

# L'ADOLESCENCE EN CRISE

## □ Avertissement

Je précise que je ne suis pas un habitué des rapports du sénat, mais j'ai quelques réserves sur ce document. Il m'est apparu comme un document politique très orienté, dont les conclusions s'appuient plus sur des réflexions qualitatives que sur des données objectives (de type épidémiologiques et chiffrées). Par ailleurs, j'ai été très surpris par la quantité de lieux communs et de concepts généralisateurs très vagues (« la nécessité de redonner une place au père », « l'importance du sport ») dans le document. Les solutions proposées sont soit vagues et complexes, soit justifiant les lois et dispositifs existants. Enfin, il faut remarquer l'absence de personnes « du terrain » (éducateurs, médiateurs, assistantes sociales, instituteurs, policiers, ...) et de spécialistes du suicide et/ou de l'adolescence (chercheurs de l'INSERM exemple) parmi les auditionnés.

## □ Préambule

Ceci est le résumé d'un rapport sénatorial d'information, rédigé par Mr Jean-Louis Lorrain, sénateur UMP du Haut-Rhin. Celui-ci a auditionné dans un premier temps un groupe de personnalités qualifiées (liste en annexe I), puis il a ensuite réuni le groupe d'étude pour une journée d'auditions publiques (liste en annexe II) et il a finalement présenté son rapport à la commission, laquelle autorise sa publication.

Ce rapport – d'une soixantaine de pages - est donc le fruit du travail du « groupe d'étude sur les problématiques de l'enfance et de l'adolescence » (une trentaine de personnes), rattaché à la commission des affaires sociales (une cinquantaine de personnes) dont Mr Lorrain est le vice-président. Le rapport comprend également (60 pages environ) le compte rendu intégral des auditions ; cette section a fait l'objet d'un résumé séparé par notre confrère Jacques Carreau.

## I. RESUME

---

### I.1. Définitions

L'adolescence est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Pour l'individu, c'est une période intermédiaire, de transition, caractérisée par des difficultés relationnelles (d'où conflits et crises) et certaines conduites à risque.

Il est important de rappeler que ces « problèmes normaux » sont nécessaires à une adolescence réussie, c'est à dire à une maturation psychologique et physique nécessaire à la construction d'une personnalité adulte indépendante.

Pour la société, la question devient problématique lorsque l'adolescence se passe très mal, avec des jeunes dont les comportements sont excessifs, dangereux et illicites (violence, drogues, suicides, conduite automobile).

Alors que les adolescences à problèmes (« en crise ») ne sont le fait que de 15 à 20% des ados, il semble qu'il y ait aujourd'hui généralisation d'un certain « mal-être » des ados (malaise identitaire et existentiel, angoisse inconsciente, crainte pour l'avenir professionnel, ...).

#### **I.1.1. *Limites de l'adolescence***

L'adolescence n'est devenue une réalité sociale que dans la seconde moitié du XIXème siècle, avec la fin du travail des enfants et le développement de la scolarisation. Les spécialistes s'accordent sur le fait qu'elle débute plus tôt et se prolonge actuellement bien au-delà de la puberté

(limite médicale) et de la majorité (limite des juristes) : « des Lolitas pré-pubères aux Tanguy » ? La multiplicité des acceptions et les difficultés à en cerner les limites renforcent un problème de cohérence du phénomène de l'adolescence, tant pour les adultes que pour les jeunes eux-mêmes.

### **1.1.2. Influence sur la société**

La société toute entière a été influencée par l'allongement de la durée de l'adolescence (de 10 à 15 années), dont le propre est souvent la prédominance de l'image et de l'immédiateté. La jeunesse est devenue une valeur de société, en particulier dans le domaine des apparences (modes ...). Et l'on voit que la société, en adoptant les valeurs de sa jeunesse, prive cette dernière des figures adultes qui lui permettent de grandir.

