



HAL
open science

Accueillir, évaluer et orienter les familles des jeunes adolescents au Relais étudiants-lycéens de la clinique médico-pédagogique Dupré

Anthony Brault, Marie Villette, Agnès Mora-Oger, Nadège Dumas

► To cite this version:

Anthony Brault, Marie Villette, Agnès Mora-Oger, Nadège Dumas. Accueillir, évaluer et orienter les familles des jeunes adolescents au Relais étudiants-lycéens de la clinique médico-pédagogique Dupré. Dialogue. Familles & couples, 2022, n° 236 (2), pp.17-30. 10.3917/dia.236.0017 . hal-03782670

HAL Id: hal-03782670

<https://hal.science/hal-03782670>

Submitted on 21 Sep 2022

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.

Accueillir, évaluer et orienter les familles des jeunes adolescents au Relais Étudiants-Lycéens de la Clinique Médico-Pédagogique Dupré

Auteurs : Anthony Brault, Marie Villette, Agnès Mora-Oger, Nadège Dumas¹

Résumé : Le Relais de Sceaux (Clinique Dupré, Fondation Santé des Etudiants de France) qui reçoit les adolescents et jeunes adultes de 11 à 25 ans et leurs familles est une porte d'entrée aux soins médico-psychologiques. A partir de 2013, l'accueil des jeunes adolescents (les collégiens) a considérablement bouleversé le fonctionnement de départ du Relais, en particulier l'évaluation et l'orientation des familles. A côté du dispositif d'accueil sans rendez-vous des 16/25 ans, un protocole spécifique adapté aux collégiens a été mis en place. Il s'appuie sur un premier contact téléphonique avec les parents, préparant la première rencontre. Au travers d'une situation clinique, nous exposons les spécificités cliniques de collégiens, pour lesquels la rencontre familiale est un préalable indispensable à l'instauration d'un soin psychique individualisé.

Mots clés : adolescence ; préadolescent ; adhésion au soin ; alliance thérapeutique ; phobie scolaire ; cadre thérapeutique ; entretien familial

Summary : The Relais de Sceaux (Dupré Clinic, Fondation Santé des Etudiants de France), which receives adolescents and young adults aged 11 to 25 and their families, is a gateway to medical and psychological care. Since 2013, the reception of young adolescents (middle school students) has considerably changed the way the Relais operates, particularly in terms of assessment and referral of families. In addition to the drop-in center for 16 to 25 years old, a specific protocol adapted to middle school students has been set up. It is based on an initial telephone contact with the parents, preparing the first meeting. Through a clinical situation, we show the clinical specificities of middle school students, for whom the family meeting is an essential prerequisite to the establishment of an individualized psychological care.

¹ Anthony Brault, Psychologue clinicien, Docteur en Psychologie, Relais Etudiants-Lycéens Sceaux (Clinique Dupré, FSEF Sceaux). Membre temporaire, Laboratoire PCPP (EA 4056), Université de Paris.
Marie Villette, Psychiatre, Relais Etudiants-Lycéens Sceaux (Clinique Dupré, FSEF Sceaux).
Agnès Mora-Oger, Psychologue clinicienne, Relais Etudiants-Lycéens Sceaux (Clinique Dupré, FSEF Sceaux).
Nadège Dumas, Pédopsychiatre et Cheffe de service, Relais Etudiants-Lycéens Sceaux (Clinique Dupré, FSEF Sceaux).

Key words : adolescence; pre-adolescent; adherence to care; therapeutic alliance; school phobia; therapeutic framework; family interview

