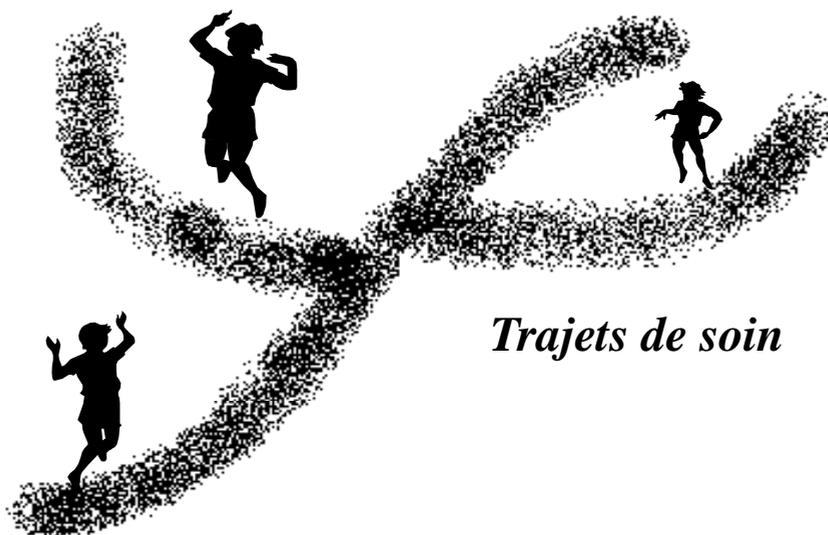


MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT

Troisième journée, 8 Décembre 2001, à Poitiers, organisée par
le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H. LABORIT, Pr D.MARCELLI

ADOLESCENCE ET SEPARATION



Trajets de soin

Avec le
soutien de la



Actes du colloque



*Ce volume a été composé et édité par l'Association F.I.R.E.A
organisatrice des Journées de Médecine et Santé de l'Adolescent de Poitiers
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)
Sous la direction de D.MARCELLI
Centre Hospitalier LABORIT BP 587 86021 POITIERS cedex*

Réalisation : M.CORDEAU, E.DOMINOT, I.TAVENEAU, D.RESERBAT-PLANTEY

Les idées et opinions émises par chaque auteur n'engagent que lui-même.

Maquette informatique, logo et mise en page :
©2001 FIREA/D.RESERBAT-PLANTEY - I.TAVENEAU

Table des matières

| | |
|---|-----|
| <i>AVANT PROPOS</i> | 5 |
| Le trajet de soin : Temps et Espace à l'Adolescence. | 11 |
| <i>LE TEMPS DE L'URGENCE</i> | 16 |
| Urgence et violence, violence de l'urgence. | 17 |
| Urgence et passage à l'acte : l'expérience du CPOA | 30 |
| <i>LE TEMPS DE L'HOSPITALISATION</i> | 54 |
| Le Contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires ? | 55 |
| Le travail de séparation dans la prise en charge institutionnelle. | 70 |
| Il doit sortir ce soir : une urgence en pédiatrie | 77 |
| <i>LE TEMPS DE L'ELABORATION</i> | 85 |
| Le temps de l'alliance | 86 |
| Séparation et élaboration. | 95 |
| La psychothérapie devant l'événement pubertaire | 100 |
| <i>ET LA FAMILLE...</i> | 111 |
| L'hospitalisation de l'adolescent -Travail avec les familles | 112 |



PROGRAMME DE LA JOURNEE

Séance inaugurale : Pr D. MARCELLI, G. DELAROCHE, J.P. RAFFARIN, J. METAIS, H. GARRIGUE-GUYONNEAU, A. HAAS.

Conférence : *Le trajet de soin, gérer ou élaborer la séparation* : Pr P. JEAMMET (Paris) sous la présidence de J.B. CHAPELIER (Poitiers).

1^{ère} Table Ronde : *Le temps de l'urgence*, Président Pr P. JEAMMET, discutant Dr N. RAULT (Poitiers, Unité d'Hospitalisation Adolescents).
Urgence et crise suicidaire, Dr X. POMMEREAU (Bordeaux),
Urgence et violence, violence de l'urgence, Dr P. ECHE (Paris),
Il doit sortir ce soir : une urgence en pédiatrie, Pr C. MILLE (Amiens),
L'expérience du C.P.O.A., Dr M.J. GUEDJ (Paris).

2^e Table Ronde : *Le temps de l'hospitalisation*, président Dr A. BRACONNIER (Paris), discutant Dr N. CATHELINE (Poitiers, Hôpital de Jour Adolescents).
Le contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires ? Dr M. CORCOS (Paris),
Le travail de séparation dans la prise en charge institutionnelle, Dr C. EPELBAUM (Gentilly),
Faut-il s'occuper des parents ? Pr G. SCHMIT (Reims).

Conférence : *Soigne-t-on un adolescent en fonction de ce qu'il a ou en fonction de ce qu'on a ?* Pr F. LADAME (Genève) sous la présidence de M. C. SAVINAUD (Angers, Poitiers).

3^e Table Ronde : *Le temps de l'élaboration*, président R. CAHN (Paris), discutant Dr J.P. VERRIER (Poitiers, Foyer Thérapeutique des Trois Logis).
Le temps de l'alliance, Dr A. BRACONNIER,
Quelle psychanalyse pour l'adolescent ? P. GUTTON (Aix en Provence).

Le temps de l'élaboration, discussion avec les répondants, C. HOFFMANN (Poitiers), P. JEAMMET, F. LADAME, X. POMMEREAU, et la salle.



ACTES DU COLLOQUE

3^e journée de Médecine et Santé de l'Adolescent

Poitiers 8 Décembre 2001



AVANT PROPOS¹

La médecine de l'adolescent prend en compte un sujet en proie à de profondes transformations physiques, psychologiques, sociales : clinique à la fois synchrétique et originale, elle ne peut se réduire à la simple juxtaposition d'éléments de médecine de l'enfant et de médecine de l'adulte, de médecine somatique et de médecine psychiatrique. Elle a pour objet de soin un individu qui tente de devenir le sujet de son corps et de sa vie : la rencontre avec le médecin sera-t-elle pour cet individu adolescent l'occasion d'une possible appropriation de cette subjectivation ou le maintiendra-t-elle dans un statut de dépendance qui, souvent pour le jeune, est à la fois la source de sa souffrance et l'origine de ses manifestations symptomatiques.

La plupart des besoins médicaux des adolescents sont sous l'influence directe ou indirecte de cette dynamique de transformation. Toutefois, clinique du changement, du mouvement et de la nouveauté, la médecine de l'adolescent doit aussi, au-delà de la conjoncture, resituer l'adolescent dans la continuité de sa trajectoire globale de développement somatique et psychologique, individuel et familial.

Le soin à l'adolescence est toujours sous-tendu par les questions fondamentales relatives aux transformations corporelles plus ou moins bien vécues de la puberté, au fait de maintenant posséder un corps sexué d'homme ou de femme, à la redéfinition plus ou moins critique de la relation avec ses parents et au besoin nouveau d'autonomie et d'inscription dans le corps social. Les craintes concernant le devenir de tous ces processus prennent souvent la forme d'un questionnement insistant sur la normalité physique ou psychique, craintes bien évidemment renforcées quand une maladie entrave de longue date le développement ou surgit soudainement à cette période ou encore, semble se décompenser sous l'impact de la puberté et échapper aux tentatives de soins.

Toutes ces questions concernent l'adolescent mais aussi son entourage qui par ses réactions témoigne de ses capacités ou de ses difficultés à s'adapter à une telle transformation.

Volontiers perçue comme tour à tour fascinante et délicate, aléatoire et difficile, la médecine de l'adolescent est une pratique interactive qui échappe aux représentations simples : l'espace médical "élargi" dont elle se prévaut tire son efficacité de l'intégration de savoirs et de savoir-faire issus de champs différents, intégration seule susceptible de répondre aux symptômes "flous" des jeunes, à leurs plaintes indifférenciées, à une expression souvent transnosographique qui doit rencontrer une écoute transdisciplinaire.

La médecine de l'adolescent est en quelque sorte un défi aux fréquentes orientations médicales actuelles où le champ d'investigation se réduit de plus en plus à l'organe, la cellule, la biochimie, le gène et la molécule. Certes les données scientifiques les plus récentes doivent être connues et sont à prendre en compte : la médecine de l'adolescent doit refuser toute approximation et au flou des plaintes ne doit en aucune manière répondre un flou des connaissances scientifiques. Cependant, l'adolescent à travers son comportement, ses manifestations éventuelles d'opposition, de refus d'observance rappelle aussi au clinicien, si

¹ Ce texte est tiré de « Médecine de l'Adolescent », P.ALVIN, D.MARCELLI, Masson, 2000, Paris, 310p.



compétent soit-il au plan scientifique, qu'il n'y a de véritable médecin qu'au travers d'un souci de soin élargi s'adressant au sujet dans la globalité de sa personne et de son entourage.

Souvent médecine des paradoxes, toujours médecine de la relation, la médecine de l'adolescence ne renvoie pas pour autant à une sémiologie inconsistante : outre la connaissance des aspects somatiques, psychologiques et psychopathologiques, socio-familiaux et éducatifs de l'adolescence, l'analyse et l'approche plurifactorielles des situations appréhendées sont ses objectifs premiers. Cette connaissance clinique plurielle est le préalable indispensable permettant de garantir la qualité et la cohérence de la relation de soin avec l'adolescent et son entourage.

Si comme tout malade, l'adolescent malade est nécessairement l'objet de soin du médecin, le souci du médecin d'adolescent est aussi de permettre à cet individu de devenir le sujet de sa santé en lui restituant la part active de lui-même, seule garante d'une conquête durable de la capacité à prendre soin de soi. En ce sens il n'y a pas de médecine de l'adolescent sans prise en compte de la "santé de l'adolescent" qui devient alors partie prenante d'une prise en charge ne se limitant pas à la maladie actuelle dont souffre présentement le jeune.

En effet, la "Santé de l'adolescent" ouvre un autre espace, beaucoup plus vaste que le précédent. Il faut s'interroger sur la capacité de l'individu à prendre soin de lui-même mais aussi sur la capacité pour une société de permettre à ses sujets de s'approprier cette dimension. Recherche permanente d'équilibre entre l'individu et son environnement, la santé nécessite un certain degré d'autonomie individuelle et au plan collectif une participation de la communauté aux activités de prévention comme de soin. Débordant le cadre de la médecine, la santé concerne non seulement l'épidémiologiste mais aussi le sociologue, le pédagogue, l'éducateur, le travailleur social, le magistrat, le philosophe etc. Pour l'individu, la capacité à prendre soin de soi d'une façon qui ne soit ni une pusillanimité excessive, ni une confiance abusive implique une estime de soi bien tempérée, un mélange harmonieux d'activité et de passivité, de possibilité de s'opposer ou d'obéir, en un mot un ensemble assez paradoxal de "qualités" dont la conjonction est rien moins qu'évidente à l'adolescence. Pourtant notre expérience clinique nous le montre, c'est à cet âge que l'individu se forge progressivement les bases de ce "souci de soi" qui accompagnera le sujet sa vie durant et sera son allié privilégié pour recouvrer la santé quand elle lui fera défaut.

Médecine et Santé sont, à l'adolescence, indissociables, c'est la raison pour laquelle la pluridisciplinarité fonde l'essence même de la clinique qui se consacre à cet âge symbole et reflet de nos sociétés dont on sait les immenses qualités mais aussi les redoutables menaces.

Les journées de Médecine et Santé de l'Adolescent de Poitiers sont l'expression de ces objectifs.



PREFACE

Récemment, l'éducation nationale s'est vue priée, par son ministre en exercice, d'ouvrir dans chaque département au moins un internat réservé aux collégiens et lycéens. Au même moment, ces collégiens et lycéens découvrent avec ferveur les aventures d'un jeune sorcier, Harry Potter, qui s'accommode fort bien d'un internat, certes un peu spécial, plutôt que de vivre dans une famille passablement rejetante et agressive. Il paraît que les parents lisant ce même livre redécouvrent eux aussi les vertus de l'internat ! La pension ne fait plus menace et les bienfaits d'une séparation à l'adolescence semblent en voie d'être redécouverts. Les cliniciens le savent de longue date, eux pour qui la "question de la séparation" constitue l'un des fils rouges de toute prise en charge thérapeutique chez un jeune ayant des difficultés psychopathologiques notables. Prendre une décision d'hospitalisation, poser l'indication d'un soin institutionnel ambulatoire type hôpital de jour ou résidentiel type foyer thérapeutique implique d'une part une alliance de soin avec l'adolescent et ses parents et d'autre part nécessite de s'inscrire dans une temporalité adéquate. Il y a un temps pour chaque action : vouloir brusquer ce temps conduit fréquemment à une rupture de soin. Et dans ce parcours la moindre des questions n'est pas celle de la psychothérapie : quand la proposer, quand l'engager ?

