'adolescent — au moins jusqu'à l'âge de sa majorité, mais ensuite est-il encore un adolescent ? — nous avons affaire à des personnes considérées comme mineures juridiquement. C'est-à-dire comme n'étant pas, du point de vue de la loi, en mesure de donner par elle-même leur consentement, comme étant sous la tutelle des parents ou des responsables légaux. Cette distinction nous oblige donc à envisager le problème du consentement selon, au moins, deux niveaux distincts. Le niveau juridique et le niveau morale et psychologique. En effet, si ces personnes ne sont pas considérées comme jouissant d'une autonomie suffisante juridiquement, il n'empêche que moralement, on les suppose apte à émettre un avis pouvant être pris en considération. Cette double approche rejoint d'ailleurs la question posée un peu plus haut au sujet de l'adolescent qui s'il est considéré comme majeur

à partir de 18 ans peut très bien être considéré comme l'étant, ou comme ne l'étant pas, sur le plan moral, bien avant ou bien après. Nous connaissons tous des adolescents dont la maturité psychologique dépasse largement celle de certains adultes et à l'inverse des adultes qui à l'inverse ne font pas toujours preuve de la responsabilité ou de la maturité que l'on pourrait attendre d'eux. Cette distinction repose sur le fait que ces deux domaines n'adoptent pas le même point de vue sur les choses. La loi se doit nécessairement d'être générale et, au moins en théorie, égale pour tous. Il est donc nécessaire de fixer un âge pour la majorité et cette définition d'un seuil, d'une limite marquant l'entrée dans l'autonomie et la responsabilité présente un caractère nécessairement conventionnel et arbitraire. La variation de cette limite selon les sociétés et selon les époques en est la preuve. En revanche, si l'on aborde les choses sous un angle plus psychologique et peut-être aussi plus éthique – et ici il est plus juste d'employer le terme d'éthique plutôt que celui de morale, car la morale manifeste également une certaine prétention à l'universalité – nous avons affaire à une approche qui prend d'abord en compte la singularité des situations et des personnes.

Cette prise en considération de la singularité du patient peut d'ailleurs nous conduire à adopter une position critique, par rapport à une certaine idéologie de l'autonomie sur laquelle repose la loi actuelle. Il ne s'agit pas, bien entendu, de revenir à un paternalisme médical qui nie toute possibilité pour le patient d'être acteur de sa maladie ainsi que des soins et des traitements qu'il doit suivre. Il s'agit plutôt, en réfléchissant, justement, sur le sens à donner à la notion de consentement, de monter en quoi l'autonomie du patient n'est pas une donnée de fait à partir de laquelle peut s'élaborer la pratique médicale et s'établir la relation entre médecins, soignants et patients. Il ne faudrait pas, en effet, que l'autonomie du patient soit pensée à partir d'une sorte de transfert ou de déplacement de la notion d'*homo-œconomicus* de l'économie vers la médecine. La notion d'*homo-œconomicus* désigne chez les économistes néo-classique, l'être humain considéré comme un individu rationnel capable de déterminer de lui-même et par lui-même la meilleure attitude à adopter pour satisfaire ses intérêts, en fonction des contraintes extérieures qui s'exercent sur lui et de la connaissance qu'il en a. Elle suppose donc un être humaine doué d'une capacité très étendue d'autodétermination et peut sembler abstraite dans la mesure où elle semble occulter tous les déterminismes auxquels l'homme est soumis, qu'ils