Introduction

Existant depuis 1995, le Relais Étudiants-Lycéens² de la Clinique Dupré (Fondation Santé des Etudiants de France, Sceaux) a pour principal objectif l'amélioration de l'accès aux soins des adolescents et des jeunes adultes en souffrance. Le Relais est un pôle de consultations pluridisciplinaires qui s'envisage comme une porte d'entrée aux soins médico-psychologiques. Cette structure a été créée à partir du constat qu'il existait des défaillances évidentes dans l'accès aux soins des adolescents. Ainsi est-il apparu nécessaire de proposer un dispositif spécifique, destiné à dépasser ces défaillances, en s'appuyant sur l'analyse du fonctionnement psychique et psychopathologique de l'adolescent. La problématique du lien, caractéristique de l'adolescence et contribuant à la vulnérabilité particulière de cette période de développement, constitue par construction un obstacle majeur dans la demande d'aide des adolescents et jeunes adultes, d'autant plus que leur capacité à analyser leur propre souffrance psychique fait défaut. Ainsi, lorsque l'adolescent commence à repérer que « quelque chose » ne va pas, sa demande est souvent bien trop floue pour savoir qui consulter (dans quel cadre) et surtout bien trop fragile pour attendre. Le Relais répond à cette demande en proposant un accueil spontané, sans rendez-vous, tous les après-midis. L'accueil sans rendez-vous permet « la venue d'adolescents hésitants qu'une démarche trop formelle rebuterait, ou ceux dont la demande serait trop velléitaire pour supporter d'être différée » (Boë et coll., 2012, pp. 436-437)³. Lors de ce temps d'accueil, le jeune peut y rencontrer un(e) psychologue ou une éducatrice spécialisée qui va lui offrir une écoute tout à fait spécifique, de nature psychanalytique (et ce sera souvent la première fois qu'il sera ainsi écouté).

Après cet accueil, il peut être proposé à l'adolescent un dispositif de consultation d'évaluation limité dans le temps, au plus près de la difficulté qu'il expose. Ce dispositif a un double avantage : l'adolescent est accueilli (psychiquement), une équipe s'occupe de lui tout

² Au sein de la Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF), il existe sept Relais Etudiants-Lycéens qui pour la plupart accueillent aussi les collégiens. Si la pratique clinique et les modalités d'accueil divergent entre les différents Relais, tous ont pour mission principale la prise en charge rapide, le repérage et le traitement précoce des troubles psychologiques des adolescents émergents au cours de leurs études. Le lecteur pourra se référer par exemple à la pratique du Relais Georges Heuyer - Paris (Ferveur, Monchablon, 2019 ; Ferveur, Monchablon, 2021).

³ Il ne faut toutefois pas confondre cette réponse qui offre à l'adolescent un espace de parole dans l'immédiat de sa demande, avec une réponse de/dans l'urgence. Le Relais n'est pas une structure d'urgence, son rôle est précisément de prévenir l'urgence ; on y accueille la spontanéité d'une demande, aussi éphémère soit-elle, pas l'urgence à être traité.

en le rassurant sur la temporalité de l'engagement, ce qui permet d'aménager sa crainte de la dépendance (Benyamin, 2012). L'évaluation se fait souvent par plusieurs membres de l'équipe, enrichissant ses modalités : psychologues cliniciens, médecins psychiatres, éducatrice spécialisée, médecin généraliste, enseignants, assistante sociale⁴. Cette évaluation, à la fois du fonctionnement psychique que des capacités de transformation du patient par l'étayage sur le dispositif, permettra d'imaginer et de lui proposer une orientation, un accès aux soins spécifique, s'il en a besoin⁵.

Cette introduction témoigne de la pertinence du projet du Relais et des autres projets institutionnels qui se sont créés autour de lui pour répondre au mieux à la demande, de la plus explicite à la plus fragile, des adolescents et des jeunes adultes en souffrance psychique. L'ouverture du Relais aux collégiens (11-15ans) en 2013 en a bouleversé le fonctionnement, remettant en question la pertinence de notre dispositif d'accueil pour de très jeunes adolescents et des enfants non-pubère (qualifiés dans le langage courant de préadolescents). Les collégiens constituent 25% de la file active des patients du Relais, c'est-à-dire, pour l'année 2019, 152 sur les 548 patients accueillis.

Dans le cadre de cet article, nous souhaitons revenir sur les différents dispositifs cliniques que nous avons mis en place pour répondre au mieux à ces nouvelles demandes, tout en observant leurs limites que nous discuterons pour tenter de les dépasser. Nos propos s'axeront particulièrement sur l'accueil et l'évaluation du jeune avec sa famille⁶.