## **1.2. L'adolescence normale**

### **1.2.1. Définition**

L'adolescence normale est une période de maturation (psychologique et physique), génératrice de discordance passagère entre l'adolescent et son milieu :

- ↪ les ados n'ont pas la même notion du temps : ils exigent des solutions immédiates ;
- ↪ les ados ne donnent pas la même importance que ses parents à ce qui les concerne (échec scolaire par exemple, dans les deux sens) ;
- ↪ les ados ne se projettent pas dans l'avenir de la même manière que les adultes ;
- ↪ les ados sont hypersensibles aux conflits de toute nature et en sont affectés de manière disproportionnée (peines de coeur, conflits avec la famille, les enseignants, ...) ;
- ↪ les ados éprouvent un besoin structurel de s'opposer ;
- ↪ les ados ont par ailleurs un besoin accru d'indépendance.

Ces discordances créent régulièrement avec l'entourage des relations conflictuelles, lesquelles sont nécessaires à l'affirmation de soi et la reconnaissance de son existence indépendante par les autres. La famille reste cependant le premier référent pour 5 ados sur 6.

### **1.2.2. Le paradoxe relationnel de l'adolescence et l'adolescence anormale**

*« L'adolescent se retrouve ainsi confronté aux deux angoisses humaines fondamentales : la peur d'être abandonné si personne ne s'occupe de lui et la peur d'être sous influence, s'il fait l'objet de l'attention d'autrui ».*

C'est donc de ce paradoxe relationnel, propre à l'adolescence, que naît le conflit. De fait, l'aspect menaçant du monde extérieur apparaît bien comme un des ressorts majeurs des crises plus graves que vivent certains adolescents, qui s'ajoute souvent à des difficultés sociales, familiales ou scolaires. En effet, lors de sa prise progressive d'indépendance, l'adolescent se retrouve face à ses capacités, ce qui, dans une société pour laquelle la réussite (sociale, scolaire, affective, sportive, etc.) est une valeur fondamentale, peut mener à une véritable crise identitaire en cas d'échec ou de peur de l'échec. L'enfermement dans l'échec et l'escalade des conduites à risque apparaissent même à certains comme la seule manière maîtrisable de s'affirmer, s'ils ne jugent pas leurs capacités à la hauteur de leurs attentes ou de celles de la société.

Ainsi, pour le professeur Philippe Jeammet : *« Le drame du plaisir partagé et de la réussite réside (...) dans leur caractère provisoire : le plaisir passe et rend dépendant, la réussite n'est jamais acquise et doit sans cesse être confirmée. L'échec, en revanche, est toujours sûr. (...) L'adolescent sait qu'il se sabote, qu'il s'ampute d'une partie de ses possibilités, mais il en tire une grande force. Quand tout lui échappe, il lui est toujours possible de se faire du mal ou de nuire aux*

*autres. Faire peur aux autres permet à l'adolescent d'évacuer sa propre peur. « L'échec, quel qu'il soit, n'est donc pas un choix mais une contrainte.. (...) La destructivité est la réponse de celui qui se sent impuissant. »*

Toutefois, si la « crise d'adolescence » est inévitable, précisons que les adolescents en crise ne sont qu'une minorité.

### **I.3. Adolescence en crise**

#### **I.3.1. Expressions de l'adolescence en crise**

Ce sont essentiellement les conduites à risque auto-agressives (suicide, anorexie) et hétéro-agressives (violence et délinquance)

#### □ Troubles mentaux et suicides

Selon une étude de l'INSERM, un enfant sur huit et un adolescent sur cinq souffriraient d'un trouble mental, soit d'ordre émotionnel (troubles anxieux ou de l'humeur), soit d'ordre comportemental (hyperactivité, troubles oppositionnels). Il y aurait 4,4% de dépressifs chez les adolescents et 1% de boulimiques chez les adolescentes. L'apparition des troubles est **indépendante du milieu social** mais liée à divers facteurs (démographiques, génétiques, parentaux). Les relations familiales jouent par ailleurs un rôle important sur le risque de trouble mental.