soient d'ordre biologique, psychologique, social ou culturel. Or, la question est de savoir s'il faut considérer l'autonomie humaine, comme un point de départ ou comme un point d'arrivée, voire comme un horizon qu'il faut viser sans être jamais certain de l'atteindre totalement. Il ne s'agit donc pas de retourner au paternalisme médical qui soumet totalement le malade à un pouvoir sur lequel il n'aurait aucune prise, il s'agit plutôt de prendre en compte sa vulnérabilité pour l'accompagner vers une approche plus lucide de sa situation et de sa condition afin de le rendre un peu plus acteur de ce qu'il vit en tant que malade. Par vulnérabilité, il ne faut pas nécessairement entendre faiblesse ou fragilité. Par vulnérabilité, il faut comprendre ce qu'entendent par ce terme les éthiques du *care*, c'est-à-dire ce qui fait le cœur de la condition humaine : notre dépendance les uns envers les autres (Delassus 2017). C'est pourquoi, d'ailleurs, il n'y a pas que l'enfant, la personne âgée, l'homme malade ou en situation de précarité qui soient vulnérables. Nous sommes tous vulnérables, c'est-à-dire que nous sommes tous dépendants les uns des autres (Tronto 2009) et c'est pourquoi la relation de soin n'est pas une relation qui s'établit entre d'un côté une personne autonome (le médecin, le soignant) et de l'autre une personne vulnérable (le malade, le patient), ni même une relation entre deux personnes considérées comme étant par nature autonomes, comme pourrait le laisser croire la loi actuelle, mais cette relation est plutôt celle qui s'établit entre deux personnes vulnérables qui sont en quête d'autonomie, mais pas d'une autonomie individuelle et individualiste, mais d'une autonomie solidaire (Delassus 2011) qui s'actualise dans la trame relationnelle que nous tissons les uns avec les autres. C'est pourquoi une réflexion sur la notion de consentement est ici importante, parce qu'elle désigne une démarche, un mouvement par lequel cette autonomie se conquiert et se réalise dans un contexte relationnel. Et la relation de soin est certainement un paradigme incontournable pour aborder cette question du consentement et peut-être l'est-elle avec encore plus d'acuité, lorsqu'il s'agit de l'enfant et de l'adolescent ?

Si la question du consentement aux soins est centrale dans le domaine médical, qu'il s'agisse de traiter des troubles organiques ou psychiques, cela vient certainement du fait que consentir à se soigner, c'est avant tout consentir à être malade, ce à quoi on ne consent pas facilement dans la mesure où cela consiste également à consentir à cette vulnérabilité foncière ce qui, dans notre culture, ne va pas de soi. On peut

d'ailleurs se demander si le problème se pose dans les mêmes termes pour l'enfant et l'adolescent que pour l'adulte. En effet, pour l'adulte, on suppose, comme nous l'avons précédemment souligné, que c'est à partir de ce présupposé que la loi a été établie, que l'on a affaire à un être pleinement autonome. En revanche, pour l'enfant et l'adolescent, on suppose que l'on a affaire à des êtres mineurs, c'est-à-dire sous la dépendance d'autres personnes jugées plus autonomes et plus responsables qu'eux. Mais pour les uns comme pour les autres, le consentement éclairé est requis. Il convient donc pour bien traiter cette question d'analyser et de tenter de définir ce qu'il nous faut entendre par consentement. Dans l'idée de consentir, il y a l'idée de donner son accord, lorsque je consens à quelque chose, cela signifie que j'accepte quelque chose, mais cette acceptation n'est pas toujours le résultat d'une démarche réflexive et rationnelle. Elle peut être également la conséquence d'une impression, d'un sentiment, d'un élan. Ainsi, dans une relation sexuelle, que signifie de dire que les partenaires sont consentants, certainement pas qu'ils ont passé un accord ou un contrat l'un avec l'autre, ou alors ce dernier est fortement tacite. Néanmoins, ils se sont accordés l'un à l'autre, même de façon éphémère, en se laissant emportés par un sentiment commun, car il ne faut pas oublier que dans consentir, il y a sentir, c'est-à-dire une dimension qui relève des affects, de ce que l'on ressent, de quelque chose qui n'est pas nécessairement intellectuel, mais qui relève également de certaines modifications qui s'effectuent, du fait de la relation qui s'établit entre eux, chez chacun des membres de cette relation. Car il y a dans le consentement une dimension fondamentalement relationnelle, on ne consent jamais seulement à quelque chose, on consent le plus souvent aussi à quelqu'un. Mais cela fait qu'il y a aussi une certaine ambiguïté du consentement, car consentir peut tout aussi bien signifier « accepter » que « se laisser faire ». Il y a même, au-delà de l'ambiguïté, une réelle ambivalence du consentement qui fait coexister activité et passivité. Ce qui fait que dans le consentement mutuel, il n'y a pas toujours totale réciprocité et que l'on risque, si l'on n'y prend garde de se faire abuser par les mots. Ainsi, l'un des termes de la relation peut très bien être consentant au sens où il accepte de façon active, tandis que l'autre terme consent tout simplement à subir l'action de l'autre. Ainsi s'expliquerait selon Geneviève Fraisse la notion étrange et presque oxymorique de « victime consentante » :