Spécificité de la clinique du jeune adolescent : la clinique de la non-demande

De manière générale, la clinique des 11-15 ans est une clinique de la « non-demande ». Là où les grands adolescents et les jeunes adultes « pose[nt] assez souvent [leur] demande de manière précaire, fugitive, à saisir » (Donnet, 1983, p. 48), ces jeunes adolescents ou préadolescents ne sont, la plupart du temps, pas en demande d'aide, d'évaluation ou plus globalement d'un soin médico-psychologique. Et comment pourraient-ils l'être lorsqu'ils ne peuvent pas percevoir, entendre, éprouver une souffrance interne et/ou externe (familiale).

⁴ Suite à l'accueil, le patient est en premier lieu adressé à un « consultant » qui peut être psychologue, éducatrice spécialisée ou psychiatre, selon ce que le patient aura le plus « exprimé » sur le plan psychopathologique pendant l'accueil. Dans un second temps, le consultant peut proposer au patient de rencontrer la médecin généraliste, un enseignant, l'assistante sociale ou encore un psychiatre (si le consultant n'est pas déjà psychiatre) afin de compléter l'évaluation.

⁵ Dans une majorité des situations, l'évaluation proposée au Relais aboutit à une question qui cerne suffisamment la problématique de l'adolescent pour qu'il puisse s'en satisfaire et ne pas souhaiter pour le moment poursuivre ailleurs sa recherche. Ainsi notre expérience clinique nous fait rejoindre les propos de M. Benyamin (2012) qui envisage l'investigation psychanalytique avec les adolescents comme thérapeutique.

⁶ Nous n'aborderons donc pas le travail d'évaluation pédagogique, social et que très brièvement le travail d'évaluation groupal, pourtant particulièrement précieux dans le travail avec ce public.

C'est une clinique du défaut de symbolisation, tant au niveau de la symbolisation secondaire, c'est-à-dire de la manière dont le sujet peut traduire par et dans le langage verbal ses éprouvés, son vécu, son histoire, que de la symbolisation primaire, c'est-à-dire la manière dont le sujet peut ressentir, éprouver, les signes d'une souffrance psychique (Roussillon, 1999). Il revient alors aux autres-que-lui la mission de dégager des signes symptomatologiques et d'investir son fonctionnement psychique : généralement, de légers passages à l'acte à l'école ou à la maison, le début d'un retrait scolaire ou un retrait plus global (social), une accroche plus intense aux jeux-vidéos, des troubles plus ou moins légers du sommeil. Ces signes cliniques confrontent le clinicien à la problématique du continuum entre le normal et le pathologique : faut-il accueillir ? faut-il s'inquiéter ? laisser les choses se dérouler tout en prenant le risque d'une dégradation symptomatologique ? S'il vaut mieux « prévenir que guérir », cet adage n'est pas toujours si vrai, d'autant plus lorsque recevoir le jeune sous la contrainte – de ses parents et/ou de l'école – c'est prendre le risque d'une mésalliance avec le milieu psychiatrique, là où il pourrait vraiment en avoir besoin (voire être en demande) plus tard. Si ces signes sont inquiétants au regard des adultes, pour le jeune le « tout va bien » alterne avec le « je ne sais pas ». Alors, le travail n'est plus tant celui de l'investigation, c'est-à-dire « d'évaluer, parmi le flot de questions qui submergent l'adolescent, celle qui parle de lui, comme un axe autour duquel les autres vont pouvoir s'organiser » (Boë et coll., 2012, p. 436), que d'amener le (pré)adolescent à percevoir, éprouver, ressentir, une souffrance ; de l'amener à se poser des questions justement. Le clinicien se doit alors d'aller « *chercher le transfert*⁷ » (Benyamin, 2012, p. 90) pour amener l'adolescent à parler.