Dans les enquêtes épidémiologiques, 10 % des adolescents disent avoir été hospitalisés au cours de l'année et 2 % l'ont été à plusieurs reprises. Les accidents représentent la principale cause d'hospitalisation. Cependant, les motifs psychologiques sont une cause fréquente, tentatives de suicide bien sûr, mais aussi troubles du comportement avec ou sans violence, plaintes floues et diffuses, situation de conflictualité familiale ou institutionnelle, etc. A l'adolescence plus qu'à tout autre âge de la vie, les intrications entre le somatique, le psychologique, le familial, le social sont habituelles. Faire la part des choses, dénouer les fils, dresser un bilan, évaluer les compétences et la résilience, préparer si possible un projet de sortie tels sont les multiples enjeux et objectifs de l'hospitalisation d'un adolescent.

Si dans certaines circonstances, le temps de l'urgence s'impose à tous, aux médecins, aux institutions comme à la famille et à l'adolescent lui-même, répondre à l'urgence ne doit pas ajouter une maltraitance médicale à ce qui apparaît souvent comme une maltraitance sociale voire familiale : la dynamique du soin psychique impose une temporalité qu'il convient de respecter. La négociation, la définition des objectifs, la contractualisation éventuelle avec l'adolescent et ses parents sont d'utiles préambules donnant à l'acte de séparation non seulement une valeur d'apaisement mais aussi le sens d'un soin ou du moins d'un début de soin.

Dès qu'on aborde des pathologies un tant soit peu complexes, psychiques comme somatiques (maladies chroniques, anorexie mentale, phobie scolaire ou trouble grave de la personnalité), réfléchir sur le trajet de soin, penser le séquençage des diverses actions thérapeutiques nécessaires ou envisageables devient une priorité. Pourtant la littérature scientifique accorde peu de place à une telle réflexion, comme si la chose allait de soi, d'autant que chaque auteur tend à vanter les mérites d'une structure de soin particulière dont on s'aperçoit rapidement qu'il s'agit de celle dont il dispose. Est-



il scandaleux, dans ces conditions, de s'interroger : soigne-t-on un adolescent en fonction de ce qu'il a ou en fonction de ce qu'on a ?

Ainsi, la question de la séparation, son évocation, sa préparation, son acceptation tant par les parents que par l'adolescent lui-même sont des problèmes centraux dans la démarche de soin quand la gravité des troubles nécessite à l'évidence une prise en charge plus importante qu'un simple suivi ambulatoire

A l'adolescence, il existe de véritables indications à une séparation qui peut avoir une réelle valeur thérapeutique. Mais quand le mot « séparation » est prononcé par le consultant, il n'est pas rare d'observer le surgissement de manifestations anxieuses ou dépressives majeures aussi bien chez l'adolescent que chez l'un ou l'autre de ses parents. L'intensité de ces réactions est à la mesure exacte de l'intensité du lien anxieux qui unit le jeune à l'un ou à ses deux parents, lien qui est à l'origine des troubles. Le résultat le plus évident de ce lien anxieux est de créer un cercle vicieux où l'on voit l'adolescent multiplier les symptômes ou les comportements de provocation tandis que les parents réagissent par une escalade d'attitudes de plus en plus critiquables.

Dans ces conditions, une séparation thérapeutique est indiquée ; l'expérience montre régulièrement que cette séparation, dans la mesure où elle a été bien préparée, apporte un apaisement notable tant chez les parents que chez l'adolescent.

Toutefois lorsque le lien de dépendance ou le lien anxieux est trop puissant, il est souvent préférable de ne pas l'attaquer frontalement ce qui pourrait conduire à une souffrance psychique excessive des uns comme des autres. Un lieu tiers, une structure type hôpital de jour représente souvent le premier temps du trajet de soin au cours duquel un nouvel espace, de nouveaux investissements seront mobilisés donnant à l'adolescent des étayages qui lui permettront d'ébaucher ce travail de séparation ultérieur.

Souvent cependant, la demande prend la forme de l'urgence et les lieux d'accueil d'urgence ou de crise se sont multipliés ces dernières années. Leur vocation n'est pas dans le soin au long cours mais plutôt dans la capacité à offrir un lieu contenant et apaisant où l'adolescent peut théoriquement se sentir à la fois protégé (y compris contre lui-même et ses propres tendances destructrices) et calmé dans son excitation. Fonctionnant sur le mode médical traditionnel, l'accueil d'urgence répond à certaines situations médicales ou sociales telles que les tentatives de suicide, les crises familiales graves, les décompensations aiguës.

Dans ces urgences, il y a toujours une extrême tension et c'est parfois comme si la « violence » provoquée par le climat de l'urgence médicale était la seule possibilité de s'opposer à la violence du lien d'attachement et de dépendance entre l'adolescent et l'un ou les deux parents ! Le travail clinique consiste alors à tenter d'élaborer un projet de soin au long cours et pas simplement une hospitalisation brève qui le plus souvent ne modifie en rien l'aspect le plus pathologique des interactions familiales.

En effet, structures à la gestion quotidienne souvent difficile car lieux de confluence de toutes les détresses et violences potentielles, ces lieux de crise ou d'accueil d'urgence n'ont de pertinence que s'ils peuvent être relayés par des prises en charge plus durables sur le mode de l'hospitalisation de jour ou à temps plein. Ces hospitalisations seront d'autant plus efficaces dans les soins donnés à l'adolescent que



leur indication aura pu être négociée avec le jeune et ses parents et qu'elles s'inscrivent dans un projet où l'hospitalisation ne représente qu'un temps particulier du trajet de soin.

C'est dire tout l'intérêt des hospitalisations programmées qui répondent à la nécessité soit d'une séparation du milieu familial, soit d'un soin médicalisé dans un cadre contenant assurant la protection du mineur. Cette hospitalisation commence en général par une négociation avec l'adolescent et/ou ses parents sur les objectifs, le cadre à respecter, les modalités du traitement, etc. Le type même en est le « contrat d'hospitalisation » passé entre la patiente anorexique, ses parents et le médecin hospitalier. Cette négociation préalable permet le plus souvent une meilleure observance et une meilleure participation tant de l'adolescente que de ses parents aux soins. Elle impose donc de différer de quelques jours le moment de l'hospitalisation, temps de préparation permettant une bien meilleure acceptation du cadre et des contraintes ultérieures liées au séjour hospitalier.

Elle peut se poursuivre par un soin institutionnel. On entend par « soin institutionnel » les diverses prises en charge qui s'effectuent au sein d'un établissement ou d'une structure de soin lors d'un séjour généralement prolongé du patient, y compris l'accompagnement infirmier ou éducatif. Ce principe général s'applique également à la plupart des établissements médicalisés de soins de suite et de réadaptation qui reçoivent des adolescents dont la maladie somatique s'accompagne volontiers de difficultés personnelles ou familiales plus ou moins problématiques.

Ces structures de soin fonctionnent soit en complément de la scolarité (foyer thérapeutique) soit avec une scolarité dans l'établissement (exemple dans les Etablissements de la Fondation des Etudiants de France). Le travail de synthèse et de réflexion de l'ensemble de l'équipe thérapeutique sur les conduites de chaque adolescent représente la base même du travail institutionnel. Ces structures accueillent des adolescents pour des séjours d'une à trois années scolaires, parfois plus.

Incontestablement, les pouvoirs publics ont récemment pris conscience des besoins de santé importants des adolescents et de la nécessité de leur proposer des lieux d'accueil et de soin répondant aux caractéristiques de cette tranche d'âge. C'est ainsi qu'on voit se multiplier les initiatives et les créations diverses : lieux d'accueil d'urgence, lieux de crise, unités d'hospitalisation en pédiatrie ou en pédopsychiatrie, foyer thérapeutique ou lieu de soin institutionnel, hôpital de jour à temps plein ou surtout à temps partiel, etc.

Quelles sont leurs indications respectives ? Quelle cohérence donner à la prise en charge du jeune et de ses parents ? Comment ces structures de soins s'articulent-elles les unes avec les autres ? Ces diverses interrogations seront abordées en parcourant le temps de l'urgence, le temps de l'hospitalisation, le temps de l'élaboration.

Ainsi c'est autour des notions de séparation d'une part, de trajets de soin d'autre part, que se déroule cette troisième journée de Médecine et Santé de l'Adolescent de Poitiers, journée transdisciplinaire comme à son habitude où nous souhaitons entendre la plus large confrontation possible entre les divers points de vue et les différentes pratiques.

D. MARCELLI, *Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Poitiers)*



TRAJETS DE SOIN



Le trajet de soin : Temps et Espace à l'Adolescence.

P. Jeammet²

Le réaménagement de l'espace relationnel avec recherche d'une nouvelle distance avec les personnages précédemment investis, la famille ou ce qui en tient lieu, et quête d'un territoire personnel et de nouvelles limites fait partie intégrante du travail de l'adolescence.

Cette caractéristique est le point central d'une phénoménologie des attitudes et comportements de l'adolescent. Les personnes investies, du moins celles directement liées à l'enfance, sont l'objet d'un phénomène d'attraction-répulsion d'autant plus marqué que la nature pulsionnelle de l'investissement est plus forte. Le phénomène peut concerner directement la personne investie, des substituts ou des doubles clivés, ou porter sur des attributs de la personne, métier, valeurs et idéaux... C'est ce phénomène qui est retrouvé à minima dans le changement de l'expression des affects à l'adolescence par retournement en leur contraire ou dans les conduites d'opposition ordinaires. Il suffit d'un déplacement minime pour que l'adolescent puisse se laisser aller et exprimer au grand jour ce qu'il est obligé de réprimer avec le parent concerné comme le prouve la disparition de toute opposition et au contraire la disponibilité et la serviabilité dont il fait preuve chez les parents de ses amis; ou la spontanéité de ses expressions émotionnelles avec un grand parent montrant que le seul fait d'un changement de génération suffit à rendre tolérable le rapprocher affectif.

La fréquence de ce recours à l'espace pour gérer les relations amène à penser qu'il reflète quelque chose d'essentiel au phénomène adolescence. L'utilisation de l'espace fait partie de ce mouvement d'extériorisation par lequel l'adolescent trouve un moyen de figuration des contenus intrapsychiques, mais aussi un moyen d'exercer une emprise sur eux. Le contrôle de la distance aux objets externes apparaît plus maîtrisable que la relation de désir aux objets internes. Une attitude d'opposition offre un compromis plus aisément négociable entre le désir de proximité et le besoin de se différencier que la prise de conscience et l'aménagement interne d'une relation d'ambivalence. L'espace fait partie de cette réalité externe, placée sous le contrôle du domaine perceptivomoteur et donc de la conscience, du Moi et de l'action volontariste. En cela il est à l'opposé de la temporalité qui renvoie à l'attente et par là-même à la passivité et à l'absence de maîtrise. Passivité qui n'est pas sans analogie avec celle du Moi de l'adolescent face aux changements pubertaires qui s'imposent à lui tout comme les désirs et d'une façon plus générale le monde interne. De même l'infigurabilité de la temporalité renvoie l'adolescent à sa difficulté à saisir sa propre image. Il existe ainsi une opposition dialectique potentielle entre l'espace et le temps comme entre réalité externe et réalité interne. La temporalité est la référence des adultes. Ils vont sans cesse l'invoquer face à l'adolescent et ils le convient à laisser faire le temps qui apportera les solutions introuvables sur le moment. Mais à cette invitation à un déploiement sur l'avenir des

² P. JEAMMET, Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Institut Montsouris, Paris.



tensions du moment, l'adolescent répond par un déploiement dans l'espace et une mise à distance immédiate d'une tension -interne que l'attente ne fait qu'exaspérer.

L'ampleur des réaménagements de la distance aux personnes investies auxquels l'adolescent est contraint témoigne de la force d'attraction qu'exercent ces personnes et du danger qu'une telle force paraît signifier pour l'adolescent.

Cette contrainte faite à l'adolescent de modifier sa distance aux objets ne concerne pas seulement ceux-ci, mais également tout ou partie de ses investissements dans la mesure où ils sont liés aux investissements d'objet et témoignent de la force de ce lien.

Pour de nombreux adolescents, la plupart en fait, le travail de séparation serait plus une virtualité qu'une réalité. Il s'agirait d'intégrer les données nouvelles liées à la puberté et les laisser "interroger" et mettre à l'épreuve la qualité des acquis antérieurs comme l'ambivalence des liens objectaux. La nécessité d'un véritable travail de séparation viendrait plus alors de la menace qui pourrait peser sur ces acquis et ces liens, du fait des aléas de l'enfance, que des exigences/pubertaires propres qui ne seraient que les révélatrices de ces aléas et les déclencheurs du travail de remise en cause.