Le consentement à la domination ignore l'égalité des parties, et pourtant il prétend au « partage » des représentations ; et qui dit partage indique une mise en commun minimale. Ainsi s'expliquerait l'état de victime consentante, mélange incongru de passivité et d'activité. (Fraisie, 2017)

Le consentement peut donc prendre des formes diverses et il faut se méfier de l'usage que l'on peut faire de ce terme. Ainsi, pour ce qui concerne notre sujet – le consentement aux soins de l'enfant et de l'adolescent – principalement dans le domaine psychiatrique, il est clair que l'on ne peut se satisfaire du consentement sous sa seule forme passive. Si le consentement est nécessaire en la matière, c'est qu'il importe que l'enfant ou l'adolescent, mais cela est d'ailleurs vrai aussi de l'adulte, soit acteur de ses soins. En d'autres termes, il importe ici que le patient, non seulement, consente à ce que l'on prenne soin de lui, mais consente également à prendre soin de lui. Il convient, d'ailleurs, à ce sujet, de distinguer le soin du traitement. En effet, le traitement concerne avant tout la maladie, il s'agit de mettre en œuvre des moyens qui vont permettre de faire disparaître certains symptômes, voire d'exercer une action curative en enrayant les effets destructeurs d'une pathologie. Le traitement peut être intégré au soin, il peut parfois être une condition du soin, mais il n'est pas tout le soin. Le soin s'adresse, quant à lui, à la personne du malade : on traite une maladie, on prend soin d'un malade. Or, qu'est-ce que prendre soin, sinon créer les conditions pour permettre à une personne d'augmenter ou de restaurer sa puissance d'agir, la maladie pouvant se définir comme une affection diminuant la puissance d'agir de la personne malade. La maladie, qu'elle soit organique, psychique ou mentale, est avant tout une diminution de cette puissance. Être malade, c'est tout d'abord se trouver empêché, se trouver contraint d'adopter, pour reprendre l'expression de Georges Canguilhem, « une autre allure de la vie » (Canguilhem 1966), c'est-à-dire être conduit à donner à la vie un autre aspect, une autre forme, mais aussi un autre rythme, c'est être contraint de restreindre ses normes de vie. Si la maladie empêche de vivre normalement, ce n'est pas ici au sens où elle s'opposerait à une forme de vie conventionnelle, par exemple au sens où elle entrerait en contradiction avec les normes sociales, mais c'est plutôt au sens où la maladie réduirait la capacité de la vie à produire ses propres normes, voire à les transgresser. La santé, selon Georges Canguilhem, c'est avant tout la normativité, la capacité d'un vivant à produire ses propres normes de vie et parfois à les faire « craquer », à les transgresser sans que cela lui soit nuisible (Canguilhem 1966). C'est pourquoi, d'ailleurs maladie et santé

peuvent parfois faire bon ménage, le vivant en bonne santé est celui qui peut supporter la maladie et en guérir. Ainsi, comme le fait remarquer Freud, la différence entre la santé et la maladie n'est pas une simple différence de nature :

Il dépend des proportions quantitatives, de la relation des forces qui luttent entre elles, que le combat aboutisse à la santé, à la névrose ou à des productions surnormales de compensation (Freud 1978).

