

**Soigner pour
multiplier:
Comment aider un
ado en souffrance?**

INTRODUCTION

« Jamais comme aujourd'hui l'adolescence n'a été si longue et les adolescents si nombreux. L'état de santé d'un nombre important d'entre eux est préoccupant. Face aux multiples symptômes de leur mal-être, une attention particulière doit être apportée à la souffrance psychique qui peut apparaître dans des circonstances multiples, parfois de façon insidieuse. »
Haut conseil de la santé publique

Dans notre atelier, nous tenterons de repérer les ados en souffrance, puis essayerons ensemble de travailler aux réactions appropriées face à cet état généralisé. Nous essayerons d'apporter un regard spirituellement équilibré pour répondre au mieux aux réalités que nous trouvons dans nos groupes d'ados.

Souvent la souffrance est silencieuse, et il est un certain nombre d'élèves adolescents dont les comportements ne laissent pas transparaître qu'ils sont en difficulté. C'est aussi selon la terminologie de l'OMS, dans l'optique préventive, dire qu'« il est important de renforcer les compétences psychosociales des adolescents pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes mais aider à les formuler ».

REPERER UN ADO EN SOUFFRANCE

CRISE D'ADO OU SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Il n'est pas toujours aisé de distinguer entre, d'un côté des conduites qui témoignent de ce qu'il est convenu d'appeler la « crise de l'adolescence » et de l'autre, des manifestations qui signent une souffrance psychique susceptible de s'inscrire dans la pathologie. Faire la part entre le « développemental » et le « Pathologique » constitue à l'adolescence une mission de première importance. C'est distinguer entre d'une part, un symptôme constituant la trace du travail psychique de l'adolescent, ce qui nécessite certes l'attention bienveillante des adultes sans pour autant signifier un fonctionnement pathologique, et, d'autre part, un ou plusieurs symptômes devant faire craindre un malaise plus profond.

Pour toutes ces raisons, la mise en place d'un réseau de soins autour des adolescents est une nécessité. Cette évaluation exige la prise en compte d'un nombre de facteurs importants, à côté de la seule difficulté en cause. La différence entre une angoisse normale et une angoisse pathologique, celle entre une déprime passagère et une dépression manifeste, la différence entre une inhibition momentanée et un retrait affectif et social invalidant, etc., doit être sérieusement évaluée. Et avant toute démarche, il est important d'essayer de préciser où se situe le problème. De même, une rencontre avec les parents est une étape indispensable.

I. L'adolescent triste

L'état de morosité et les propos désabusés à l'adolescence ont depuis toujours été considérés comme faisant partie de la crise d'adolescence, crise de renoncement à l'enfance et de prise de responsabilités dans les domaines **sociaux et sexuels, crise de maturation inévitable**, sans plus de gravité. Désormais, cet état morose est considéré comme un **moment privilégié de prévention et d'intervention**.

Le constat d'une **menace suicidaire** exige une intervention parfois urgente ou de nature plus concertée et réfléchie mais la plus rapide possible. Dans les situations en apparence moins urgentes, le caractère brutal des changements d'humeur à cet âge et la facilité du passage à l'acte nécessite qu'une réponse efficace soit proposée à temps.

a. Les signes de la menace suicidaire

- **Le changement d'attitude** avec retrait, repli sur soi, ou au contraire, chez le garçon surtout, propos désabusés, voire provocateurs : attitude paradoxale, parfois rires immotivés, pleurs inopinés, agressivité.
- **Discours inquiétant** : propos désabusés, discours pessimiste dans un contexte de blessure narcissique chez le garçon surtout, ou carrément menaces exprimées de passage à l'acte suicidaire ; propos incohérents.
- **Etat dépressif** avec angoisses, pleurs ou paradoxalement, inversion de l'humeur.
- **Trouble du comportement** : scarifications, fugues, prises de risques importants, conduites sexuelles désordonnées, impulsives ; prises de médicaments mêmes insignifiants pour lutter contre la dépression.