Ainsi, la demande d'une consultation au Relais provient-elle surtout des autres, de ceux qui entourent l'enfant (pas forcément ses parents). Nous observons que c'est en très grande partie l'école qui est à l'origine de la demande. L'enfant, lui, reste en retrait de cette demande et dans la majorité des cas il se sent contraint à venir consulter. Et la contrainte peut être plus que déplaisante lorsque la consultation au Relais est instrumentalisée par les demandeurs : par exemple (c'est un exemple fréquent), lors d'un conseil de discipline l'équipe pédagogique assigne l'enfant et ses parents à consulter, sous peine d'une exclusion définitive. Dans d'autres cas, le jeune peut être soumis au discours parental l'identifiant à un mauvais objet présentant un trouble mental qui explique ses désordres et ceux de son environnement (un trouble de l'attention, une phobie scolaire, une addiction aux jeux-vidéos,

⁷ Souligné par l'auteur.

une précocité intellectuelle). Dans d'autres cas encore, la souffrance psychique du jeune, qui s'exprime pourtant bruyamment, n'est pas entendue par son entourage et on observe un rabattement de cette souffrance sur les difficultés scolaires⁸.

Cette « non-demande » du jeune a été très difficile à intégrer dans le dispositif de l'accueil spontané, étant pourtant la pierre angulaire du fonctionnement du Relais. L'accueil « sans rendez-vous » suppose « de laisser une part à l'initiative de l'adolescent et d'amener implicitement la question de son désir ou de son besoin » (Boë et coll., 2012, p. 437). Or, pour la plupart des collégiens, ni désir, ni besoin, même implicite. Dès lors, nous avons dû repenser notre modalité d'accueil initiale pour qu'émerge un nouveau dispositif clinique pour ce public.

L'accueil du jeune adolescent et de sa famille : un dispositif *sur-mesure*

Avant même de recevoir le jeune, il est proposé aux demandeurs (parents, équipe éducative et/ou médecin scolaire etc.) un temps téléphonique avec un(e) psychologue du Relais afin qu'ils puissent expliquer l'objet de leur demande. Ainsi, le (ou la) psychologue peut-il savoir si le Relais est le lieu le plus adapté. Mais même quand celui-ci n'est pas adéquat, cet entretien téléphonique permet d'orienter des parents souvent perdus dans l'imbroglio du secteur pédopsychiatrique. Avant tout, il permet d'amorcer un travail de dialogue entre les parents et leur adolescent concernant le motif de la demande de consultation - le jeune n'étant pas toujours prévenu de la démarche parentale. Suite à ce premier contact téléphonique, nous proposons d'accueillir la famille *sur* rendez-vous. Cette première rencontre inaugure les modalités de la constellation psychique familiale.

La salle d'attente est la première scène où se joue la rencontre. Ainsi Valentin, 12 ans, est-il accroché au fauteuil, peu enclin à en sortir. Il emboîte quand même le pas derrière son père mais traîne pour arriver jusqu'au bureau de consultation. Le père se montre pressé, il a des choses à dire, c'est lui qui occupera une bonne partie de l'entretien. Valentin l'écoute tête baissée et intervient à certains moments pour donner figure à la symptomatologie décrite : il fait mine de se boucher les oreilles quand son père évoque l'hypersensibilité au bruit et s'agite lorsque sont évoquées ses difficultés à retourner au collège. Le père parle de son fils, décrit en détail l'historique des troubles, les « psys » consultés, le diagnostic d'enfant précoce posé par l'école. Selon lui, la mère est, soit trop loin du fait d'un travail très prenant qui l'empêche d'être présente à ce premier rendez-vous, soit trop près en l'excluant de sa fonction tierce.

⁸ D'où l'intérêt de pouvoir avoir recours au Relais à une évaluation pédagogique par des enseignants afin de ne pas confronter trop directement l'entourage à sa propre résistance.