Cette fidélité aux investissements de l'enfance se refléterait à chacun des niveaux de son développement. Au niveau du soi et des assises narcissiques, le plaisir de l'investissement du corps propre comme des divers modes de fonctionnement est la continuation directe de la qualité du lien aux premiers objets. Au niveau plus différencié des représentations d'objet les choix amoureux, professionnels mais aussi les croyances et les convictions et d'une manière plus générale les idéaux se situent dans le prolongement direct des premiers investissements d'objets dont ils conservent les caractéristiques essentielles.

Une des dimensions essentielles du symptôme psychopathologique paraît bien être une tentative d'annulation du temps. Les symptômes, comme d'ailleurs les troubles du comportement, se caractérisent en effet par leur caractère répétitif, peu sensible justement aux effets du temps.

Cet enfermement dans la stéréotypie les éloigne progressivement des conflits qui ont joué un rôle dans leur émergence et les prive de sens, rendant plus difficile et aléatoire leur disparition avec le temps. Mais en se perpétuant, ils assurent une permanence du sujet lui-même, garantissant dans une certaine mesure sa continuité, mais plus encore celle du maintien d'un lien avec le passé. Lâcher le symptôme, c'est faire passer par pertes et profits les blessures, déceptions et rancœurs de l'enfance ; c'est tirer un trait sur les demandes de dédommagement et renoncer aux revendications affectives. Au-delà, c'est libérer l'ambivalence sous-jacente à l'égard des figures parentales et accepter leur possible disparition. Si l'on renonce à demander réparation, si l'on peut désormais se passer d'elles, alors qu'elles meurent et qu'on n'en parle plus. Figé le temps au travers du maintien des symptômes (et plus généralement des troubles psychopathologiques) c'est protéger le lien ambivalent aux imagos parentales et c'est tenir la main du passé. Mais un passé trop insatisfaisant pour avoir permis des intériorisations positives suffisantes et par rapport auquel lâcher le lien d'agrippement



que représente le symptôme, serait risquer le détruire. Le trouble psychopathologique commémore l'alliance ratée avec les figures parentales et les blessures non cicatrisées, sorte de rite initiatique inversé, scellant le maintien du lien avec le passé en place de l'alliance nouvelle avec les adultes et l'avenir, comme nous avons eu l'occasion de l'évoquer³.

Les aménagements de la séparation à l'adolescence témoignent de la place spécifique occupée par cet âge dans le développement de la personnalité et de son rôle de révélateur des acquis antérieurs. Au-delà des apparences la progressive autonomisation de l'adolescent n'est pas nécessairement séparation des investissements de l'enfance. La séparation y apparaît plus comme une menace que comme une réalité psychique. La menace provient soit de l'ébranlement d'assises narcissiques mal assurées, soit de l'émergence d'une ambivalence qui dépasse les capacités d'aménagement du sujet et lui fait craindre perte d'amour, voire même risques de destruction des liens. La confrontation à la différenciation avec l'envie qui peut en découler est susceptible de susciter la problématique de séparation. L'adolescence est bien sûr particulièrement riche en de telles occasions. On comprend que tout ce qui a pu favoriser l'existence d'investissements différenciés, nuancés, non totalitaires limite les risques. C'est le sens du rôle bénéfique d'une fonction tierce solidement établie. mais elle n'est pas là comme élément structural immuable. Elle est la résultante d'un équilibre dynamique toujours évolutif, souvent remis en question, jamais assuré de sa pérennité. Les supports perceptifs de la réalité externe sont des relais et des appuis précieux pour une réalité interne incertaine.

Le travail de séparation d'avec les objets infantiles nous apparaît donc davantage comme une polarité dont l'achèvement serait asymptotique, et se déroulerait tout au long de la vie par touches successives, que comme une étape limitée du développement.

Il existe ainsi au niveau du fonctionnement psychique une sorte de dialectique entre le temps et l'espace que l'on va retrouver au niveau de l'aménagement du soin. Le problème, c'est comment éviter que les patients colmatent leurs blessures par cet agrippement au passé et la négation de l'écoulement du temps par la répétition et la pérennisation des troubles psychopathologiques. Comment réintroduire donc une temporalité qui va signifier pour eux la séparation, le renoncement à un certain lien avec ce passé et donc implicitement l'acceptation de cette blessure, et comment faire en sorte que cette séparation ne soit pas synonyme pour eux de destruction ?

Le but du soin est de libérer le sujet de ces contraintes et de lui donner un rôle actif, non pas dans le maintien de sa fidélité à ces liens du passé marqués par l'ambivalence et le sentiment de les subir, mais en l'aidant à découvrir qu'il en est l'auteur et donc dans une large mesure le maître.

C'est la situation qu'on va retrouver de façon exemplaire dans la relation de soin avec des patients qui sont justement sous la contrainte de devoir aménager et contenir

³ JEAMMET Ph., CORCOS M., Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements. in Références en Psychiatrie, Doin Editeurs, Paris, 2001, 94p



une réalité interne angoissante avec des défenses psychiques débordées, grâce à ce surinvestissement défensif du monde perceptivo-moteur. C'est particulièrement le cas avec des patients suivis au long cours et pour lesquels justement la défaillance des ressources internes les oblige à faire appel à ce système défensif. On peut d'ailleurs envisager le recours à l'institution et le fonctionnement de celle-ci en analogie avec le fonctionnement psychique. S'il y a appel à l'institution, c'est parce que l'appareil psychique, même avec l'aide d'un psychothérapeute, n'arrive plus à faire face à ses tâches. C'est l'institution qui va prendre le relais et servir de support fonctionnel aux fonctions internes inefficaces. La qualité de l'institution sera jugée sur sa capacité à tenir ce rôle, en particulier sur sa capacité à offrir une diversité de réponses suffisantes pour soutenir la diversité des ressources internes déficientes.

On va essayer d'aménager l'espace de ces patients de façon à leur permettre de s'introduire dans une temporalité progressive mais en utilisant comme toujours les défenses auxquelles ils recourent préférentiellement notamment les défenses par l'agir et par l'utilisation de l'espace. En effet, du fait qu'ils se défendent par un recours à l'espace d'une conflictualité intolérable et d'une temporalité impossible car l'une et l'autre supposent un accès à l'ambivalence et une confrontation à la position dépressive qu'il n'ont pu effectuer, il convient d'utiliser l'espace pour nouer une relation thérapeutique avec eux. Il faut pour cela passer par l'établissement d'un cadre formé d'un réseau relationnel (de lignes de force, de courants relationnels et l'on pourrait multiplier les métaphores) suffisamment dense pour créer une mobilisation, une dynamique et éviter l'abandon ou la confrontation brutale du patient à la violence de ses besoins, mais suffisamment souple et ouvert pour que des choix et des refus soient possibles et qu'une créativité puisse naître. On retrouve les conditions du paradoxe de l'aire transitionnelle de WINNICOTT : pour que la création de l'objet ait lieu, il faut que l'objet soit déjà là, mais il doit l'être d'une façon telle qu'elle permette l'illusion de sa création de l'enfant.

Une des premières conditions, c'est la diversité du cadre thérapeutique : diversité des soignants à l'intérieur des équipes ; diversité entre les lieux institutionnels diversité entre les différentes modalités d'approches sociales. Cette diversité n'est pas l'anarchie et encore moins la concurrence possessive qui renvoient le patient à sa propre image éclatée ou à sa propre possessivité dévorante. Elle tire sa cohérence de la prégnance d'une figure médiatrice, responsable de la cohésion et de la continuité du traitement, support de la propre continuité narcissique du patient. Figure plus ou moins fétichisée, idéalisée ou déjà plus différenciée selon les cas, mais qui - quelque soit le cas de figure - doit être confrontée à d'autres figures soignantes qui facilitent une diffusion des investissements, un relatif clivage des objets, une conflictualité plus tolérable par le jeu des petites différences progressivement croissantes avec l'augmentation de la tolérance du patient.

C'est une représentation dans l'espace de la psyché du patient que l'on offre ainsi. Elle doit favoriser, dans un premier temps, un travail d'étayage, notamment dans le "faire avec" le patient et le partage du plaisir dans des activités sans que ce plaisir ait à être mesuré et sans que la question de son appartenance ait à se poser, c'est à dire sans que le patient ait à se demander à qui il le doit et d'où il provient. Ce plaisir à



fonctionner sera d'autant plus nourrissant qu'il sera protégé par une certaine méconnaissance qui autorise le patient à le vivre comme sien, sans être confronté avec autrui dans sa différence qui ne peut être que source d'une envie dangereuse. L'attitude volontaire des soignants tient lieu d'un refoulement qui n'a pu ici se constituer.

Par la suite, la diversité des personnes et des structures facilite des déplacements successifs d'investissements et l'instauration de conduites d'évitement qui, sur le plan de l'économie psychique, remplacent une phobie qui ne peut encore s'élaborer du fait de l'échec du refoulement et des déplacements en processus secondaires. Le rythme présence/absence, proximité/éloignement, par sa répétition à l'intérieur d'un cadre fiable et sécurisant peut progressivement entraîner un mouvement d'intériorisation et donner accès à une possible séparation.

Dans cette optique il apparaît profitable d'offrir des thérapies bi ou plurifocales avec des intervenants référents qui se situent au niveau de la réalité externe et d'un aménagement de cette réalité avec éventuellement des intervenants au niveau familial. Progressivement selon les capacités du sujet, on introduit une relation duelle qui reste en parallèle avec cette relation avec un référent. Celui-ci joue dans la réalité externe ce rôle du tiers, qui à tout moment risque de disparaître dans la relation duelle et que l'interprétation ne suffit plus à recréer. C'est à dire que quand on est pris dans des transferts massifs plus le transfert est important, plus le recours à la conduite addictive devient la seule protection possible à ce transfert aliénant. Plus le thérapeute interprète le transfert, plus il montre son importance, plus il piège le sujet, c'est à dire qu'à un moment donné le langage est perverti. Il n'a plus sa fonction séparatrice et au contraire il met à mal le narcissisme du sujet et ses limites, et le renvoie à une possible indifférenciation.

Il faut penser comment offrir à ces patients dans la réalité, un jeu d'investissements suffisamment différenciés pour qu'ils ne se sentent pas menacés par la relation. Mais ce jeu d'investissements différenciés n'a d'intérêt que si la cohérence de la théorie assure l'unité du traitement, miroir de celle du patient. Sinon, le risque est de juxtaposer des actions qui partent dans tous les sens et renvoyer un modèle de désorganisation ou de répétition du même. Le dispositif de soin doit être pensé d'une manière suffisamment unifiée pour qu'il ait une cohérence et cette cohérence permet d'accepter et de voir l'utilité d'une approche différenciée et pourquoi tous les intervenants ne doivent pas offrir la même chose. C'est dans ce jeu des différences qu'on peut offrir à ces sujets ce clivage qui leur permette de tolérer une relation bonne parce qu'à côté la présence d'un mauvais les rassure sur leur capacité à dire non et à maintenir un écart entre eux et autrui.

Mais cohérence ne veut pas dire uniformité et les soignants doivent aussi apprendre à s'ouvrir à la différence en acceptant de savoir perdre la maîtrise du traitement et s'ouvrir ou en tout cas laisser la voie ouverte à d'autres approches thérapeutiques.



LE TEMPS DE L'URGENCE



Urgence et violence, violence de l'urgence.

P. Eche⁴

Introduction

Le thème de la journée met l'accent sur deux trajets pour un temps parallèles, celui du soin et celui de l'adolescence, tous deux sous le signe de la séparation.

Dans ce trajet du soin, nous sont proposés des lieux : lieux de l'urgence, de l'hospitalisation et du cabinet de l'analyste et une temporalité. Celle-ci est à la fois celle d'un temps orienté, linéaire, événementiel mais aussi celle du sujet, temps logique où se succèdent le temps de la rencontre et du regard, le temps pour comprendre et le temps pour conclure, du côté de l'acte.

Le moment de la rencontre, inaugurale ou dans le cours d'une prise en charge, est souvent le temps de l'urgence avec sa cohorte d'angoisse et de violence.

Travaillant dans une structure inter hospitalière d'accueil permanent pour les 15-25 ans, inscrite dans un réseau Paris rive droite, nous essayerons à partir de notre pratique quotidienne de repérer les modalités de l'urgence, les formes de la violence associée à cette rencontre et la manière dont nous essayons de les traiter.

I. URGENCE ET VIOLENCE

- Qu'est ce qui est urgent ?

Urgent vient de *urgere*, pousser, presser. C'est ce dont on doit s'occuper sans retard parce que ça presse. Ça presse pour un jeune, pour ses parents ou un professionnel. C'est urgent aussi parce que ça pousse, renvoyant à une dimension économique (on est débordé, c'est une cocotte minute, une situation explosive....). C'est urgent enfin parce qu'il y a de l'irréversible en jeu : urgence vitale, mise en demeure (on est alors au bord du précipice, de l'irréparable).