- **Fascination pour les armes** voire exhibition d'armes, fascination pour les évènements suicidaires ou pour les personnalités ayant mis fin à leurs jours.
- **Contexte particulier de fragilité** : évènement traumatique au sein de la famille, en milieu scolaire ou dans l'entourage proche ; violences intrafamiliales ; contextes suicidaires ou antécédents familiaux personnels ; « épidémie de suicides » changements de niveau, entrée en sixième, en seconde ; orientation scolaire non choisie par le jeune.

b. Conduite à tenir

Favoriser l'accompagnement du jeune par la personne qu'il a le plus investie. Celle-ci préparera l'orientation du jeune vers un accueil spécialisé dans la problématique adolescente car l'on connaît la crainte de stigmatisation et la difficulté à investir une telle démarche sans étayage suffisant.

En cas de refus catégorique du jeune de toute proposition d'aide ou de soins, il faudra sensibiliser les parents à la prise d'appui possible dans des services dédiés aux adolescents (par exemple, maisons des adolescents, numéro téléphonique fil santé jeunes, etc.). Ce type de service permet de garder l'anonymat, favorise l'expression du jeune, et est en capacité d'alerter en cas de danger vital

II. L'adolescent violent

L'adolescent se **questionne sur qui il est**, sur l'adulte qu'il va devenir. Il n'accepte plus la relation de dépendance de l'enfance et teste ses propres limites dans les interactions avec l'adulte. Il remet en question les adultes en lien avec un véritable travail de « désidéation ». Parfois, il semble avoir perdu toute confiance dans la parole de l'adulte qu'il voit comme un oppresseur. **L'autorité** semble persécutrice. Les **contraintes** sont refusées et peuvent susciter des réactions violentes. L'adolescent ne semble pas en mesure de canaliser son agressivité et tolérer les expériences de frustration

a. Fragilité de l'estime de soi

L'adolescent se mesure en permanence aux adultes. Il semble en difficulté dans le processus **d'autonomisation** que suscite l'adolescence. Il **refuse d'avoir besoin des adultes** mais en même temps il n'arrive pas à se **responsabiliser** car il ne se fait pas confiance. Il a le plus souvent honte de lui. Il essaie de restaurer son **image** par le rapport de force avec l'adulte. Il ne perçoit pas l'adulte dans une position bienveillante mais toujours dans une position persécutrice. Il se protège de toute déception en choisissant le pire. Il sera important qu'il découvre dans la relation avec les adultes qu'il a de la valeur et que les adultes croient en ses capacités.

b. Refus de socialisation

Parfois l'adolescent a perdu tout espoir de pouvoir trouver une place dans la société. Il ne comprend pas le sens des limites et ne reconnaît aucun interdit. Il est débordé par l'agressivité que suscitent les situations de frustration. Il peut alors transgresser sans vécu de

culpabilité. Cet adolescent a le plus souvent souffert de carences éducatives, de négligences qui devront être recherchées ainsi que de possibles maltraitances.

c. Eventuels troubles psychiatriques

Dans certaines situations, l'adolescent qui se montre violent semble étrange et la relation avec lui fait vivre un sentiment de bizarrerie. Les perturbations sont curieuses (se parle à lui-même, rit sans raison...). Son discours semble incohérent. Il y a là urgence à orienter vers un lieu de soins spécialisé en informant les parents et en les soutenant dans la mise en place du projet de soin.

d. Conduite à tenir

L'écoute et la rencontre avec l'adolescent

Le lien avec des structures extérieures (école, famille, amis)

Le lien avec les parents

Une orientation vers une consultation ou un service spécialisé de proximité (pédiatrie et psychiatrie infanto-juvénile en CMP, CMPP, consultation libérale) où commencera la prise en charge. Ces professionnels agissent en coordination avec les personnels de santé de l'établissement et en accord avec l'adolescent et ses parents ;

Une préparation à cette orientation est souhaitable, car il est souvent difficile pour l'adolescent de l'accepter et de l'investir, par peur de la stigmatisation, peur de la folie. Il est nécessaire d'associer les parents qui peuvent soutenir cette prise en charge. Les personnels de santé et de service social peuvent accompagner l'adolescent dans cette démarche à différents niveaux suivant ses difficultés (prise de rendez-vous, repérage du lieu de consultation...);

Il peut être proposé à l'adolescent et à sa famille une aide éducative dans le cadre de la protection de l'enfance, permettant de prendre en compte les facteurs participant à son comportement, de travailler sur le sens des limites et de l'interdit. Il est en effet important que l'adolescent perçoive que les adultes lui imposent ces limites afin de le protéger et non pas l'exclure.