Ensemble, les parents n'arrivent plus à s'accorder sur l'éducation de leur fils et à s'autoriser d'être un couple. D'ailleurs, Valentin dort dans le lit conjugal lorsqu'il est anxieux, c'est-à-dire quasiment toutes les nuits en ce moment. En évoquant les difficultés de son fils, le père ne perçoit pas qu'il est au bord des larmes. Lorsque la psychologue lui fait remarquer, il s'en étonne puis relate comme sous la forme d'un aveu, que lui aussi a souffert des mêmes troubles que son fils lorsqu'il était enfant. Auto-diagnostic posé puisqu'aucun adulte, parent ou enseignant, n'aurait eu l'idée qu'il soit testé. Le père dit qu'il s'en sort mieux que Valentin sur le plan des relations sociales. Il a été obligé de trouver par lui-même des outils pour communiquer avec les autres. Malgré tout, il lui reste des stigmates : cette hypersensibilité qu'il tente en vain de cacher et qui le rendrait vulnérable.

La démarche de venir consulter au Relais avec et pour son fils, semble être autant portée par le désir inconscient de réparer l'enfant incompris qu'il fût, que de parler à demi-mot de ce qui dysfonctionne dans son couple. En accueillant ainsi le récit du père, ce dernier arrive à penser que la symptomatologie de son fils ne peut être dissociée de l'organisation psychique familiale. Suite à cet accueil, la demande évolue et, l'entendant, la psychologue l'acte dans le cadre en proposant de poursuivre l'évaluation des troubles de Valentin à travers des consultations familiales.

La famille est confiée à une psychiatre de l'unité. L'objectif premier des consultations familiales sera de réussir à rassembler⁹ le couple parental pour Valentin. En effet, malgré l'énonciation du cadre par la psychologue d'accueil, le père se présente seul avec son fils lors des premiers entretiens. Il énonce alors que son épouse est très réticente à rencontrer une psychiatre, du fait du souvenir douloureux des nombreuses hospitalisations en psychiatrie de sa sœur. Accueillant d'abord avec souplesse ces réticences, la psychiatre doit ensuite se montrer plus ferme pour organiser une consultation avec les deux parents et leur fils. Le cadre est posé : la présence des deux parents est nécessaire pour aider Valentin. Il est probable que cette rigueur dans le cadre lui offre une contenance qui permet à la mère d'accepter de venir. Aussi, rendre les parents indispensables dans la prise en charge de leur fils leur redonne confiance dans leur rôle parental et rend moins actif le fantasme de rapt (particulièrement présent chez la mère).

Lorsque la psychiatre les rencontre tous, elle constate l'absence de circulation de la parole entre les trois membres de la famille. Le conflit entre les parents prend toute la place et

⁹ Là l'étymologie du verbe accueillir prend tout son sens : du latin *ad* (préfixe) *colligere* qui signifie rassembler, être rassemblés.

Valentin ne peut que s'agiter sur sa chaise pour témoigner de son inconfort. Rapidement, le couple s'effondre, nommant leur impuissance à trouver des solutions pour leur fils tout en maintenant l'équilibre entre leur vie de parents et celle de couple. La psychiatre constate que derrière les problèmes de Valentin, se loge une crise dans le couple qui est au bord de la rupture. Jamais ni vraiment seuls ni vraiment ensemble, les parents n'arrivent pas à parler de cette crise qu'ils traversent. Et là encore, pendant la consultation, celle-ci ne peut véritablement s'élaborer à cause de la présence de leur fils. Dans ce contexte, Valentin, lui non plus, ne peut s'exprimer, ne pouvant être que symptôme. Ainsi, la psychiatre décide-t-elle de différencier les espaces : elle maintient les consultations avec les parents et Valentin sera reçu seul par un psychologue de l'unité. Dans ce cadre, les parents travaillent autant sur leur couple que sur leurs désaccords sur l'éducation de leur fils ; leurs attentes le concernant et la désillusion de le voir si entravé (ce qui fait écho à l'histoire familiale maternelle). Dégagé des projections parentales, Valentin se saisit des entretiens individuels pour parler de sa vie d'adolescent. Ainsi, ayant chacun leur espace, la situation s'apaise et permet le retour de Valentin dans les consultations familiales.