Nous avons fait le choix dans notre travail d'accueil de poser comme préalable l'urgence du côté de la demande. Il s'agit de demandes en urgence, nécessitant un traitement immédiat dès l'appel téléphonique et dont la modalité et le cadre sont ceux de l'accueil permanent. Celui-ci devra permettre l'ouverture au temps nécessaire pour entendre, s'entendre, évaluer, comprendre et accompagner dans la mise en place d'un projet, celui de l'adolescent, son projet. Mais l'urgence témoigne aussi d'un travail qui serait aux limites, limites de nos pratiques, limites de nos concepts. Pour Freud « les patients pour lesquels on n'a pas le temps de mettre en place une éducation ou qui ne disposent plus de la plasticité des processus psychiques sur laquelle s'appuie la thérapeutique et notamment en cas d'urgence vitale » sont une des limites à la cure. A

⁴ Docteur P.ECHE, CIAPA, Paris.



ce travail aux limites et sur ces limites concourent diversement le jeune, la famille, nous-mêmes et quelques autres

L'urgence peut être enfin le témoignage même d'un travail de création. Pour Lacan : « rien de créé qui n'apparaisse dans l'urgence, rien dans l'urgence qui n'engage son dépassement par la parole ».

- La violence apparaît très justement associée à la situation de l'urgence et je dirais même centrale.

Tout d'abord parce qu'est violent ce qui est excessif. Un caractère violent est un caractère emporté, farouche. Un vin, un vent, l'hiver peuvent être qualifiés de violents.

Ce peut être aussi une disposition naturelle à l'expression brutale des sentiments, venant faire violence aux règles habituelles de l'échange et des procédures.

Est violent encore ce qui épuise les forces.

La violence est enfin dans le faire violence à, au sens de contraindre, réprimer mais aussi de manière réflexive se faire violence.

Je propose donc de situer la violence dans la situation de l'urgence non comme ce qui est à éviter ou ce qui témoignerait d'un défaut de maîtrise mais au contraire comme centrale à notre évaluation, à notre élaboration et à notre intervention.

Nous verrons dans les vignettes cliniques que la violence est loin d'être univoque, et qu'elle est parfois même incontournable.

Une topique de la violence pourrait en distinguer quatre niveaux :

- Celle propre au processus d'humanisation et que nous retrouverons dans la question du cadre.

- Celle intra psychique dans les avatars de la dialectique des investissements narcissiques et objectaux et on y rattachera celle propre aux divers états psychopathologiques.

- Celle propre à la relation à l'autre et à la situation intersubjective.

- Celle des institutions fondatrices de règles en raison de leur mission de service public et tout d'abord la famille mais aussi celles des fonctionnements institutionnels voire de leur dysfonctionnement.

- Temporalité, Symbolisation primaire, Violence et Cadre.

Piera Aulagnier nous rappelle que la mère porte-parole et interprète entre l'enfant et le monde extérieur opère ce faisant une violence primaire nécessaire mais limitée dans le temps, dans l'attente que le « Je » puisse prendre le relais.

Le Je instance imaginaire pour l'auteur a à gérer l'irruption dans la psyché de la catégorie de la temporalité et par là le concept de la différence dans ce qu'il y a de plus difficile à assumer, la différence de soi à soi. Il doit inventer l'évolution du temps.

Le Je, historien en quête de preuve, dans une relation privilégiée avec le corps, s'engage dans un projet identificatoire auto constructeur continu du Je par le Je, nécessaire pour qu'il puisse se projeter dans un mouvement temporel, projection dont dépend son existence même.

Dans une institution, le projet, pour Piera Aulagnier, suscite l'émergence consciente de mécanismes inconscients propres à l'identification. Le Je répond en son nom propre



par l'auto construction d'une image idéale qu'il revendique comme son bien et qui lui garantit un futur, s'il est préservé du désir exclusif d'un autre Je.

Freud insiste à la fois sur le fait que tout manquement ou gratification inhabituelle seront vécus comme une violence ou séduction intolérable mais que ce cadre est en lui-même bien que nécessaire porteur d'une violence aliénante si il n'est pas limité par un rituel et consenti sous la forme d'un contrat.

Ce cadre nécessaire, rajoute Piera Aulagnier, est celui où dans la relation à l'autre, la différence, le conflit et l'autorité ne sont pas escamotés mais affrontés.

Mais l'horizon ne se trouve pas pour cela dégagé par l'aménagement d'un cadre bien tempéré car Freud nous rappelle dans « *L'avenir d'une illusion* » que des trois interdits qui depuis l'orée de l'humanité séparent l'état de culture de l'état animal formant encore le noyau d'une haine jamais éteinte à l'endroit de la culture et dont nous voyons les effets de révolte et d'inhibition dans la névrose, l'interdit du meurtre est l'objet d'impératifs collectifs et l'on peut se demander si la violence depuis le sacrifice jusqu'à la guerre n'est pas ce que la société se réserve et ce sur quoi elle fonde son organisation.

La violence sacrificielle viendrait contre la violence de l'entropie et la transgression a toujours quelque chose de sacrificiel. Les adolescents viennent à certains moments nous le rappeler avec force.

II. TABLEAUX CLINIQUES

La violence comme forme de demande.

Salim a 15 ans. Ce jeune adolescent au visage émacié, au regard intelligent, au corps entre l'enfance et l'âge adulte arrive en urgence un samedi. Sa sœur suivie l'an auparavant au centre a appelé au secours au téléphone. Diabétique et épileptique, il a du mal à gérer les soins à donner à ce corps, ballotté de surcroît dans le conflit entre ses parents, placé tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre au gré des décisions des juges successifs. Il est allé « casser la figure » de son père dans sa boutique. Les policiers appelés en renfort l'ont menotté le temps qu'il se calme puis laissé repartir. Il est dans une révolte désespérée. Pour lui, il n'y a pas de justice. « Mon père m'a pris puis rejeté comme un objet, c'est un viol ». Sa mère et sa sœur présentes laissent passer toute leur ambivalence, leur souci de le protéger, leur désir de vengeance et leur satisfaction que ce père si habile à déjouer les procédures judiciaires soit ainsi directement atteint. Il est déterminé à achever ce qu'il a commencé. L'entretien familial va permettre à la mère et à la sœur de prendre position et de renoncer à le pousser dans la posture qui est la sienne, celle du justicier. De son côté, il va accepter d'entendre leur inquiétude et que son geste les touche tout autant que son père. Il a accepté de repartir avec elles, de revoir dès le lundi suivant le psychiatre qui le suit et qu'ensemble nous engageons une démarche auprès du juge qui le suit afin d'être entendu.



La violence comme défense contre une situation folle.

Johnny a 17 ans. En internat scolaire en province dans le cadre d'un placement ASE, il a tout cassé dans sa chambre. Il est en difficulté sur le plan scolaire malgré ses efforts. Il n'a pas vu son éducatrice référente depuis plusieurs mois et ne supporte plus la séparation d'avec la famille chez laquelle il a passé la plus grande partie de sa vie. L'ASE n'ayant pas tranché sur la décision de renouvellement de l'agrément de cette famille l'a d'abord placé plus de six mois dans un foyer d'urgence puis intercédé auprès du directeur de son établissement scolaire pour qu'il y soit accueilli comme interne. L'attente en retour d'une grande motivation sur le plan scolaire y est forte. Il est pris dans une situation paradoxale car le juge suite à sa demande lui a donné son accord pour qu'il retourne dans cette famille, laissant à sa charge de les contacter. Or il connaît la position de méfiance de l'ASE à leur égard. Alors il casse tout. Dans le cadre d'un accueil de trois jours une synthèse téléphonique est mise en place en urgence avec les différents protagonistes, une solution trouvée et un projet de soutien psychologique organisé près de la famille d'accueil.

La violence comme expression d'une détresse familiale.

Soufir a 16 ans. Il arrive directement de l'aéroport de Roissy avec sa mère. Il est bien connu du centre où il a fait un séjour pour un épisode hallucinatoire et délirant. Il était alors déscolarisé, dans une relation violente avec sa mère qui disait ne pouvoir lui dire non s'il voulait être dans son lit. Dans une alternance de fusion et de rejet, chaque retour de permission était l'occasion d'une séparation impossible sans notre aide. S'échangeaient alors coups et tendresse. A sa sortie, apaisé, il avait repris la fréquentation de son EMPRO. Puis le projet de séparation n'ayant pu se réaliser par manque de place, ils avaient rompu avec le CMP du secteur. Elle l'avait alors envoyé dans sa famille au Maroc qui n'en voulait guère. Des problèmes de visa faisaient qu'il y avait passé plus de six mois. Persécuté, chassant d'un revers de la main les hallucinations visuelles qui l'assaillent, ne mangeant plus depuis trois jours sur injonction de ses voix, il a perdu dix kilos. Il a l'air d'un clochard, a la fois apeuré et lointain. Se retrouver au CIAPA l'apaise. Il raconte ce qu'il appelle l'horreur. Pour nous tout est à reprendre et jusqu'où doit aller l'engagement d'une structure comme la notre alors même qu'il manque plusieurs centaines de place de structures médico-sociales dans notre région ?

Violence de la défausse ou l'hôpital ou la prison.

Il nous arrive une fois par mois des demandes de ce genre. Elles sont formulées dans l'emballement de situations difficiles échappant à ceux qui s'en occupent souvent avec cœur. « Vous l'hospitalisez sinon c'est la prison ». Il nous semble que le soin ne peut être posé dans une telle alternative et venir à la place de qui doit dire la loi c'est à dire le juge, venant qualifier l'acte et ouvrir l'espace de travail d'une responsabilité. Question de temporalité donc.



Violence et lien social.

Ahmed arrive, accompagné d'un éducateur du SEAT. Toxicomane, âgé de 16 ans, régulièrement présenté au SEAT, il connaît tous les juges de permanence. A chaque fois ramassé par la police pour de petits délits, malmené, il ne peut exprimer sa détresse qu'au niveau d'un corps souffrant et violenté. On commence donc d'abord par soigner ses blessures, lui offrir un petit déjeuner puis l'entendre dérouler ses galères de petits boulots au noir, au paiement pas toujours honoré, et d'hébergement dans des squats. Il passe 24h pendant lesquelles il se restaure et s'autorise à nous décrire sa vie, son passage clandestin en France après la mort violente de ses parents en Algérie, son séjour de quelques mois dans un foyer à Marseille. Son histoire qu'il répète à l'identique au moins dans les grandes lignes prend pour nous valeur d'une vérité subjective d'une position sacrificielle que nous respectons et qui l'anime. « C'est pas de chance et c'est toujours comme ça » pour lui. Très vite il repart car l'inscription sociale de ces jeunes errants est faite d'un réseau de contacts, de dealers, de squatters, et de petits bouts de tendresse aussi avec quelques personnes qu'ils ont pu émuouvoir. Ce réseau est à vérifier en permanence. Le lien entre ces bouts d'eux même, tenant lieu d'identité est à refaire sans cesse, exercice d'une maîtrise dont la nécessité est à maintenir secrète ainsi que la jubilation narcissique associée. Boucle fermée entre-ouverte sur cet éducateur et maintenant nous. Il nous faut être patient dans notre attente avec ce sujet sans temporalité jusqu'au moment où il pourra affronter notre absence, ce qui voudrait dire que nous existons un peu pour lui au-delà du moment du besoin. Il ne faut pas vouloir trop et trop vite pour qu'un sentiment de sécurité et de confiance suffisant lui permette de lâcher un peu ça et de s'inscrire dans un projet qui puisse être le sien.

Violence d'une relation mère fille.

Pour Alice 15 ans et sa mère tout a sombré à la mort du grand-père maternel. Pour sa mère institutrice et qui dit s'y connaître en éducation, sa fille née de son seul désir et pour lequel elle ne reconnaît aucune médiation masculine, n'a jamais été un enfant mais son alter ego. Considérée comme une adulte dès le plus jeune âge elle a déjà tout essayé (alcool, drogue, expériences sexuelles), dans une redoutable symétrie avec sa mère. Elles sont inséparables sinon dans la violence. Toute la brigade des mineurs la connaît car depuis deux ans, date de la mort du grand-père leur folie jusque là privée déborde ponctuée d'hospitalisations où le médecin de secteur essaye de tenir un cap. Mais elle redisparaît vite. La première fois qu'elle vient, adressée par Paris ados service, au bout de cinq minutes d'attente elle insulte l'équipe. Je lui dis alors que notre relation d'aide nécessite un climat de respect réciproque et que je ne peux la laisser nous maltraiter. Elle repart en donnant un coup de pied dans la porte. Le lendemain, plus calme, elle revient. Il va s'agir dans un projet individuel et négocié s'appuyant sur sa participation à des activités et des entretiens de réintroduire une temporalité qui lui soit propre, qu'elle accepte qu'on l'appelle au téléphone lorsqu'elle ne vient pas, de faire le lien avec elle entre les différents intervenants. Il s'agit aussi de faire place à la mère qui n'a d'autre lieu que celui de sa fille mais où nous l'interpellons comme mère sans la juger et en supportant les clivages qu'elles nous font subir. Elle accepte de revoir son consultant, de reprendre son traitement,



tolère que l'infirmière référente qu'elle prend dans une relation exclusive puisse avoir besoin et fasse appel à moi. La scolarité les mobilise. Un projet soins études se met en place.