Si nous sommes tous plus ou moins névrosés, nous ne sommes pas malades pour autant. Tout simplement, parce que nos obsessions, nos manies, les quelques légers troubles de notre comportement ne nous empêchent pas de vivre. En revanche, lorsque la maladie s'installe, lorsque c'est elle qui prend la main, la personne se trouve alors sous son emprise et se voit obligé de restreindre ses normes de vie ou dans l'incapacité de les étendre.

C'est probablement de cette manière que se pose le problème pour l'enfant et l'adolescent. N'ayant pas encore eu le temps de construire leurs propres normes de vie, de mettre pleinement en œuvre leur puissance normative de vivant, ils se trouvent empêchés de l'exprimer et devenir acteur de leur vie en devenir. C'est pourquoi ils doivent être accompagnés pour parvenir à faire advenir cette puissance d'agir, et c'est en cela que consiste le soin. Mais le problème, plus particulièrement, lorsqu'il s'agit de pathologie mentale ou psychologique, c'est que cette prise en charge, plus que la maladie elle-même, risque fort d'être prise pour la cause de cet empêchement d'agir qu'ils ressentent.

En consentant au soin, ils doivent non seulement accepter la maladie, mais également, ils peuvent avoir le sentiment de se soumettre au pouvoir des adultes et par conséquent à un pouvoir médical qui les empêcherait d'être eux-mêmes. Toute la difficulté du soignant va donc être de convaincre le jeune patient qu'en prenant soin de lui, on ne va pas lui imposer quoi que ce soit qui le détournerait de lui-même, on ne va pas le « formater », mais au contraire lui donner les moyens de se construire. Aussi, le premier soin prodigué à l'enfant ou à l'adolescent, avant même qu'il ait consenti, consiste peut-être dans cette démarche de conviction.

Produire la conviction pour obtenir le consentement, peut-être est-ce là la première démarche à entreprendre pour prendre soin de l'enfant ou de l'adolescent en souffrance.

Il y a dans cette manière de procéder quelque chose d'éminemment paradoxal, il ne faut pas se le cacher. Il s'agit finalement de prendre soin du jeune patient, avant même qu'il y ait consenti, puisque c'est pour obtenir son consentement que l'on commence déjà à le prendre en charge. Il s'agit donc dans une telle démarche de faire preuve d'une grande prudence et de ménager la singularité de l'enfant et de l'adolescent, afin de ne pas altérer, avant même qu'elle ne puisse s'installer, la confiance que l'on veut instaurer dans la relation thérapeutique. Il s'agit de créer les conditions pour que se mette en place entre le soignant et soigné, ce que Paul Ricœur appelle une « alliance thérapeutique », c'est-à-dire d'établir de l'égalité, là où initialement il y a inégalité entre le thérapeute et le patient (Ricœur 2001).

Pour ce qui concerne la demande de soin de l'enfant ou de l'adolescent en psychiatrie, l'inégalité est certainement d'autant plus forte que ce n'est pas toujours le patient qui vient demander à être soigné. Le plus souvent, il s'agit de la famille, des proches, parfois sur les conseils de l'institution scolaire, du médecin ou d'un travailleur social. Le soin peut même faire l'objet d'une injonction lorsqu'il est demandé par l'institution judiciaire. Ainsi, il y a d'un côté ceux qui disposent d'un pouvoir et d'un savoir et de l'autre celui qui risque de se sentir soumis à ce pouvoir et à ce savoir. C'est pourquoi il est nécessaire de le convaincre afin, non pas d'obtenir son consentement, comme après une lutte dont on serait vainqueur, mais plutôt de lui proposer de consentir au soin, de l'accompagner pour qu'il accepte d'être accompagné. Il s'agit bien ici de convaincre et non de persuader, il s'agit de susciter chez l'enfant ou l'adolescent une démarche d'ordre réflexif qui lui permettra de comprendre en quoi le soin et les soins qui lui seront prodigués lui permettront de devenir plus libre, c'est-à-dire comme nous l'avons précisé précédemment d'augmenter sa puissance normative, d'être en mesure de définir lui-même ses propres normes de vie et peut-être de les dépasser.