C'est par cette malléabilité que le cadre des consultations familiales a supporté les attaques de cette famille pour l'amener à pouvoir l'utiliser au mieux afin de commencer à percevoir qu'une transformation est possible¹⁰. Ici, la fonction du dispositif du Relais s'achève et la famille peut désormais accepter l'orientation en thérapie familiale. Aussi, la différenciation des espaces au sein du Relais - tout en accueillant d'abord l'indifférenciation psychique familiale - a rendu possible l'amorce d'un travail de séparation permettant à Valentin de retrouver le chemin de son lit. Néanmoins, la situation reste fragile. Le travail au Relais n'a pas suffi pour que Valentin raccroche avec la scolarité. Il aura en tout cas permis une accroche avec les soins. En effet, à côté de la thérapie familiale, Valentin poursuit sa psychothérapie individuelle. Il a également investi des groupes thérapeutiques en centre de jour. Cette orientation s'est pensée à partir du travail évaluatif groupal qui lui a été proposé au sein du Relais, en raison de ses entraves dans la relation aux autres (en particulier ses pairs). Lorsque le Relais a ouvert ses portes aux collégiens, l'intérêt d'un groupe est apparu comme un outil essentiel d'évaluation – l'entretien en face à face n'étant pas toujours à privilégier pour ces jeunes. Dans le cadre du groupe pour les collégiens, limité à quatre séances (se déroulant chaque semaine à la même heure), il est offert aux jeunes une multitude d'outils

¹⁰ Cette pensée clinique du cadre renvoie directement à la théorie de l'utilisation de l'objet de Winnicott (1971) et celle du cadre comme médium malléable (Milner, 1952 ; Roussillon, 2008).

« malléables » (pastels, glaise ou BD à bulles vides) pour les aider à (se) raconter et explorer les effets de la rencontre de l'autre bouleversée par le pubertaire.

L'urgence à repérer, évaluer et prendre en charge le décrochage scolaire

Le cas clinique de Valentin nous permet de revenir sur un point extrêmement important concernant la prise en charge du décrochage scolaire au Relais de Sceaux. Les cas de décrochage scolaire constituent une grande partie de notre fil active : 35% des collégiens. De manière générale, c'est un sujet qui occupe beaucoup les services de pédopsychiatrie : 2 à 5% des élèves français (collégiens et lycéens) seraient en situation de décrochage (Gallé-Tessonau, Dahéron, 2020). De nombreuses études indiquent que les décrocheurs scolaires ne constituent pas de groupes homogènes de profils-types d'élèves en difficultés, car chaque trajectoire est différente. Dès lors, les facteurs de risque sont difficilement identifiables et ne peuvent permettre d'établir de relations de causes à effets¹¹ – il faut quand même noter que certains troubles mentaux constituent des facteurs de risque de décrochage comme les troubles anxieux, les comportements déviants ou encore les troubles dépressifs (Vinciguerra et al., 2021). Ainsi s'agit-il dans le repérage et le traitement de bien prendre en compte la problématique de l'élève dans sa singularité.

La lutte contre le décrochage scolaire est une priorité nationale et un enjeu politique fort¹². Pour N. Catheline (2016) le décrochage scolaire constitue une urgence car la situation, lorsqu'elle s'installe, est difficilement transformable. En effet, sans prise en charge précoce, le décrochage scolaire, impliquant très souvent un repli sur soi, peut être la source d'une décompensation aiguë. L'allongement des délais d'accès aux dispositifs de soins intensifs est donc une perte de chance pour certains jeunes. L'entrée au collège constitue une période à risque de décrochage tant parce qu'il s'agit d'une nouvelle expérience scolaire nécessitant une adaptation que parce qu'elle correspond au déclenchement de la puberté (Blandin, Harf, Moro, 2018 ; Gagné, Marcotte, & Fortin, 2011 ; Quiroga, Janosz, Bisset, & Morin, 2013). Le rôle des parents et des équipes éducatives¹³ dans le soutien relationnel aux élèves apparaît primordial sur ces premiers temps de scolarité.