La violence de l'autre.

Djamel est un grand gaillard, persécuté par la parole de sa mère. « Il y a des choses que l'on ne dit pas » et quand il se sent atteint dans sa dignité, il frappe. Sa violence reste déplacée sur les objets. Il casse une fenêtre, une porte et s'enfuit. Réfugiés politiques, ayant quittés l'Algérie suite à des menaces de mort dans lesquelles il est difficile de faire la part de la réalité et de la position persécutrice délirante de la mère, notre centre est son recours. A chaque fois le travail est à refaire : apaiser la mère, entendre chacun, retisser le réseau (le CMP où il a son injection, le service social inter-migrant, l'établissement scolaire), points de capiton à refaire. Le fil rouge du projet est maintenu, une histoire se construit grâce et non plus malgré le changement.

De nombreux accueils sont des transferts directs de services d'urgence porte, souvent suite à une TS, le psychiatre de liaison percevant une problématique familiale sous jacente complexe. C'est le premier temps d'une rencontre, souvent mise à l'épreuve de notre capacité à protéger, contenir et entendre l'insupportable. Ce sera donc parfois derrière la violence d'un passage à l'acte dont il faut prendre toute la mesure du sérieux, l'aveu de violences intra familiales, d'inceste, de viol ou parfois de climat incestuel où tout le monde est en détresse. C'est en offrant un lieu où l'on puisse se sentir en sécurité et où chacun puisse être entendu que pourra se construire la démarche nécessaire, le signalement, la séparation à construire. La aussi, il faut être patient sans atermolement, accompagnant le temps nécessaire, sans reculer devant l'effroyable de ce qui est à entendre. C'est dire l'importance du travail en équipe comme espace psychique contenant d'abord, d'élaboration ensuite.

Pour Sophie, toute la famille est en psy comme soignant ou comme patient. Tout projet semble impossible dans l'indifférenciation des places, des générations ou de la gémellité. Elle va mal, est délirante et donne le change sous couvert d'une marginalité, d'une détresse profonde. Aider les parents à sortir de la sidération dans laquelle les plonge la fuite en avant de leur fille, construire au quotidien de petits projets qui alignés forment une temporalité qui lui soit propre, dire non à l'in vraisemblable, faire confiance au sujet au-delà de son projet voué à l'échec car parfois pour l'ado c'est aussi une expérience nécessaire de prendre la mesure de l'impossible dans une sécurité que nous assurons avec les parents.

La violence des institutions judiciaires.

L'ordonnance de 1945 situe le mineur à la fois comme sujet de la loi et objet d'une protection et d'une éducation. Plusieurs situations se présentent :

-si le mineur fait l'objet d'une mesure de placement il importe que le juge soit garant de la réalité de cette mesure,



-si le juge place dans un foyer, il garde un regard direct sur la mesure mais tout changement de foyer entraîne un changement dans le suivi éducatif. Inversement s'il est confié à l'ASE il y a continuité pour le suivi éducatif mais le juge n'est plus impliqué directement, perte de sens dans un cas, perte de liens dans l'autre, liens familiaux ou lien de continuité. Leurs conséquences seront souvent l'occasion de demandes en urgence.

L'autre situation est une décision suite à un acte délictueux. Les procédures sont longues, le jugement arrive plusieurs années après. Le jeune ne fait pas bien le lien avec les actes passés et le vit comme une persécution.

Pour certains l'espace judiciaire devient exclusivement celui où se construisent les réponses à leurs questions dans un appareillage à un narcissisme défailant ou une psychose infantile. En un mot le jeune trouve du répondant du côté de la justice à son comportement que l'on peut comprendre comme une demande de reconnaissance et d'appui. La délinquance devient alors une identité à construire avec ses prouesses et des réponses assurées paradoxalement rassurantes. Le désir de l'équipe éducative sans injonction du juge a du mal à être partagé par le jeune et même par sa famille tout entière mobilisée par sa résistance à la justice.

C'est le cas d'Antoine 17 ans. Déscolarisé, condamné pour voie de faits sur un chauffeur de bus, il revendique une formation mais ne respecte aucun des rendez vous que lui donnent les éducatrices de la PJJ. Il envahit leur consultation hors des horaires. Il est résolument hors cadre avec la complicité de son père. Il condescend à nous rendre visite, nous prend en sympathie et nous fait part de sa construction délirante grandiose dans laquelle il ne voit que complot. Il sait et saurait y faire, connaît le business comme il dit et a plaisir à venir nous en parler. Il accepterait même un traitement mais il déborde beaucoup et nous ne trouvons aucun soutien dans cette famille abonnée à la délinquance ou à l'hôpital psychiatrique voire les deux. Seul trois passages à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police et un court séjour à l'hôpital psychiatrique auront pour lui valeur d'une expérience de limites qu'il intégrera dans sa construction et qui viendra pacifier un peu sa relation à l'autre, ce à quoi la justice s'averrait impuissante. Il a depuis accepté un traitement et se met moins en danger.

La dernière situation que je veux évoquer est celle des OPP souvent redoutées car cul de sac quand la réponse éducative ne suit pas le temps du soin, amenant parfois le déchaînement des règlements de compte institutionnels où le jeune n'est plus que l'objet de conflit répétant une situation qu'il connaît malheureusement par cœur, et des effets pervers dits de « la patate chaude ».

Gilles 16 ans jeune débile est placé en OPP le temps de l'instruction et de l'expertise suite à un acte meurtrier. Pris dans une conjoncture familiale complexe où à la fois sa place est déniée et où en même temps lui est confiée la garde d'une petite sœur de 4 ans. Débordé il l'a fait passer par la fenêtre du cinquième étage. L'horreur de l'acte saisit tous ceux qui l'entourent et les font dysfonctionner. Le juge d'instruction ne voit pas les parents ni pour évaluer leur responsabilité ni pour leur



faire part de l'expertise ni même pour leur notifier sa décision. Nous ramons avec Gilles dans son effort pour tenter d'expliquer ce qui est, comme il dit, très difficile. La contrainte propre à la mesure est vécue comme toute puissance des psy avec lesquels il faut ruser. Les mesures d'aide et de protection pour ses autres sœurs sont difficiles à justifier. Seul le changement du juge permettra que des repères soient posés. Ils ont permis son retour en EMPRO, et le cadre éducatif nécessaire pour penser une place pour Gilles dans sa famille compatible avec la sécurité de tous. Le chemin est encore long, le jugement n'aura en effet pas lieu avant deux ans.

Mais il y a aussi une violence à prendre en compte : **la violence pour l'équipe.**

Elle est d'abord celle propre à l'urgence de la demande poussant à la tentation de répondre en urgence alors qu'il s'agit tout d'abord de répondre par un accueil, un accusé de réception ouvrant à un temps pour évaluer, comprendre, accompagner. Cette pression de la demande en urgence est le plus souvent renforcée par celle des parents ou du service éducatif à l'origine de la demande.

La violence peut être aussi celle du comportement du jeune. Sans décrire celle pouvant être associée à certains états pathologiques, je décrirai trois situations particulières :

- Le jeune qui a toujours vécu dans des situations de violence familiale et qui s'est organisé dans un comportement violent garant d'un narcissisme de survie.

* La personnalité narcissique délinquante qui est dans un rapport de maîtrise avec des traits pervers lui permettant de contrôler l'objet et de préserver un soi grandiose. Sans un soutien ferme du juge aucun travail ne peut s'engager.

* Enfin pour certains après une longue histoire de carences éducatives et affectives et une organisation dans la marginalité et l'errance l'accueil doit trouver une juste mesure entre un intérieur trop chaleureux et donc dangereux car réveillant une avidité destructrice et d'un autre côté une frustration avec laquelle il a appris à en découdre. Chacune de ces positions génèrent aussitôt des passages à l'acte violent témoignant que nous sommes d'une certaine manière trop présent et nécessitant un rapide ajustement avant que l'exclusion ne devienne inévitable.

Violence de la rencontre avec les psy.

On sous estime souvent ce que cette rencontre représente pour l'adolescent et pour sa famille notamment pour ceux qui ont une grande difficulté à s'exprimer voire on la nie en la situant du côté d'un écart culturel : l'entretien, le parler, et le silence des psy. Il faudrait y voir au contraire la condition d'un travail, même si en retour elle en conditionne le mouvement.

Dès la première rencontre l'équipe témoigne son intérêt, son souci de la vie psychique de l'ado, déplaçant chez lui ainsi son angoisse et l'ambivalence de sa curiosité vis à vis de celle-ci. Cet intérêt pour sa vie psychique à la fois est narcissisant et le confrontant à ce qu'il fuit lui « prend la tête ». Son inquiétude est du côté du risque de régression massive du moi. C'est pourquoi nous sommes d'emblée attentifs



à poser les conditions pratiques d'un projet. La réalité est là présente dans les démarches à entreprendre, les tâches à accomplir.

C'est le contenu qui va avoir fonction de contenant ou plutôt de pare excitation, préservant et renforçant l'enveloppe psychique du sujet. Elle évite soit l'abandon dans un état régressif du moi où émerge la dimension masochiste redoutable dans la prise en charge institutionnelle soit des mécanismes de déni et de clivage faisant coexister des comportements caractériels ou de mise en danger avec une relation adaptée. La rigueur du cadre, le respect réciproque du règlement intérieur, la position professionnelle tenue sans relâche, le vouvoiement de l'adolescent, le ton de la voix, la prévisibilité des réponses aux écarts par rapport au cadre et du projet respectent tout à la fois le besoin de maîtrise préservant le narcissisme et soutiennent l'idéal du moi. Le travail de symbolisation souhaité et l'émergence de la temporalité sont liés à l'absence. Si nous proposons à l'adolescent le Ciapa comme un espace de sécurité c'est aussitôt pour lui préciser que la vie est dehors et qu'il doit être un point d'appui pour rencontrer les problèmes au dehors et leur apporter ses propres réponses. D'où cette position d'emblée non pas de face à face risquant de renforcer les effets imaginaires en miroir facilement persécutifs mais à côté de lui, à côté de ses parents pour un temps pour comprendre, pour un temps d'élaboration qui va se prolonger très vite avec un autre professionnel, praticien libéral consultant en CMP. Si cet accompagnement est réussi, après coup il prendra pour le jeune valeur d'un passage et pour nous d'une rencontre réussie.

Autant d'histoires individuelles dans lesquelles à chaque fois un projet, un contenu à construire, seul à même de fournir une fonction contenante, pare excitante, permettra qu'une temporalité puisse se mettre en place ainsi qu'une topique, un aménagement narcissique possible et qu'une reconstruction du passé vienne tenir lieu d'une fiction permettant de penser un avenir.

Nos outils sont toujours les mêmes : travail sur le cadre, sur notre position de soignant, tisser le réseau mis à mal par les mécanismes de déni, de clivage et de projection, seuls capables de permettre la dialectisation de la problématique, sa différentiation progressive de par son déploiement sur différents lieux et professionnels et la possibilité pour l'ado de se reconnaître dans le travail qui se met en place et dont il puisse se sentir l'auteur.

La suite nous échappe, c'est avec d'autres qu'il va la poursuivre.

III. UNE CLINIQUE DES DEMANDES EN URGENCE ?

Nous avons essayé de montrer dans cet exposé que les demandes en urgence que nous recevions pour la population adolescente présentaient les particularités suivantes :

-les manifestations à l'origine de ces demandes sont de manière assez stéréotypée des troubles des conduites et du comportement.

-elles témoignent toujours de la souffrance de l'environnement du jeune, famille tout d'abord, milieux professionnels, scolaires, éducatifs ou autres d'autre part.

-le jeune lui-même n'est parfois ni demandeur ni même exprimant une souffrance particulière qui sera donc dans un premier temps à découvrir avec lui.



Les situations sont par contre très diverses. Elles nécessitent souvent une évaluation fine et approfondie tant sur le plan clinique que de manière globale sur la qualité des liens et des investissements de ce jeune. Il y faut du temps. Par contre très rapidement une évaluation de la qualité de l'environnement du jeune, de sa capacité à faire face à la situation, à soutenir les réponses qui vont être proposées est indispensable.