L'évaluation de l'assistante du service social est indispensable pour envisager cette démarche. En fonction de la demande des parents, de leur engagement dans le travail éducatif et de la gravité des transgressions de l'adolescent, il sera parfois nécessaire de transmettre une information préoccupante à la cellule départementale du conseil général, voire effectuer un signalement judiciaire.

III. L'adolescent qui a des conduites alimentaires particulières

D'une manière générale les conduites alimentaires particulières s'inscrivent dans les expressions agies, corporelles, qui viennent témoigner du travail psychique de l'adolescence. La façon de se nourrir est en lien direct avec **les changements du corps** et de son **image**. Les transformations pubertaires, la nécessité d'acquérir une autonomie, la survenue des **représentations sexuelles** associées, sont autant de contraintes qui peuvent se traduire par une attaque du corps dans des manifestations de gravité variable. La prédominance chez les

filles de ces conduites alimentaires particulières indique les difficultés à accepter les formes du corps et la féminité en général.

a. Anorexie/boulimie

Le recours à des régimes diététiques successifs, l'élimination de certains aliments, l'anarchie de l'alimentation, des périodes d'excès alimentaire sont fréquents à cet Age, sans qu'une prise en charge médicale n'ait à être déclenchée systématiquement. Les conduites de restriction alimentaire sont souvent rencontrées ; elles peuvent être passagères, plus fréquentes aux alentours de la puberté, associées à des préoccupations liées à la diététique. Elles sont favorisées par les stéréotypes sociaux. Les formes préoccupantes se caractérisent par une perte de poids importante, une restriction alimentaire massive et une aménorrhée. Les conduites boulimiques se définissent par des moments paroxystiques compulsifs, des « crises » soudaines, solitaires, durant lesquelles l'adolescent(e) mange sans faim et souvent n'importe quel aliment particulièrement calorique ; elles peuvent survenir de manière réactionnelle ; elles sont la plupart du temps suivies de vomissements. Elles prennent un caractère préoccupant lorsqu'elles sont répétées, fréquentes (plusieurs fois par semaine) et s'accompagnent d'idées douloureuses (dépréciation, honte...). Différents types de formes symptomatiques sont à décrire : anorexie, boulimie, et les formes mixtes anorexie/boulimie où il peut exister des périodes boulimiques chez les anorexiques, comme des périodes de restriction chez les boulimiques.

b. Signes d'alertes

Certains signes d'alerte doivent être connus de tout leader d'ado, d'autant plus qu'ils sont souvent déniés ou « clandestins » :

- Malaises récurrents ;
- Refus de participer aux activités physique ;
- Restriction alimentaire observée lors des repas ;
- Amaigrissement rapide et récent, souvent masqué par l'ampleur des vêtements ;
- Vomissements immédiats après les repas aussi bien chez les boulimiques que chez les anorexiques ;
- Autres manifestations associées telles que le repli sur soi, la pauvreté des relations sociales, ou encore l'hyperactivité intellectuelle et physique et le surinvestissement scolaire ;
- Inquiétudes transmises par les pairs qui ont observé ces signes d'alerte.

c. Conduite à tenir

Une information aux parents par les personnels de santé doit être envisagée, après discussion avec l'adolescent chez lequel cette information peut soulever des réticences. Les parents pourront préciser les antécédents de l'adolescent, les troubles associées, le contexte actuel de vie ; ils pourront, en lien avec leur médecin traitant, compléter le bilan médical et biologique afin d'éliminer une cause somatique (cependant rare, neurologique ou endocrinienne) aux conduites alimentaires ; ils pourront soutenir une démarche de soins psychiques si nécessaire.

La conduite à tenir se différencie suivant les tableaux cliniques.