D'ailleurs, dans la prise en charge des patients déscolarisés, les consultations familiales ont fait leur preuve d'efficacité (Birraux 2014 ; Boë, 2020 ; Catheline, 2016 ; Gaspard,

¹¹ Cela étant, une revue récente de la littérature entre 2010 et 2017 (Vinciguerra et al., 2021) a permis de ressortir certains déterminants du décrochage scolaire : les faibles résultats scolaires ; le redoublement ; le fait d'être un garçon.

¹² « Stratégie Europe 2020 », <https://www.education.gouv.fr/la-lutte-contre-le-decrochage-scolaire-7214>

¹³ Voir à ce sujet : Yayahoui, Ouerhani, Yayahoui et Gaultier, 2018.

Liengme, Minjard, 2015). Si la problématique du décrochage scolaire chez l'enfant se relie souvent à une souffrance de/dans la famille, elle entraîne *de facto* des bouleversements dans la vie sociale et professionnelle des parents. Aussi, les parents qui consultent avec leurs enfants sont fréquemment dans un état d'impuissance et de grande souffrance narcissique. Dans les problématiques de déscolarisation, en particulier dans la phobie scolaire, il est indispensable de prendre en charge les parents pour comprendre et élaborer la souffrance de l'adolescent, comme on l'a vu à travers le cas de Valentin.

Des limites de l'orientation des jeunes adolescents et de leur famille vers des soins médico-psychologiques

Le temps de l'évaluation, qui nécessite habituellement d'être de courte durée pour que l'adolescent puisse investir un ailleurs, est, pour les collégiens, plus long. Il nécessite souvent l'intervention de plusieurs membres de l'équipe et une pluralité d'approches (groupales, individuelles, familiales, etc.). Ce temps et ces dispositifs sont nécessaires pour que le jeune puisse faire alliance avec les professionnels, mais aussi pour qu'il puisse commencer à éprouver les signes d'une souffrance psychique, jusqu'à investir son propre fonctionnement mental. En s'investissant et en investissant les outils proposés, il devient alors possible d'accepter, sans trop de résistance, la poursuite d'une prise en charge thérapeutique (comme on l'a vu dans le cas de Valentin). Toutefois, l'équipe du Relais se retrouve là face à un problème majeur : le manque d'offre de soins spécifiques pour cette tranche d'âge sur notre secteur. En effet, en ce qui concerne les plus âgés (lycéens-étudiants) les possibilités thérapeutiques se sont progressivement élargies au fil des années, ce qui facilite le travail d'orientation au décours de l'évaluation¹⁴. En ce qui concerne les plus jeunes, nous sommes malheureusement souvent confrontés à l'absence d'offre de soins adaptée à la problématique du patient, en particulier les thérapies de groupes et la thérapie familiale (en dehors de l'offre libérale). Et quand cette offre existe, la transition peut s'avérer difficile, car au changement de thérapeute s'ajoute la perte du cadre contenant et intensif du Relais. Beaucoup de moyens y sont déployés pour évaluer et accueillir la « crise » qui se présente (« crise » non pas au sens de l'urgence, mais bien des symptômes qui justifient une intervention thérapeutique rapide). Tous ces dispositifs ne peuvent être maintenus par nos partenaires d'aval, dont la mission est

¹⁴ Au sein de la Clinique Dupré (FSEF, Sceaux), les ouvertures du CATTP en 2010, du Centre de Psychanalyse Henri Danon-Boileau dans le courant de l'année 2011 et de la consultation d'addictologie en 2013 ont permis de bien compléter les offres de prises en charge.

d'assurer la prise en charge thérapeutique au long cours du plus grand nombre. Il est quand même à noter que dans $\frac{3}{4}$ des situations l'intensité du dispositif du Relais suffit à résoudre ladite « crise ».