Une nouvelle approche ?

On passe ainsi du concept de maladie mentale à celle de santé mentale nécessitant la prise en compte outre du diagnostic, de dimensions telles que celles de détresse psychologique, concept élaboré dès 1973 par Franck et plus récemment par Dahrenwend, mais aussi celle de fonctionnement social. Il s'agit non seulement de prendre en compte la dimension négative mais aussi la dimension positive contribuant à l'état de santé mentale de l'individu (la qualité de ses liens et relations, son recours au support social ...).

L'évaluation des facteurs de risque s'appuyant sur les données de l'histoire familiale, les événements de la vie récente et au cours de l'enfance, conditionne l'importance de la réponse à mettre en place.

Les travaux sur les réseaux sociaux des malades mentaux ont montré l'importance de l'environnement primaire (famille, amis, relations fréquentes) et secondaires (services sociaux et éducatifs), suivant les pathologies dans la chronicisation ou au contraire le soutien d'une dynamique de changement. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé comme axe dans notre pratique un travail en réseau et sur le réseau lui-même afin de mobiliser les ressources de celui-ci et de l'aider à se dégager de l'emprise de la problématique du jeune et très souvent de la famille.

Tout ceci risquerait de transformer la démarche de réseau en une « usine à gaz » technico-administrative si elle n'est pas fondée sur des conceptions cliniques du soin fortes et confortant la position éthique et déontologique des soignants.

Cette pratique se veut complémentaire voire interstitielle au dispositif existant. Celui-ci se décrit habituellement dans une temporalité qui scande des lieux différents : service porte, service d'urgence, service de soins au long cours (CMP, hôpital de jour, ou hospitalisation plein temps voire soins études). On discute même actuellement d'une étape intermédiaire supplémentaire qui serait celle des unités sub-aiguës. Ce dispositif se trouve lui même subdivisé selon des tranches d'âge et des pathologies permettant des réponses spécifiées par des équipes expérimentées. Alors ces nouvelles pratiques, lieu d'accueil permanent, réseau précarité, VIH, toxicomanies sont-elles bien nécessaires ou ne sont-elles qu'un effet de mode, venant de surcroît dans ces temps de contrainte économique prélever des moyens nécessaires pour renforcer les structures existantes ? Le ton est sans doute provocateur mais n'avons nous pas en France la fâcheuse tendance à auto légitimer les réponses de soin que nous mettons en place sans avoir le souci d'en évaluer l'efficacité et l'efficience ? Il en est ainsi du secteur ou des alternatives à l'hospitalisation, ce qui nous est fort légitimement reproché.

La file active ne me semble pas un argument et je ne connais pas de structure nouvelle animée par une équipe motivée qui ne fasse rapidement le plein, comme si



face à l'offre qui est faite la demande semblait inépuisable. Un bilan rétrospectif est prématuré. Une piste possible pourrait se résumer sous la forme : « avons-nous été soignants ? » mais cette démarche nécessaire et pertinente au cas par cas se prête difficilement à une généralisation. Par ailleurs si elle apporte des éléments de réponse à la question de l'efficacité elle ne répond pas à celle de l'efficience. N'aurait-on pas pu arriver aux mêmes résultats autrement et plus vite ou pour moins cher ? Il me semble cependant qu'à défaut d'y répondre sans une méthodologie évaluative adaptée, toute pratique doit néanmoins répondre à un impératif de cohérence interne, c'est à dire pouvoir répondre à la question : « que traitons-nous et comment ? ». Sans s'engager dans une réflexion exhaustive débordant le cadre de cette intervention, deux fils rouges me semblent pouvoir être suivis.

Le premier est sociologique. A partir des années 70 plusieurs auteurs ont tenté de repérer les effets de l'effondrement des appartenances collectives sur l'accomplissement de l'individu moderne et notamment de l'effritement des protections de la société salariale.

Un auteur comme Robert Castel décrit des individus « par défaut » pour lesquels il s'agirait d'une forme nouvelle « d'individualité négative » dont la filiation passe dans un premier temps par la construction de la propriété sociale et ses divers droits et devoirs puis par un décrochage par rapport à ces collectifs. On peut y ajouter ceux qui sont désormais incapables de s'inscrire dans des collectifs protecteurs tels les jeunes qui ne peuvent se ménager une place stable dans la société et qui galèrent et qui ont été décrits par le sociologue François Dubet. C'est cette propriété sociale faite de droits et de devoirs, venant redoubler la propriété matérielle qui vient permettre l'élargissement et la démocratisation de la conception moderne de l'individu accédant à la propriété de soi.

Parallèlement à cet individu par défaut, défaut de ressources et de supports dont les figures nous sont familières (chômeurs longue durée, jeunes de cité, RMistes), Marcel Gauchet dans « *Le désenchantement du monde* » décrit l'individu contemporain, forme extrême de l'individualisme. Celui-ci aurait en propre d'être le premier individu à vivre ignorant qu'il vit en société, de pouvoir se permettre de par l'évolution même de la société d'ignorer qu'il est en société. Il serait un individu déconnecté symboliquement et cognitivement du point de vue du tout, un individu pour lequel il n'y a plus de sens à se placer au point de vue de l'ensemble. Tout cela renvoie à des modes de fonctionnement profondément pathologiques, processus de déréalisation de l'autre et du social. Cet individu se définit par un ensemble de traits : adhérence à soi, des formes d'enfermement, de rapport à soi marqués par des types de narcissisme extrême, des stratégies d'évitement, l'inconsistance. On retrouve les traits de caractère et de comportement de l'« homme de masse » tels que les a décrits Hannah Arendt. On les rencontre sous la forme de sujets hyper adaptés dont la réussite sociale peut être brillante et qui à l'occasion d'un événement se trouvent pris en défaut dans leur capacité à mobiliser des supports pour y faire face. Cet événement (TS d'un enfant, conflit professionnel...) prend une valeur traumatique. Notre intervention si elle ne se donne pas comme objectif de les accompagner dans la restauration de ces supports qu'ils soient familiaux, amicaux ou professionnels se révèle vite impuissante et aboutit



à la rupture. S'installe parfois un cercle vicieux de conduites répétitives à fort potentiel de déliaison.

Mais pouvons-nous penser cliniquement de telles situations venant colorer, envelopper les cadres plus classiques tel que celui des structures névrotiques, psychotiques ou perverses ? Nous percevons bien qu'elles touchent au narcissisme et à son économie, mais comment les penser d'une manière qui fonde sur un plan éthique et technique la pratique soignante mise en œuvre. Notre expérience dans le champ de la petite enfance nous a rendu particulièrement sensible au bébé présent dans la position, l'expression et les besoins des adolescents, et l'importance du repérage des modalités transactionnelles qui sont les siennes. L'importante réflexion théorique et clinique depuis quarante ans sur les problèmes de l'attachement a été reprise aujourd'hui dans le cadre conceptuel de la notion de résilience. Elle permet d'introduire dans la démarche de soin un souci de bien traitance reprenant dans nos interventions médicales et sociales les notions jadis développées par Winnicott de holding et de handling. C'est aussi faire confiance et conforter les capacités du jeune et de sa famille ainsi que des professionnels à construire des réponses positives. C'est enfin privilégier une démarche plus soucieuse du comment que du pourquoi seule à même d'aborder la complexité de situations dans lesquelles malgré tout nos efforts nous n'appréhendons qu'une petite partie des déterminants et par rapport auxquels nos moyens n'ont souvent qu'une valeur incitative et catalysante plus qu'une réelle capacité de transformation profonde.

Conclusion

Nous avons essayé de vous présenter la complexité de ce moment de rencontre, dans l'urgence d'une demande. Dans le nouage transitoire d'une trajectoire de vie et d'un environnement, dans une polyphonie de voix diverses, mobilisant les ressources de chacun, elle cherche à engager dans des hypothèses de compréhension pour si possible déboucher sur un projet de soin dont les modalités seront abordées dans les interventions suivantes.

Bibliographie :

- Robert Castel, *La Gestion des risques*, Paris, Minuit, 1981
- François Dubet et D. Marticelli, *A l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris, Seuil, 1996
- François Dubet, *Les Inégalités multipliées*, Paris, Ed. de l'Aube 2001
- Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998
- Marcel Gauchet, « Essai de psychologie contemporaine. Un nouvel âge de la personnalité », *Le Débat*, n° 99, mars-avril 1998
- Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, Paris, Gallimard, 1983
- Christopher Lasch, *The Culture of Narcissism*, New York, Norton and Compagny, 1979
- Gilles Lipovetsky, *L'Ere du vide*, Paris, Gallimard, 1985
- Richard Sennett, *The Fall of Public Man*, New York, Vintage Books, 1974



Dohrenwend BP, Yager TJ, Egri G, Mendelsohn FS. Non specific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. Arch. Gen Psychiatry, 1978, 35 : 7316737.

Franck JD. Persusion and healing. Baltimore, John Hopkins Press, 1973



Urgence et passage à l'acte : l'expérience du CPOA

M.J.Guedj⁵

Introduction

L'expérience d'un grand centre d'urgences psychiatriques habituellement dévolu aux adultes et accueillant « de fait » l'urgence à l'adolescence montre que le passage à l'acte (contre les objets, contre soi-même, contre autrui) concerne 8 cas sur 10 de l'urgence à l'adolescence, intriqué dans 1 cas sur 2 avec une symptomatologie dépressive ou délirante quasi évidente. Nous avons nous-même soutenu (1) que l'urgence est paradigmatique de l'adolescence : on y retrouve le sentiment d'impasse douloureuse, la nécessité immédiate de faire cesser la tension, la convocation d'un grand nombre de protagonistes, la demande de réponse à l'environnement avec passage de l'espace privé à l'espace public et inversement, et la nécessité de cette réponse loin de la neutralité. Nous constatons maintenant que, si l'urgence est familière du processus d'adolescence, la « situation d'urgence », toujours transnosographique, nécessite à l'adolescence qu'il y ait eu passage à l'acte, seule interpellation des adultes où eux-mêmes ne peuvent plus attendre. Winnicott (2) définit la tendance antisociale comme un processus normal, du moins sans diagnostic, allant de la normalité à la névrose, la psychose, la psychopathie, caractérisé par la recherche de l'objet et sa destruction tout à la fois. Voilà le passage à l'acte qui court à travers toutes les situations d'urgence, quel qu'en soit le diagnostic.

Notre époque a vu se développer une « culture de la violence », qu'il est inutile de nier, et qui se repère dans les aspects les plus scientifiques, par exemple la classification des troubles mentaux. Plusieurs travaux (3) ont montré que les occurrences des termes « violent, violence » étaient passées de 2% dans le DSM I à 43% dans les DSM III et IV. Les catégories diagnostiques concernées sont : retards du développement, organicité cérébrale, troubles bipolaires et toxicomanies.

Dans ce travail sur passage à l'acte et urgence à l'adolescence, nous soulèverons deux grands thèmes, deux messages dit l'argument, l'un davantage clinique l'autre davantage institutionnel. Le premier traitera des émergences de mentalisation notamment dépressives (et de leur évitement) plutôt que de leur classique « absence », le deuxième est celui de la double existence d'un cadre interne et d'un réseau externe.

⁵ Docteur M.J.GUEDJ, CPOA, Centre Hospitalier Ste Anne, Paris.



PREMIER MESSAGE CLINIQUE : EMERGENCE ET EVITEMENT DES REPRESENTATIONS

1° Le passage à l'acte, témoignage du court-circuit de la représentation psychique.

« Par définition, le passage à l'acte court-circuite la mentalisation et prive le psychanalyste de la possibilité de travailler sur des représentations » (4). De cette formule classique, sont dérivées des emphases déniaient toute vie psychique à l'adolescent capable de passer à l'acte, et remettant aux spécialistes de l'acte – les juges par exemple – la direction du traitement.

Winnicott réfutait l'action de la psychanalyse dans ces cas et proposait : « en résumé, le traitement de la tendance antisociale n'est pas la psychanalyse...c'est la stabilité nouvelle fournie par l'environnement qui a une valeur thérapeutique », en expliquant même qu'en cours de psychothérapie, il fallait laisser se déployer ailleurs le poids du transfert pour ne pas y insérer trop violemment les effets de la tendance antisociale ! Celle-ci en effet se définit en dehors du champ de la pathologie, elle est produite par des circonstances extérieures (ceci est très important et novateur) et se manifeste à la fois par la recherche de l'objet et par sa destruction.