Mais comment convaincre un enfant ou un adolescent et surtout comment convaincre à consentir ?

Traditionnellement, on oppose persuader et convaincre en considérant qu'alors que la persuasion s'adresserait aux affects, la conviction s'adresserait, quant à elle, à la raison et à l'intellect. Pour parler trivialement la persuasion se contenterait de faire vibrer la corde sensible, tandis que la conviction résulterait de l'intelligence et de la réflexion. S'il y a une part de vérité dans cette distinction, elle n'en est pas moins simplificatrice et demande à être précisée, surtout si nous voulons concilier conviction

et consentement. Car si la conviction n'était que d'ordre purement rationnel – si tant est que cette expression « purement rationnel » ait un sens – elle ne pourrait entraîner le consentement qui, comme on a pu le souligner suppose une part d'affect, un « sentir » sans lequel il n'y aurait pas de choix ou de décision possible. S'il ne s'agit pas, bien évidemment, d'obtenir le consentement de l'adolescent en procédant à des subterfuges et des ruses qui relèveraient de la manipulation, il ne s'agit pas non plus d'adopter à son égard une attitude qui serait totalement désincarnée et qui ne tiendrait pas compte de son désir et de ce qu'il ressent, ce qui serait pour le moins le comble lorsqu'il s'agit de mener à bien une prise en charge psychiatrique ou psychologique. Comme l'a bien montré Spinoza dans son *Éthique* (Spinoza 1988), les idées ne sont pas totalement distinctes des affects, les idées sont des affects, c'est-à-dire des modifications de notre esprit, qui n'est autre que l'idée du corps, et qui peuvent être actifs ou passifs selon que nous en sommes la cause ou que nous les subissons en raison de causes extérieures. Persuader consisterait donc à agir sur le psychisme de l'enfant ou de l'adolescent, uniquement de l'extérieur, en ne déclenchant en lui aucun mouvement réflexif lui permettant de réorienter activement son désir, tandis que convaincre consisterait justement à produire ce mouvement de telle sorte qu'il puisse de lui-même s'orienter vers le soin, c'est-à-dire non seulement les soins que lui proposent les médecins et les soignants, mais aussi vers le soin qu'il peut prendre de lui-même, et réfléchir, peut-être est-ce le meilleur moyen de prendre soin de soi ? Mais comment susciter une telle réflexion chez l'enfant qui semble être encore fortement dominé par son imagination ou chez l'adolescent qui, qui se trouve souvent dans une situation où son identité est fragilisée du fait des transformations que subit son corps et par conséquent son esprit ? N'est-ce pas là une vaine démarche que de vouloir faire réfléchir des êtres qui non seulement sont à un âge où il est extrêmement difficile d'y voir clair en soi, mais qui, de plus, souffrent de pathologies qui peuvent affecter la représentation qu'ils se font d'eux-mêmes et du monde ?

Comment faire en sorte, en effet, que l'enfant ou l'adolescent deviennent acteur du soin et parlent de leur propre voix. Autrement dit, comment éviter qu'une autre voix que la leur parle en eux ? Cette voie peut-être celle de la famille, du milieu social, principalement chez l'enfant qui, durant la période de latence, peut adopter une attitude conformisme par rapport au modèle parental craignant de perdre l'amour de ses parents. Cela dit, même lorsqu'une autre voix parle en eux, il est certainement

possible de déceler dans le discours de l'enfant ce qui vient essentiellement de lui. Comme le précise Maurice Merleau-Ponty :