Le suicide est la seconde cause de mort violente chez les ados (après les accidents de la route) : 11% des décès chez les 15-19 ans et 17% chez les 20-24 ans, à comparer aux 2% de morts volontaires dans l'ensemble de la population. L'incidence des tentatives est maximale chez les adolescents (filles en particulier) et les jeunes adultes, et le suicide effectif touche essentiellement les garçons, qui utilisent les moyens les plus violents (pendaison, arme à feu). Le risque de récurrence augmente après chaque TS, ainsi que le risque de décès. Les récurrences représenteraient entre 30 et 50% des cas ; 1/3 des suicidants renouvellent leur tentative dans les 6 mois.

Les facteurs retrouvés chez les jeunes suicidants :

- ↳ *conflits familiaux (divorces, séparations),*
- ↳ *antécédents de suicides, TS, maladie mentale, alcoolisme dans la famille,*
- ↳ *rupture de l'environnement socioculturel (déménagement, changements de cadre...),*
- ↳ *échec scolaire, dépression, drogues diverses, fréquence de plaintes somatiques, troubles du comportement alimentaire, conduites violentes.*

A noter que la dépression des ados est mal connue, mais qu'il existe une corrélation entre sa profondeur et la gravité de la tentative.

« Une conduite suicidaire, aussi minime soit-elle en apparence et quant à ses conséquences physiques, ne peut être considérée comme une réponse normale aux conflits de l'adolescent.

« Elle est doublement « anormale » : parce qu'à une situation conflictuelle, peut-être par elle-même normale, l'adolescent répond par une conduite agie et non par une réflexion et un travail d'élaboration mentale de ses conflits ; et parce que cette réponse agie l'est dans un sens purement destructif.

« (...) Il y a là le signe d'une haine retournée contre lui et plus spécifiquement contre son corps qui est préoccupante pour l'avenir et qui justifie de l'aider pour acquérir une autre vision de lui-même. »

## □ Conduites hétéro-agressives

La violence accrue des manifestations de la crise grave vécue par certains adolescents est préoccupante, même si elle ne concerne qu'une minorité de la classe d'âge. Les adolescents délinquants présentent souvent le même profil que les enfants « en danger » (forte proportion d'enfants agressés). Cette évolution se produit depuis une trentaine d'années, avec rajeunissement et féminisation des délinquants. Parmi les délits des mineurs, de 1992 à 2001 les homicides sont en baisse, les plus fortes augmentations d'infraction sont les atteintes à la dignité, les menaces et chantages et l'usage des stupéfiants. Les jeunes délinquants sont à grand risque car seulement 25% des « pris en charge » retrouvent le droit chemin dans les 2 ans qui suivent leur sortie d'institution.

### **1.3.2. Les causes de l'adolescence en crise**

L'adolescence en crise est le reflet d'une crise du monde adulte qui projette ses questions et ses problèmes sur les adolescents :

- ↪ *manque de repères cohérents donnés par les adultes. Or les adolescents sont en constante recherche de balises pour transiter vers l'âge adulte et les incohérences ne manquent pas (messages alcool et conduite),*
- ↪ *fin des rites de passage : service national, bizutage, ... d'où perte de repère de la « fin » de l'adolescence*
- ↪ *désarroi croissant des parents : absence de lignes directrices données par la société, absence de modèle éducatif familial, ..*
- ↪ *développement des familles monoparentales et recomposées, dans lesquelles l'ado peut avoir des difficultés à trouver sa place.*

### **1.3.3. Solutions préconisées**

Il apparaît que l'adolescence a longtemps été « négligée » par la politique et les mesures sociales, contrairement à l'enfance par exemple. Les pouvoirs publics doivent orienter leurs actions vers la prévention et la prise en charge des conduites à risque.