Les auteurs actuels, inspirés de la psychanalyse mais aussi du cognitivisme (5), ont développé la notion d'alexithymie ou incapacité à mettre des mots sur ses propres émotions. Autre façon de dire l'absence de mentalisation pour les pathologies s'exprimant dans le corps (psychosomatiques), et les pathologies en actes (psychopathie), qui en sont les principales applications. Des études statistiques comparatives, au moyen d'échelles, tentent d'envisager les concordances de ces pathologies dans les populations masculines ou féminines. La ressemblance se situe dans cette incapacité de lecture de ses propres émotions, tandis qu'aucune autre similitude n'a pu être retrouvée, notamment en utilisant les échelles de psychopathie.

2° L'impulsivité est liée à des représentations inacceptables.

D'autres auteurs, qu'ils soient issus du cognitivisme (6) ou de la psychanalyse (7) font état de pensées impulsives ou de représentations brutalement activées auxquelles il est impérieux d'échapper. Acte ou symptôme ? Soit qu'on retrouve les représentations des imagos paternelle et maternelle différenciées, soit que l'une ou l'autre apparaisse en elle-même chargée de violence mortifère.

Les anciens auteurs, qui parlaient du « délire en actes » pour désigner ces comportements avaient remarqué leur caractère de substitut de langage et de néoréalité. Par comparaison avec les anciennes monomanies de l'étude des maladies mentales où on remarquait que les malades s'agitaient quand on leur parlait de leur délire, peut-on repérer quelle activation de représentation déclenche l'agitation ? L'acte apparaît-il comme une réponse à la frustration - et on est dans le registre du court-circuit psychique, - ou comme un échappement au signifiant et à la représentation ?

« Une de nos perspectives cependant, dans la recherche que nous menons sur les jeunes adultes criminels, nous oriente vers l'idée d'une réintroduction fulgurante, dans le « moi-plaisir clivé » d'une représentation que celui-ci réprouve, incestueuse, parricide ou quelquefois, plus archaïquement auto-érotique. L'effet de cette



représentation est de balayer, de manière cyclonique, un équilibre topique précaire, de shunter les mots qui pourraient en rendre compte, et dans ce court-circuit de la parole, d'autant plus facile qu'elle n'était pas beaucoup investie, de réactualiser l'éprouvé d'une négociation archaïque : moi ou l'autre » (7)

Par ailleurs, et plus classiquement, le passage à l'acte évite de s'affronter à l'ambivalence des représentations de l'objet, c'est à dire à la position dépressive, laquelle nécessiterait en plus d'accepter la position de passivité. Coexistent alors à la fois l'objet et sa destruction, qu'il soit représenté dans le corps propre (auto-agression) ou dans le corps de l'autre, bien plus symboliquement dans les biens matériels (8). En même temps que prend place, depuis Mélanie Klein, l'idée d'une recherche de punition à travers l'acte, mais pourquoi pas aussi de gratification et d'idéalisation: recours à l'environnement et à la situation d'urgence pour lui demander de faire office de Surmoi.

Observation de Maurice

Ce garçon de 14 ans et demi arrive un dimanche par ordonnance de placement provisoire motivée ainsi : « le mineur est psychologiquement fragile au point de représenter un danger pour lui-même et autrui, il est placé aux fins d'examen médico-psychologique et de soins »

Il présente de nombreuses lésions du visage et des mains auto-infligées lors d'une garde à vue pour avoir « extorqué à l'arme blanche une somme de 2frs ».

Dans son histoire abandons et placements se succèdent dès la naissance, avec une suspicion de maltraitance. Les hospitalisations psychiatriques aussi se succèdent dès l'âge de 9 ans, et l'identité de leurs conclusions met en doute l'instauration d'un processus d'adolescence : « Maurice, accompagné et protégé, a montré qu'il disposait d'un fonctionnement psychique encore mobilisable avec des capacités à donner à ses problématiques psychiques un autre destin que l'agir et la violence. Il est accessible aux soins, au sens où il est capable d'une restructuration psychique visant la verbalisation des conflits plutôt que leur passage à l'acte, et visant aussi la restauration de repères et de limites ».

L'hospitalisation – qui durera 10 jours – va éclairer certains aspects de son fonctionnement mental d'une part, et d'autre part se heurter à la délinquance familiale organisée avec la complicité maternelle, nous obligeant même à faire expulser la famille par les forces de police.

Pour ce qui est du fonctionnement mental, les affects dépressifs apparaissent dans les tests et ceux-ci déclenchent la verbalisation d'idées suicidaires. Des cauchemars récurrents font apparaître sa tante morte ou sa mère renversée dans un accident. L'échec dans le domaine cognitif, ou les frustrations quotidiennes banales entraînent soit des pertes de connaissance soit des bris d'objets avec lésions auto-agressives. Des passages à l'acte incontrôlés, d'une grande violence, quasi amnésiques se déclenchent, tant avec les infirmiers que lors des entretiens psychiatriques ou de l'examen psychologique, à l'évocation de la maltraitance paternelle, de la violence maternelle, mais aussi de l'existence d'une famille unie du type de la tribu. La séquence est la suivante : crispation, pleurs, supplication de ne plus parler de ces contenus, et passage



à l'acte. La visite, ou le départ (?) d'un membre de la famille entraîne la même séquence.

La surdétermination des passages à l'acte tient aussi à la valorisation familiale des actes antisociaux, d'où l'usage de stratégies agressives, auto ou hétéro-infligées, pour obtenir des visites, un téléphone portable...

Quand le service naturellement désigné pour assurer la continuité des soins (service assurant les soins de secteur et disposant de 50 lits d'hospitalisation) fut contacté – et refusa d'assurer la poursuite des soins – , le motif allégué tenait en 3 lignes qui parlaient « d'enfant délinquant à remettre au SSE ou en UMD », empiétant donc sur le champ de la justice, ou sur celui de la psychiatrie des adultes !

3° L'acte est donc la résultante de plusieurs mécanismes.

De même que le comportement alimentaire est la traduction dans un même langage assez appauvri finalement de besoins, de demandes et de désirs, de même l'acte, en général d'agression, obéit simultanément à plusieurs mécanismes.

- refus de la dépression
 - refus de la séparation et refus de la dépendance tout à la fois dans la séquence : dépendance, besoin de séparation, rupture, nouveau rapprochement...
 - peur de la passivité
 - demande de réparation au monde extérieur
 - destruction de l'imgo archaïque
 - réappropriation du bon objet
 - impulsivité
 - renforcement sociopathique par les bénéfices de l'acte
 - historicité des actes comme remplacement de l'histoire personnelle
- En somme le passage à l'acte cache et montre à la fois.

Observation de Bobby

Nous recevons à notre consultation d'urgence Bobby, âgé de 16 ans, qui vient de tenter d'incendier son école en aspergeant d'essence divers points de cet établissement, considérés par lui comme «stratégiques». Au passage, il assène un coup de barre de fer sur la tête du proviseur qui tente de s'interposer. Dès l'intervention de la police, il explique ses convictions : le collège serait partout rempli « des œufs d'aliens qu'il faudrait détruire », et le jeune garçon a entouré de rouge leurs emplacements supposés sur le plan de l'école, en sa possession « dans le futur » dit-il. Lui-même viendrait de 2003, il serait commandé par le « colonel » qui lui aurait implanté une puce dans le cerveau avec mission de détruire les aliens. Conduit aux urgences d'un hôpital général, il fait l'objet, malgré son âge, d'une hospitalisation d'office qui affirme la persistance d'une menace pour l'ordre public et la sûreté des personnes, et oblige à des conditions de traitement particulièrement lourdes pour cet âge. Mais le Procureur ne donna pas son accord et fit conduire le jeune garçon dans le service.

A l'arrivée, Bobby se déprime rapidement. Il critique les propos futuristes qu'il avait tenus en leur attribuant une valeur défensive : il souhaitait passer pour fou pour pouvoir détruire l'école et se détruire ensuite ; rien ne l'intéresse et surtout pas l'école



où il échoue depuis 2 ans, sans arriver à adhérer au projet de CAP de plomberie. Depuis quelque temps, il est de plus en plus anxieux et se réfugie continuellement à l'infirmierie ou aux toilettes. La science-fiction le distrait, notamment à la télévision et dans les bandes dessinées ; c'est un domaine où il ne ressent aucune des infériorités qui le hantent quotidiennement. Il raconte précisément les difficultés de son histoire : après le décès de sa mère d'un cancer quand il avait 5 ans, il triplera le CP. Sa mère macédonienne ne parlait ni le français ni le portugais, langue maternelle du père. La nouvelle amie du père, macédonienne aussi et ne parlant que cette langue, étrangère comme les "aliens", est arrivée au domicile depuis 2 mois environ.

Le père, venu rapidement, se montre autoritaire et véhément ; il revendique la sortie immédiate pour son fils, car, dit-il, « les malfaiteurs courent en liberté tandis que Bobby n'a fait qu'une bêtise d'enfant. Et si tout cela avait été provoqué par une potion administrée par sa nouvelle belle-mère ? ». Le père confirme l'échec scolaire depuis le CP et l'arrêt de la scolarité en 5^{ème}, au moment du passage en SES quand l'enfant s'est trouvé mêlé avec d'autres à un incident de dégradation du piano de l'école. La consultation demandée au CMP montrait alors des traits de type névrotique avec inhibition, anxiété, notamment dans la confrontation à l'image paternelle ; les troubles du langage dyslexiques et dysorthographiques entraînaient à proposer une aide orthophonique, seul compromis acceptable pour le père. Mais le service médico-social scolaire avait posé une autre indication en réponse à ce trouble des conduites inexplicables et l'avait orienté vers le CMPP. L'adolescent et son père se rendront une fois à chaque endroit et interrompront tout soutien.

La réponse thérapeutique au CPOA a porté sur la mise à jour des éléments dépressifs et sur le nouvel éclairage rétrospectif donné aux passages à l'acte en découvrant leur signification suicidaire. Elle a nécessité non pas une hospitalisation d'office en hôpital spécialisé, mais un séjour de 48 heures dans les lits d'hospitalisation brève dont nous disposons. La participation du père aux soins s'est instaurée sur le mode anaclitique malgré la revendication de départ. Inquiet, il exigeait ensuite de reprendre son fils pour le protéger tant de la loi sociale que de la belle-mère, et se proposait comme image d'identification pour dénigrer l'école. Enfin il acceptait les soins et une nouvelle consultation 4 jours plus tard.

On ne saurait minimiser la crainte imposée par la gravité du passage à l'acte et par son impact médiatique dans les décisions thérapeutiques : « l'adolescent a été interné à l'hôpital Sainte Anne » disaient les journaux, mais que rapporteraient-ils d'une sortie aussi prématurée ? Il était nécessaire de prévenir le Procureur du cadre de soins indiqué et d'aviser le père de cette démarche.

A la rentrée scolaire, le proviseur nous interrogea sur l'opportunité de réintégrer Bobby dans l'établissement. Notre réponse fut clairement négative, à la fois pour respecter la peur suscitée dans l'environnement scolaire, et pour ne pas aggraver l'échec de l'adolescent, inévitable depuis tant de retards accumulés. Le traitement ultérieur dans l'intersecteur a poursuivi la prise en compte de la dimension abandonnique-dépressive, et vengeresse aussi, en s'étayant sur le père. Le bilan psychologique effectué 6 mois plus tard indique : « Au total, l'examen psychologique de Bobby montre un jeune homme intelligent dont la personnalité apparaît organisée



sur un mode névrotique. On est frappé à la fois du désir de réalisation de soi, et de la bonne qualité d'intégration des normes et exigences sociales qui amènent à considérer comme conduites d'échec les désinvestissements scolaires, avec une composante dépressive à rattacher à la perte précoce de la mère. »

4° Y a-t-il un travail possible sur l'acte ?

Quand le motif d'arrivée d'un adolescent dans un service se résume à « passage à l'acte débordant l'entourage et réponse psychiatrique », l'évaluation de cet acte fait nécessairement partie du travail de l'urgence. Il apparaît parfois surdéterminé et appauvri en même temps. La tentative d'y apercevoir, non pas l'absence de vie psychique, mais un langage symptomatique va de pair dans notre expérience avec une relative contenance de ces actes, du moins dans le temps et l'espace du service d'urgence.

DEUXIEME MESSAGE : UN CADRE INTERNE, UN RESEAU EXTERNE

L'environnement, à la suite de Winnicott, est répétitivement sommé de répondre et de fournir le bon objet qui exista un temps, puis fut définitivement retiré : cette expérience a laissé des traces, surtout la certitude que l'expérience de satisfaction existe, le monde extérieur peut la fournir.

Gilbert Diatkine (9) situe la genèse de la psychopathie du côté de l'incapacité de l'environnement à contenir l'agressivité d'abord normale. Pour Jeammet (10), la réalité externe dans sa dimension de figurabilité est utilisée comme tiers pour sortir de la violence typique d'une situation de non-séparation et de dépendance qui se joue à deux, sans place pour le tiers.

1° L'urgence nécessite un cadre : on ne répond pas à l'urgence n'importe où.