Il y a chez l'enfant comme une sorte d'élasticité qui fait qu'il réagit quelquefois aux influences de son entourage, en trouvant pour les problèmes posés par son entourage des solutions qui lui sont propres. Si bien que les caractéristiques internes du sujet interviennent toujours dans la manière dont il a établi ses rapports avec le dehors. Ce n'est jamais du dehors simplement qu'il est façonné, c'est lui-même qui prend position à l'égard des conditions extérieures. (Merleau-Ponty 2017)

La question de savoir comment susciter la réflexion chez l'enfant ou l'adolescent peut donc sembler légitime, si l'on n'entend pas par réflexion une démarche purement intellectuelle qui serait uniquement d'ordre spéculatif. Mais, fort heureusement, la réflexion ne se réduit pas à cela. La réflexion doit d'abord être suscitée et c'est pour cela qu'il faut tenter de saisir de ce que le jeune patient met de lui-même dans les réponses qu'il donne aux problèmes qu'il rencontre, pour l'aider à mieux comprendre la manière dont il établit son rapport au monde et par conséquent à lui-même et aux autres.

Réfléchir, si l'on prend le sens ce terme à la lettre, signifie procéder à un retour sur soi, et, fort heureusement, il y a mille manières d'effectuer ce mouvement. Parmi ces manières, il y a la parole, la parole par laquelle on peut procéder au récit de sa propre vie, même si celle-ci ne fait que commencer. Cette parole peut passer par les mots, le dialogue avec les soignants et les thérapeutes, mais cela n'est pas nécessaire non plus, il y a aussi mille manières de parler et de parler de sa propre voix. Il y a aussi une voix du corps, d'autres signes que les mots. Ainsi, comme l'a montré Mélanie Klein en tentant d'élaborer une méthode de psychanalyse des enfants (Klein 1998), le jeu peut être une manière pour l'enfant de dire ce qu'il a à dire. L'adolescent, quant à lui, parle avec son corps, parfois en le malmenant, en le marquant, mais n'y a-t-il pas dans cette manière de rendre signifiant ce corps une forme de réflexion qu'il faut écouter et interroger ?

Les enfants et les adolescents ont certainement mille manières de nous parler et de parler de leur propre voix et leur problème est certainement trop souvent de ne pas être entendu, c'est-à-dire de n'être ni perçu ni compris. En revanche, on peut supposer que c'est lorsqu'ils se sentent perçus et compris que les enfants et les adolescents consentent au soin, parce qu'ils comprennent que l'on a déjà pris soin d'eux en les écoutant et en les comprenant. Cette manière de prendre soin de l'enfant et de l'adolescent nécessitent certainement que soit conduit de la part du thérapeute et de

tous les soignants, conjointement à la mise en place de la relation avec le jeune patient, une réflexion sur la place qu'ils doivent occuper relativement à la famille et à l'environnement proche de l'enfant ou de l'adolescent. Il semble, par exemple, difficile, d'établir une réelle relation de soin avec un adolescent qui peut être en opposition à l'autorité parentale, si les soignants sont perçus comme les relais de cette autorité. Il importe donc que chacun puisse définir clairement et précisément sa place dans la relation de soin dont la signification est déterminée par ce qui fait l'objet du soin. Or, ce qui fait l'objet du soin, ce n'est pas uniquement l'enfant ou l'adolescent qu'il faut aider à conquérir sa place, sinon de sujet, en tout cas d'acteur de sa vie, mais ce qui fait l'objet du soin, peut-être est-ce aussi et surtout la relation que le jeune patient entretient avec lui-même et le monde ?