- Dans le cadre de conduites de restriction préoccupantes. Un constat d'anorexie implique l'adresse à des consultations ou services spécialisés de proximité (pédiatrie et psychiatrie infanto-juvénile en CMP, CMPP, consultation libérale) qui commenceront la prise en charge, agiront en coordination (prise en compte conjointe des aspects physiques et psychiques) et apprécieront la problématique : tableau d'anorexie mentale (où l'amaigrissement et la minceur sont recherchées, niées et ne suscitent pas d'inquiétude, où la conviction d'être trop gros est persistante) ; anorexie dans le cadre d'un syndrome dépressif (où on retrouve une tristesse et une inhibition dépressive) autre affection psychique sous-jacente. Ces professionnels jugeront ensuite de la nature des traitements psychothérapeutiques et des traitements médicamenteux à mettre en œuvre, et du bien-fondé d'une hospitalisation.
- Dans le cadre de la boulimie : le retentissement psychique et parfois physique implique une consultation de psychiatrie infanto-juvénile (CMP, CMPP, consultation libérale...) et une consultation médicale (généraliste, pédiatre) afin d'apprécier le retentissement somatique. Là encore, les mesures spécifiques seront décidées lors des consultations menées en coordination. Des troubles globaux de la personnalité et du développement peuvent être repérés à partir de conduites alimentaires particulières (phobies diffuses, craintes d'intrusion corporelle, altération sévère de l'image du corps) et justifieront aussi une consultation de psychiatrie infanto-juvénile.

IV. L'adolescent étrange

À l'adolescence, l'émergence de la sexualité vient bouleverser l'équilibre préexistant de l'enfant. Aux transformations physiques s'ajoutent les émergences pulsionnelles que l'adolescent vit comme lui étant imposées. Ce sentiment de perte de contrôle de son existence peut être angoissant et difficile à vivre pour l'adolescent : il peut percevoir son corps comme étranger. Ses perceptions et sa façon de réagir peuvent être anormale et irrationnelle également pour lui-même.

Pour certains adolescents, cette étape est insurmontable : alors se produisent des ruptures ou « dé-liaisons » dans son organisation psychique. Ces moments de rupture avec la réalité donnent aux personnes de son entourage une impression d'étrangeté qu'il faut savoir repérer pour permettre une intervention thérapeutique si nécessaire.

En effet, l'étrangeté chez un adolescent est différente de l'irrationalité : un adolescent peut être irritant dans des demandes contradictoires, irrationnel dans ses rêveries ou idéalizations, insupportable dans les moments de toute puissance qu'il tente de mettre en scène : c'est l'adolescent qui rêve d'une carrière brillante sans pour autant investir suffisamment dans la scolarité, celui qui provoque sans cesse l'adulte comme représentant de l'autorité tout en lui demandant de l'aide. Il sollicite dans ces cas-là son interlocuteur comme une personne qui va réagir émotionnellement, activement. La bizarrerie ou étrangeté, elle, suscite le malaise et paralyse plutôt l'interlocuteur par la discontinuité et la perte de sens qu'elle introduit dans la relation.

Cette étrangeté peut se retrouver dans des tableaux différents :

- étrangeté liée à une prise de toxique ;
- étrangeté dans le cadre d'un épisode de dépression

Ou d'excitation psychique ;

- étrangeté dans un tableau plus riche avec d'autres
Signes psychopathologiques ;
- étrangeté dans un tableau de dysharmonie ancienne
Ou au contraire dans un tableau aigu récent.

a. Quel type de comportement

- Une « bizarrerie » du contact ressentie avec cet adolescent, hors situation de crise émotionnelle ;
- Un décalage entre ce qu'exprime l'adolescent verbalement dans les échanges et sa mimique ou ses attitudes corporelles ;
- Des ruptures constatées dans la relation avec cet adolescent qui peut paraître s'absenter psychiquement pendant un échange ;
- Des attitudes ou des comportements inadaptés par rapport au cadre :
 - soit dans le positionnement de l'adolescent comme membre du groupe,
 - soit dans les échanges qu'il peut avoir avec ses pairs.

b. conduite à tenir

L'adolescent a alors besoin de son entourage familial, amical et scolaire qui constitue pour lui son cadre de vie. Il lui faut trouver un confident pour ses émotions ou perceptions inquiétantes : confident qui l'accueille, le rassure, donne un sens à ce qu'il vit. Il lui faut aussi trouver des limites qui restent à peu près stables malgré le bouleversement qu'il vit. C'est au travers des échanges **quotidiens** que l'adolescent partage avec un entourage qu'il trouve ou non ce cadre contenant et structurant. C'est dans ces échanges, houleux parfois, qu'il structure son organisation psychique et son identité. Ces processus sont à l'origine d'attitudes parfois peu compréhensibles pour son entourage, irrationnelles, décalées, irritantes.