## □ mettre l'accent sur la prévention et le dépistage précoce

- développer la médecine scolaire
- examen systématique des ados avant la fin de la scolarité obligatoire
- introduire des psychologues scolaires dans l'enseignement secondaire
- cf. aussi les propositions ministérielles:

- ↪ *visites médicales fin de 6<sup>e</sup> et fin de 3<sup>e</sup>*
- ↪ *formation des personnels en contact avec les élèves pour le repérage des signes de crise grave (cf ante)*
- ↪ *amélioration de la collaboration entre la médecine scolaire et les services de santé mentale*
- ↪ *accent mis sur la prévention des conduites addictives*
- ↪ *éducation à la nutrition*

## □ redonner toute sa place à la pédopsychiatrie

- combler le manque d'effectif hospitalier
- augmenter leur nombre en milieu carcéral
- soutenir la recherche en psychiatrie génétique
- former les professionnels en contact avec l'ado

## □ développer des lieux spécifiques tels que « les Maisons de l'adolescent » (prise en charge pluridisciplinaire des 13-20 ans en souffrance)

- ❑ développer des « Point accueil et écoute » pour les ados mais aussi leurs familles et parents
- ❑ favoriser le décloisonnement des structures et leur fonctionnement en réseau (par exemple, il existe – en Ile de France seule – 20,000 structures, sans aucune coordination entre elles)
- ❑ modifier le recrutement des éducateurs (hommes plus âgés et plus expérimentés en particulier), envisager la parité dans les professions au contact des ados
- ❑ donner plus d'autonomie aux instituts et aux éducateurs et développer un contrôle externe de qualité
- ❑ organiser la coordination entre tous les adultes entourant l'adolescent
- ❑ favoriser les structures de type « école des parents et des éducateurs », « café de l'école des parents »
- ❑ responsabiliser les parents / absentéisme scolaire
- ❑ favoriser des occasions de prises de risques contrôlées
- ❑ favoriser les expériences de vie à l'étranger
- ❑ développer l'apprentissage et les contacts avec le monde professionnel
- ❑ cf le CIVIS (contrat d'insertion dans la vie adulte par la voie professionnelle)
- ❑ réhabiliter une forme intelligente et respectueuse du bizutage
- ❑ promouvoir des mesures en faveur pour l'emploi des jeunes adultes et redonner sa valeur au travail.

## II. ANNEXES

---

### II.1. Annexe I : Listes des personnes auditionnées par le rapporteur

- M. Robin LEPROUX, Président de Fun Radio et Directeur de RTL
- M. Patrice HUERRE, Psychiatre, Directeur médical de la clinique Georges Heuyer - Paris 13e
- M. Mokrane AÏT ALI, Vice-Président de *l'Union nationale des associations de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence*, Directeur général de l'OREAG
- M. Alain GARNIER, Directeur de l'Institut de rééducation et d'orientation de MACANAN
- Mme Nadia CHERKASKY, Vice-Présidente de *l'Union nationale pour la prévention du suicide*
- Mme Marie-Rose MORO, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Paris XIII, Chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP)

### II.2. Annexe II : Liste des personnes auditionnées par le groupe d'études

- Mme Claire BRISSET, défenseur des enfants
- M. Philippe JEAMMET, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Paris VI, chef du service de psychiatrie des adolescents et des jeunes adultes à l'Institut mutualiste Montsouris

- M. Jean-Pierre CHARTIER, psychologue, psychanalyste, directeur de l'école de psychologues praticiens
- M. Jean-Marie PETITCLERC, Directeur de l'Association du Valdecco, chargé de mission au conseil général des Yvelines
- M. Jean-Pierre ROSENCZWEIG, Président du tribunal pour enfants de Bobigny
- M. Jean-Pierre CARBUCCIA-BERLAND, Directeur de la protection judiciaire de la jeunesse au ministère de la justice
- Mme Marie-Rose MORO, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Paris XIII, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP)
- M. Hubert BRIN, Président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)
- M. Christian JACOB, Ministre délégué à la famille

*Résumé par François Dargent*