Aussi, chercher à convaincre l'enfant ou l'adolescent de consentir au soin, est-ce déjà prendre soin d'eux, et surtout de leur manière d'entrer en relation avec le monde ? Mais pour cela faut-il encore les écouter de telle sorte qu'ils puissent comprendre que les convaincre, ce n'est pas les vaincre, eux, mais vaincre ce qui en eux diminue leur puissance d'agir et restreint leur capacité normative. Il ne faut pas oublier que prendre soin, cela peut aussi signifier « se soucier de » ou « accorder de l'importance à », c'est là le sens du terme anglais de « *care* » qui n'a pas d'équivalent en français et qui désigne finalement plus que le soin au sens courant de ce terme (Tronto 2009). L'enfant et l'adolescent ont certainement besoin d'entendre une voix qui leur dit qu'on se soucie d'eux, non pour les contraindre à adopter une manière d'être, mais pour tenter de comprendre avec eux comment ils élaborent leur manière singulière d'être au monde, comment ils tissent leur relation au monde. C'est donc en entendant une voix qui les invitent à parler de leur propre voix qu'ils peuvent s'engager, lorsqu'ils sont confrontés dans leur cheminement à des obstacles qu'ils ne parviennent pas à franchir seuls, sur la voie du consentement.

C'est donc, non pas en leur imposant de l'extérieur des normes de vie qu'ils n'ont pas élaborées par eux-mêmes, que l'on peut parvenir à ce consentement, mais en favorisant le mouvement réflexif par lequel ils peuvent se raconter et tenter d'être acteur, sinon de leur vie, du récit qu'ils peuvent en faire sous des formes diverses. Il y a dans toute forme d'expression une part de réflexion et de narration, dans le dessin, le jeu, le sport ou toute activité sollicitant le corps, mais aussi d'ailleurs dans le symptôme qui est une manière de raconter ce qui n'a pu trouver les mots pour se dire

– pour reprendre la belle expression de Marie Cardinal (Cardinal 1975) – et qui passe par le corps pour s'exprimer.

Si pour reprendre ce qu'écrit Spinoza (Spinoza 1988) l'esprit est idée d'un corps en acte (Delassus 2013), le mouvement réflexif par lequel un être humain est en mesure de devenir acteur de sa vie, c'est-à-dire de pouvoir développer son aptitude à prendre soin de soi et des autres, peut passer aussi bien par les idées que par les actes, par les mots que par les gestes et les comportements et le premier soin que l'on peut prodiguer à un être humain, quel que soit son âge, est d'écouter ce qu'il a à nous dire. Se sentir écouté et entendu, c'est certainement déjà sentir que l'autre sent ce qu'avec bien du mal, on cherche à dire, c'est donc déjà con-sentir, sentir ensemble qu'il y a quelque chose à comprendre l'un avec l'autre et peut-être parvenir ainsi à prendre soin l'un de l'autre.

Bibliographie

- Canguilhem Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Cardinal Marie, 1975, *Les mots pour le dire*, Paris, Grasset.
- Delassus Éric, 2011, *De l'Éthique de Spinoza à l'éthique médicale*, Presses Universitaires de Rennes, p. 320.
- Delassus Éric., 2013, « Qu'est-ce que l'idée d'un corps en acte? », *L'enseignement philosophique*, 63^e année, no. 4, juin-août 2013, p. 43-48.
- Delassus Éric., 2017, « Penser la vulnérabilité », https://www.academia.edu/31075495/Penser_la_vulnérabilité
- Fraisse Geneviève., 2017, *Du consentement*, Paris, Paris, Éditions du Seuil.
- Freud, 1978, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, p. 60.
- Klein Mélanie, 1998, *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF.
- Maurice Merleau-Ponty, 1997, « Les relations avec autrui chez l'enfant », *Parcours*, Verdier, p. 163-164.
- Portes Louis, 1954, « Du consentement du malade à l'acte médical », *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson & PUF, p. 158.
- Ricœur Paul, 2001, « Les trois niveaux du jugement médical », *Le Juste*, Paris, Éditions Esprit.

- Spinoza Baruch, 1988, *Éthique*, traduction de Bernard Pautrat, Paris, Éditions du Seuil.
- Tronto Joan, 2009, *Un monde vulnérable*, Paris, La Découverte.
- Tronto Joan, 2009, « Care démocratique et démocratie du care », in *Qu'est-ce que le care ?*, sous la direction de Pascal Molinier, Sandra Laugier, Patricia Paperman, Paris, Petite Bibliothèque Payot.