LA REACTION DE LEADER ADN FACE A UN ADO EN SOUFFRANCE

I. Distance ou proximité, un juste équilibre

Bien que leader d'ados, nous ne sommes ni parents ni médecins, nos capacités et notre champ d'action est limité, nous ne pouvons pas agir comme bon nous le semble.

a. L'équilibre dans nos mots

2 Timothée 1:7 *Car ce n'est pas un esprit de timidité que Dieu nous a donné, mais un esprit de force, d'amour et de sagesse.*

- ⇒ Trop de force tue l'ado, nous devenons légaliste, nos paroles sont empreintes de règles, de loi et de principes qui ne construisent pas l'ado. Cependant, pas assez de force, nous devenons laxistes, nous ne disons pas les choses comme elles
- ⇒ Trop d'amour, nous pouvons devenir trop proche, trop « nain nain », trop dans le monde des bisounours et ne pas accompagner les ados dans leurs réels problème. Cependant pas assez d'amour peut nous amener à détruire les ados par nos mots.
- ⇒ Trop de sagesse nous amène vers des principes philosophiques et psychologiques qui ne solutionnent pas le fond du problème. Cependant, pas assez de sagesse nous amène à dire les choses au mauvais moment et surtout en n'utilisant pas correctement les mots.

b. Ami ? grand frères/sœur ?

1 Corinthiens 9:22 *J'ai été faible avec les faibles, afin de gagner les faibles. Je me suis fait tout à tous, afin d'en sauver de toute manière quelques-uns.*

Nous ne sommes pas les parents, nous ne sommes pas un bon copain, nous ne sommes pas un grand frère ou une grande sœur, mais en réalité, nous piochons dans chacun de ces éléments les paroles, les attitudes, le cœur de ce que l'ado à besoin.

- ⇒ Ami : oui une relation d'amitié doit naître avec nos ados, mais la même amitié qu'ils attendent de leurs amis. L'ami est celui qui va être capable de dire les choses quand ça ne va pas, de ne pas juger quand l'ado chute, et aussi de rigoler plaisanter avec lui, bref être équilibré dans notre relation avec les ados. Quelqu'un de trop « pote » ne peut pas ensuite rattraper en cas d'erreur.
- ⇒ Grand frère/sœur : parfois la nécessité d'être à ses cotés pour l'aider avec ce cœur de grand frère est nécessaire, il doit trouver une oreille attentive capable de s'ouvrir à lui. Le point essentiel dans cet aspect est celui de reproduire un modèle existant. Bien souvent le grand frère est celui qui est déjà passé par les étapes par lesquelles l'ado va passer. A ce titre il sera nécessaire d'être authentique avec l'ado et de lui dire que nous sommes peut-être déjà passé par ces évènements mais Dieu nous en a sorti.

c. Le Responsable ado.

Attentif

- Attentif à la voix de Dieu : La nécessité d'une communion avec Dieu
- Attentif à la voix des ados : La conduite de l'Esprit dans les relations avec les ados

Disponible

- Disponible pour écouter, partager, exhorter, reprendre
- Disponible pour s'investir pour eux

Naturel

- être authentique dans notre relation avec les ados
- être naturel dans ce que nous sommes

II. LE TRAVAIL AVEC LES PARENTS

a. Intermédiaire mais pas parents

Attention danger, nous ne sommes pas les parents et nous ne devons pas y aspirer, chacun sa responsabilité, pourtant parfois l'ado aura besoin de cadre que les parents mettent. Ce cadre, au vu du groupe d'ado, n'est pas le même, il n'a pas les mêmes prérogatives, mais il est nécessaire. De plus il y a certains sujets que les ados ne partageront pas avec leurs parents, et même si vous avez les mêmes mots que leurs parents, dans la bouche d'un leader d'ado, ça sonnera différent pour nous.

b. La relation de confiance

Nous ne pouvons pas travailler avec les ados si les parents ne nous font pas confiance. Il faut qu'ils sachent où sont leurs ados, ce qui s'y passé (dans les grandes lignes) mais surtout que chaque parents trouve dans le leader un relai "sain".

Si le doute s'installe dans le cœur des parents, vous ne gagnerez pas les enfants, ou en tous cas, pas aussi facilement.