L'ouverture du Relais aux collégiens, aux adolescents « dès qu'ils le deviennent » répondait à un besoin certain, et a contribué à simplifier le parcours de soins, pour les familles et les professionnels. Pour notre équipe, cela a nécessité de faire évoluer nos protocoles d'accueil, en particulier en ce qui concerne la place donnée aux familles. Ainsi, ont émergé deux façons d'accueillir : pour les uns, plus âgés, prime la spontanéité du *sans* rendez-vous, qui laisse la parole se déployer. Pour les autres, plus jeunes, c'est la rencontre familiale qui sert d'introduction aux soins, comme l'illustre la situation de Valentin.

Ne serait-il pas aussi possible que le réajustement de notre cadre, face à l'accueil des très jeunes adolescents, ait impulsé dans l'équipe une réflexion plus large sur la clinique familiale ? Ce travail nous permet sans nul doute aujourd'hui de mieux penser la place des parents et des familles de nos patients, bien au-delà de la simple frontière de l'âge.

Bibliographie

- BENYAMIN, M. 2012. « La consultation en psychiatrie de l'adolescent : de l'investigation psychanalytique à la consultation thérapeutique », *Perspectives Psy*, 51, 1, 88-94.
- BIRRAUX, A. 2014. « Parents dans les situations de phobies scolaires », *Adolescence*, 3, 3, 465-479.
- BLANDIN, M., HARF, A., MORO, M-R. 2018. « Le refus scolaire anxieux au risque de l'adolescence : une étude qualitative du vécu adolescent et parental », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66, 194-202.
- BOË, E., LESTIDEAU, K., PAPANICOLAOU, G., MOULAY, T. & WERNOTH, C. 2012. « Escalade Ado, une vraie-fausse maison des adolescents », *Adolescence*, 30, 2, 433-446.
- BOË, E. 2020. « Le retrait à domicile de l'adolescent phobique scolaire, réflexion thérapeutique », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68, 8, 405-409.
- CATHELINE, N. 2016. *Souffrance à l'école*. Paris : Albin Michel.
- DONNET, J.-L. 1983. « Sur la rencontre avec l'adolescent », *Adolescence*, 1, 1, 45-61.
- FERVEUR, C., MONCHABLON, D. 2019. « L'absentéisme scolaire, “une équation à trois inconnues”. Le Relais Étudiants Lycéens, un modèle de traitement bref », *Enfances & Psy*, 84, 112-123.

- FERVEUR, C., MONCHABLON, D. 2021. « Le Relais étudiants lycéens, un modèle de traitement psychodynamique pluridisciplinaire », *Le Journal des psychologues*, 391, 40-46.
- GAGNE, M. E., MARCOTTE, D., FORTIN, L. (2011). « L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents », *Canadian Journal of Education*, 34, 2, 72–92.
- GALLE-TESSONEAU, M., DAHERON, L. (2020). « Je ne veux pas aller à l'école : perspectives actuelles sur le repérage du refus scolaire anxieux et présentation de la School REfusal Evaluation (SCREEN) », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 68, 308-312.
- GASPARD, J.-L., LIENGME, N., MINJARD, R. 2015. « Enjeux et perspectives psychopathologiques de la phobie scolaire », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63, 2, 67-75
- MILNER, M. 1955. « Le rôle de l'illusion dans la formation de symbole », *Revue Française de Psychanalyse*, 1979, 43, 5-6, 841-874.
- QUIROGA, C. V., JANOSZ, M., BISSET, S., & MORIN, A. J. S. (2013). “Early adolescent depression symptoms and school dropout: Medi-ating processes involving self-reported academic competence and achievement”, *Journal of Educational Psychology*, 105(2),552–560. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031524>
- ROUSSILLON, R. 1999. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R 2008. *Le jeu et l'entre-jeu*. Paris : PUF.
- WINNICOTT, D. W. 1971. *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975.
- YAYAHOU, A., OUERHANI, N., YAYAHOU, D., GAULTIER, S. 2018. « Prise en charge de la violence et du décrochage scolaire à l'école II. Résultats d'une recherche-action sur le modèle triangulaire au sein d'un collège à Grenoble », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66, 411-420.