Prenons en compte que nous ne confions pas nos enfants à n'importe qui. Ce qui sous entend que les parents doivent aussi nous voir dans les réunions, dans les temps de prières. Ils doivent voir en nous des homes et des femmes de Dieu, rempli de sa sagesse. Et de l'autre côté, cela ne doit pas nous empêché d'être qui nous sommes, avec notre personnalité et le dons que Dieu nous a donné.

c. La prise en compte de la souffrance des parents

Enfin 1 Corinthiens 12 :26 *Et si un membre souffre, tous les membres souffrent avec lui ; si un membre est honoré, tous les membres se réjouissent avec lui.*

Derrière un ado en souffrance, il y a un père, une mère, un foyer en souffrance, ignorer cette souffrance est une preuve d'orgueil. Arriver avec des conseils et un ensemble de principes peut détruire une famille ou casser une relation de confiance.

Nous devons prendre en compte la réalité des parents, leur apporter notre soutien dans la prière, ne pas nous porter en juge de la situation, mais les aimer au même titre que nous aimons les ados.

- Un travail de partenariat avec eux est nécessaire dans le cadre de l'ado en souffrance.
- Des échanges réguliers sur l'évolution de leur enfant dans le cadre du groupe d'ado

- Un temps de prière axés sur l'ado mais aussi les parents, en les incluant dans le temps de prière
- Un équilibre dans les mots utilisé et une sagesse sera nécessaire pour les gagner

III. LE TRAVAIL D'EQUIPE

a. Le travail au sein de l'église

- Le lien avec l'équipe pastorale

Romains: 13.1 *Que toute personne soit soumise aux autorités supérieures ; car il n'y a point d'autorité qui ne vienne de Dieu, et les autorités qui existent ont été instituées de Dieu.*

1 Pierre: 5.5 *De mêmes, vous qui êtes jeunes, soyez soumis aux anciens. Et tous, dans vos rapports mutuels, revêtez-vous d'humilité ; car Dieu résiste aux orgueilleux, Mais il fait grâce aux humbles.*

- La nécessité d'une équipe d'intercession

Ephésiens 6:18 (Parole de vie) *Demeurez en communion avec l'Esprit par une prière persévérante, car l'efficacité de ces armes dépend d'une intercession qui ne se relâche point. Restez donc alertes et vigilants, attentifs aux occasions favorables, remplis de l'Esprit, plaidant avec une insistance infatigable pour tout ce qu'il vous aura mis à cœur. Occupez vos veilles à crier à Dieu, à intercéder pour ses serviteurs.*

- Le travail de rendu au sein de l'église

Il y a une nécessité que l'église puisse prier et s'investir pour les ados en souffrance. Attention toutefois à ne pas trop parler pour préserver l'ado et sa famille.

b. CMP (centre medico psychologique) ou CMPP (centre medico psycho pédagogique)

Le service de pédopsychiatrie accueille les enfants de 0 à 16 ans (parfois jusqu'à 25 ans) : des enfants autistes ou souffrant de troubles psychotiques, des enfants présentant des troubles cognitifs, affectifs ou du comportement, souvent adressés au CMP par l'école ou la famille.

Le secteur de psychiatrie adulte reçoit plusieurs catégories de personnes à partir de 16 ans : les personnes souffrant de troubles psychiques catégorisées (psychose, schizophrénie, dépression, demande de conseil, etc.) Après un premier contact, certaines personnes commencent un soin ou sont inscrites sur la liste d'attente pour bénéficier de consultations, de psychothérapies, de thérapies familiales..., d'autres sont orientées vers le secteur privé ou – si nécessaire – vers une hospitalisation. Enfin, les personnes souffrant de troubles psychiques sont orientées vers l'hôpital de jour ou le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) du secteur où elles pourront bénéficier d'une thérapie, pratiquer des activités médiatisées (activités artistiques, psychodrame, groupes de parole sur des thèmes précis...).

c. Médecins

Qu'il traite une grippe ou prescrive un examen, le généraliste prend en charge ses patients dans leur globalité (habitudes, hygiène de vie, antécédents) et les suit le plus souvent sur une longue période. Médecin traitant, il assure la coordination avec ses confrères spécialistes.

d. Maison de l'ado

MISSIONS

Qu'est-ce qu'une Maison des Ados - MdA ?

La Maison des Adolescents est un lieu qui accueille les adolescents de 11 à 25 ans (l'âge dépend des structures). Elle s'adresse également à leurs familles et aux professionnels.

Les missions¹ : « L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir. »²

- L'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation
- L'évaluation des situations
- La prise en charge médicale et psychologique
- L'accompagnement éducatif, social et juridique
- Les adolescents

Les Maisons des Ados sont des lieux qui accueillent les adolescents, quelques soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale).

Le travail autour de l'accueil dans les MdA est primordial. Il est gratuit et anonyme si besoin, avec ou sans rendez-vous. Il est important que l'adolescent se sente à l'aise afin de lui permettre de s'approprier le lieu. L'accueillant accompagne et établit avec lui des objectifs, tout en le laissant acteur dans son projet.

Il doit pouvoir trouver à la MdA tous les partenaires d'un réseau constitué pour mieux répondre à ses besoins. Les actions proposées peuvent être individuelles (conseil et orientation, entretien avec le professionnel le plus adapté) mais également collective (groupe de parole, ateliers thérapeutiques)

Les familles : « Je ne sais plus quoi faire, je ne le reconnais plus ».

Les Maisons des Ados sont très sensible à l'accompagnement des familles, que ce soit dans leur participation au projet de leur jeune mais également dans des actions qui peuvent être individuelles (en présence de l'adolescent ou pas) ou groupale (groupe de parole, débat).

Les familles, ou principalement parents, peuvent y trouver un soutien mais également être intégré à l'accompagnement proposé au jeune dans le cadre d'entretiens familiaux.

Les professionnels : S'unir dans une vision global de l'adolescence.

Les Maisons des Ados ont vocation à être des lieux ressource pour les professionnels. Au codeur d'un réseau départemental qui unie les partenaires amenés à intervenir, à un titre Ou à un autre, auprès des adolescents.

Les MdA sont des lieux de rencontres et d'échanges qui peuvent rassembler les partenaires autour de situations en particulier ou accueillir des professionnels dans un cadre de conseil.

Elles participent à la sensibilisation des professionnels intervenants auprès des adolescents. Les professionnels des MdA peuvent intervenir au sein des structures à la demande des professionnels.

MISE EN PRATIQUE

Cas pratiques :

Claire est une jeune qui fait partie du groupe d'ado, relativement rebelle, elle vient parce que ses parents lui demande de le faire, elle a 14 ans, eu plusieurs petits copains, se démarque par quelques phrases « choc » pour animer les débats. Ces deux parents sont chrétiens. À la fin d'une réunion, elle vient te voir avec cette phrase: « je suis enceinte, mes parents ne le savent pas, je ne veux pas que tu leur dises, de toutes façon j'ai rendez-vous au planning familial la semaine prochaine pour avorter »

Comment réagir?

Jonathan est un jeune de 15 ans, issue d'une famille divorcée avec une maman chrétienne et pratiquante et d'un papa musulman. Lorsqu'il est chez sa maman il s'appelle Jonathan et lorsqu'il est chez son père il a un nom arabe. Il vient te voir en pleure, il est complètement isolé même dans le groupe d'ado, se plaignant de n'avoir aucun ami.

Comment réagir?

Ben 17 ans Issue des quartiers chaud de la ville, un papa mort sous ses yeux et une maman déboussolée. Des amis chrétiens qui lui ont parlé de Dieu et il choisit de venir au groupe d'ado. Il fume, bois et peut être violent. Il vit des expériences avec Dieu mais retombe souvent dans ses échecs. Il vient te voir et voudrait s'en sortir. Comment réagir?

Samuel 15 ans issu d'une famille chrétienne, avec une maman pleinement engagé dans la prière pour ses enfants, mais un papa instable, parfois violent, mais qui tous les dimanches « apparaît être un bon chrétien ». Il souhaite te rejoindre pour une sortie du groupe d'ado mais son père refuse, le privant régulièrement de groupe d'ado comme sanction. Comment réagir?

Yann, 16 ans, issue d'une famille chrétienne, a eu beaucoup de problème de comportement au collège, se sent parfois seul et essaye de lutter face à ses propres combats. Depuis peu vient de « sortir » avec Mathilde, elle n'est pas chrétienne mais elle le stabilise. Il se rend compte que c'est compliqué dans sa marche avec Dieu, et aimerait s'en sortir mais est trop attaché à la fille. Il a été souvent le témoin de plusieurs déceptions amoureuses dans sa vie, il vient te voir parce qu'il ne s'en sort pas, comment réagir?