La définition du travail avec les situations d'urgence à l'adolescence se décline en : introduire des limites, faire un travail de liaison externe (avec les divers intervenants) et interne (au cours des multiples entretiens), puis réorganiser le devenir vers des soins à moyen terme et définis comme tels. La tentative de suicide en est l'exemple clinique type. Dans un premier temps, le déni des troubles s'accompagne d'une opposition à rester dans le service, à parler, à s'asseoir..., et l'exigence de sortie va de pair avec l'affirmation de ne pas être fou. L'atteinte faite au sentiment d'omnipotence se supporte d'être brève, dans les 24 heures, et annoncée. Le deuxième temps est celui de l'investigation individuelle et familiale, travail de liaison à distance des incitations extérieures et adaptatives. L'abord du noyau dépressif-régressif indique l'intérêt pour le propre fonctionnement psychique et permet d'organiser des soins consentis. Le troisième temps est l'organisation de l'adhésion aux soins, dans un cadre déjà existant, ou sur place, du moins dans un premier temps.

L'enveloppe où se déroule un tel processus, quelle que soit la nosographie, est un service d'urgences psychiatriques parisien fondé en 1967 d'une part pour la mise en œuvre la plus rapide possible du réseau de soins en aval, d'autre part pour éviter que



toutes les urgences psychiatriques transitent par la Préfecture de Police. L'accueil des adolescents en situation de crise s'est imposé comme une réalité à laquelle ce centre ne pouvait se soustraire en utilisant l'argument de l'inadaptation et de l'incongruité de la présence de ces patients dans un service soi-disant dévolu aux adultes (11). Le nombre de moins de 18 ans a quintuplé en 10 ans : il est passé de 110 en 1990 à 566 en 2000, avec le même pourcentage de moins de 16 ans, à savoir 1/3.

Le cadre préexistait donc et nous le décrivons de la manière suivante pour tenter de comprendre comment, ensuite, l'adolescent et sa famille y ont trouvé naturellement leur place et leurs interlocuteurs différenciés, comment les équipes ont accepté sans aucune inertie ce « nouveau » travail. Permanence dans le temps, déploiement dans l'espace, contenance humaine mais aussi application possible et brève de mesures de contention mécanique sans chambres d'isolement, accueil de toute urgence dite ressentie sans sélectionner a priori selon une supposée lourdeur ou violence ou selon de supposées disponibilités, rigueur dans l'application des mesures légales de soins selon l'âge, le consentement, l'information, traitement de l'urgence in situ et relais en aval. La situation d'urgence déborde et l'instauration de limites en est le traitement : celles-ci ne sauraient être posées a priori selon un recrutement géographique, ou selon une appréciation catégorielle de la maladie, ou encore l'appartenance à une file active.

Nous dénommions cet accueil comme différentiel encore que la présence des adolescents ait finalement modifié l'accueil de l'ensemble des autres patients. Si urgente soit-elle, la consultation déborde sur le 2^{ème} jour, sans être une hospitalisation-porte, d'où sa dénomination de « consultation prolongée ». Elle nécessite aussi l'acceptation d'un déploiement dans l'espace assez grand du service, dans une proximité continue avec l'équipe soignante « à qui parler ». La famille est reçue systématiquement, l'adolescent est installé dans une chambre, et bénéficie d'un certain abord de son corps (nourriture, sommeil, douche s'il le souhaite, soins somatiques selon la maladie ou l'auto agression préexistantes). Chaque matin la réunion d'équipe est consacrée aux « patients ayant passé la nuit », le 1/5 des consultants quotidiens. Enfin certains cas donnent lieu à une hospitalisation brève de 3 à 6 jours, le temps d'organiser la continuité des soins, et on est étonné de l'importance de ce temps qui souvent suffit à traiter la crise, sans autre nécessité à la sortie que des soins ambulatoires.

Ce cadre de séparation est négocié, bref et représentable : « vous voyez bien, c'est un service d'urgence », tant pour les parents que pour l'enfant. En même temps que la plus grande tolérance est admise, sur les visites des copains ou la présence des parents, selon le tableau clinique et environnemental. Accepter que le parent dorme avec l'adolescent (mère-fille en général), comme au temps brutalement actualisé du début de la vie, a l'effet paradoxal de permettre l'hospitalisation/séparation secondaire. A l'inverse, une mère violente, rejetante depuis le début de la vie, et sans responsabilité actuelle dans la vie de l'adolescent, venant lui rendre visite pour faciliter les transgressions des amis, s'est vue refuser l'accès au-delà du premier entretien.

Le travail en urgence entraîne une réflexion sur ses limites, d'autant plus nécessaire que la composante mégalomane y est activée en chacun. La délocalisation vers ce lieu-là, loin de la crise réelle, favorise le déni de l'acte ou son enkystement, dans le



clivage avec les circonstances de son apparition. La réponse est celle d'une extériorisation du Surmoi par la mise en scène pourtant préétablie de ce cadre et de l'univers indestructible du service, entraînant l'admiration de l'entourage : « vous en avez du courage ». L'omnipotence se heurte à l'impossibilité de sa mise en acte, et l'adolescent admet plus facilement qu'on ne croit, et même très rapidement, d'utiliser un autre langage : « persécuté dans la réalité, il cesse de l'être », et des mouvements dépressifs apparaissent.

Observation de Carole

Carole, 18 ans, a été la première de nos patientes à nous « imposer » les quelques jours d'hospitalisation brève.

Elle venait d'accomplir un geste suicidaire par absorption médicamenteuse dans les suites du décès de son grand-père maternel, et du suicide d'une jeune élève de sa classe dite « schizophrène » .

En classe préparatoire de khâgne à Z, c'est une brillante élève, présentant cependant des périodes de boulimie, et une appétence impulsive pour l'alcool et les médicaments.

Son père et sa mère ne se sont jamais mariés, comme il est d'usage dans la famille. Elle s'entend mal avec sa mère, femme brillante elle aussi, toujours prise dans des relations de dépendance tant avec ses propres parents qu'avec ses filles, d'où sa difficulté actuelle au deuil de son propre père.

Carole a une sœur à peine plus jeune d'un an, d'un prénom très voisin du sien, plus jeune sœur et grande rivale. La tentative de suicide précède de peu la signature d'un bail de location pour cette sœur, annulé donc, et succède à une violente dispute avec son ami.

Tous ces éléments apparaissent en 24 heures de consultation, avec Carole, puis avec Carole et sa mère. La violence suicidaire et l'animosité mère-fille sont parallèles, sans intervention paternelle, d'autant plus que le grand-père vient de mourir, figure de la Résistance.

Le père, grand absent, se profile ainsi : très occupé, ayant un poste important dans l'administration de la Santé et plus particulièrement en psychiatrie, il détesterait les psychiatres de service public, imaginerait encore moins s'adresser à une structure privée. Carole connaît beaucoup de familles de malades qui interrogent son père.

Pour rencontrer celui-ci, il a fallu un délai de 5 jours après le geste suicidaire, une fois passés le comité-ci et la commission-là. Il était impérieux d'attendre car toute proposition de soins aurait été invalidée, hospitalière ou non, privée ou publique. Ce fut la 1^{ère} hospitalisation brève. L'avenir de cette crise suicidaire fut assez remarquable, jusqu'à obtenir enfin, 4 ans après, le début d'une psychanalyse personnelle (Carole est maintenant enseignante).

Sa sœur est venue me demander d'entamer une psychothérapie et nous faisons ensemble ce travail depuis maintenant 3 ans, encore axé sur la jalousie envers sa soeur. Mais elle est tombée amoureuse, et son ami veut déjà, rompant avec la tradition familiale, se marier avec elle.



2° L'acte est une discontinuité, comme l'urgence.

L'acte a une signification de séparation et de rupture : « ne plus y retourner » et il est entendu à la lettre comme une rupture indispensable du rapprochement et de l'excitation : « on ne peut donc pas le reprendre ».

Les adultes changent moins vite que les adolescents : ils campent sur l'acte passé sans admettre le changement, demandent toujours à être débarrassés au plus vite, dénie le rôle thérapeutique autre que le débarras, sont convaincus d'un plus de savoir sur le passage à l'acte, montrent que leur attente a été blessée et qu'on ne les y reprendra pas. La transgression dépasse la contenance psychique des adultes. Ne pouvant s'identifier à cette partie mauvaise et destructrice, ils voudraient rameuter le bon et se dépenser en explications, leçons, qui ne servent qu'à soi sauf à montrer une présence sensorielle, la voix par exemple.

3° La violence du passage à l'acte devient une violence inter institutionnelle.

La discontinuité liée à l'acte se reproduit entre les institutions. La violence se retrouve dans les aspects les plus scientifiques, par exemple dans les discussions diagnostiques. Les termes de « psychose » « dépression » s'imposent comme des indications d'hospitalisation pour des acteurs d'autres services. Le diagnostic est un instrument de pouvoir, très éloigné d'un projet thérapeutique. Plusieurs avis ont pu, de manière caricaturale, se mesurer aux points comme dans les rencontres de boxe (2 psychoses pour 1 non/psychose). Le renvoi des structures judiciaires et socio-éducatives vers les structures psychiatriques est régulièrement mentionné, on s'attarde moins sur les rejets des équipes psychiatriques entre elles, pour motif de spécialisation, d'âge, d'adresse, ou de manque de place, au mépris de la continuité des soins, seule possibilité d'aborder le noyau dépressif, comme il est pourtant couramment admis.

4° Le réseau externe.

Le réseau en amont a pu être à l'origine de la demande urgente. Avec ou sans concertation préalable, elle témoigne déjà d'un forçage : imposer que la tension cesse, déplacer ailleurs la peur ressentie, refuser le retour du jeune devenu mauvais, méconnaissable donc. L'heure n'est pas à la compréhension ni à la synthèse, la fonction de clivage du passage à l'acte a déjà opéré à l'intérieur même de ce réseau, opposant les uns aux autres les dépositaires de telle ou telle partie, au moins une partie d'entre eux se trouvant disqualifiée.

La réponse en aval est dominée par la peur indéfinie du passage à l'acte et la modification des prises en charge qui en découle. L'urgence témoigne du blocage des liens de réseau, le passage à l'acte les sidère. Mettre en œuvre le réseau en aval n'est pas faire appel à un M. RESO ! mais rechercher les liaisons connues ou mal connues, et « intégrer par parties » (pour citer une procédure mathématique) afin de délimiter une aire d'encadrement de l'adolescent et de son acte.

La formalisation des réseaux est en cours depuis les circulaires de 97 et 99, même si nous croyons tous avoir fait du réseau comme M. Jourdain de la prose (12). En résumé, on en retiendra surtout : l'obligation de repérer les acteurs concernés en général et du coordinateur plus particulièrement ; la définition d'une population-cible en termes



d'âge, de pathologie et de soins existants ou à attribuer; les procédures d'accès au réseau.

La difficulté consiste en la décision d'une hiérarchisation des réponses, et de la désignation ou non d'un responsable pour chaque partie du réseau engagée.

Dès lors, résoudre l'urgence c'est re perméabiliser les liens de réseau alors obstrués, et remettre en route la continuité là où tout était interrompu. La continuité (des soins, et plus généralement de la réponse et de la prise en charge) représente l'un des 4 axes de définition du travail de service public, faisant ainsi écho à la discontinuité marquée par le passage à l'acte.

L'école, les structures socio-éducatives et judiciaires, l'ASE, la PJJ, les foyers, les autres services de soins généraux ou psychiatriques ayant déjà répondu en urgence, ceux davantage en charge du long cours,...permettent qu'une carte de ressources s'établisse pour chaque adolescent pour un aspect de son monde. Il existe aussi de même un « réseau » privé souvent inconnu les uns des autres, celui des amis bien plus présents parfois que la famille, celui des adultes de substitution que le travail en urgence verra se dégager comme un apaisement plus ou moins durable, capable d'assurer la délégation et l'ouverture vers un tiers que demande le passage à l'acte.

Observation de Johann

Johann, 14 ans et demi, arrive au CPOA avec une « ordonnance de consultation » du juge pour enfants. Placé dans une 3^{ème} famille d'accueil, il avait saisi plusieurs petits enfants par le cou et les avait projetés, comme des petits chats. Adressé en pédiatrie, il est ensuite conduit dans un centre d'urgence pour adolescents parisien, qui le renvoie à l'A.S.E., laquelle se retourne vers le juge, qui demande la consultation au CPOA.

L'observation et l'hospitalisation brève durent 5 jours dans la perspective d'une rencontre programmée entre le juge, l'A.S.E., le service psychiatrique universitaire de secteur et l'association des familles d'accueil.

L'anamnèse est celle de carences affectives graves avec maltraitements, notamment dans la famille d'accueil, alcoolisme familial, le tout entraînant un retard mental avec QI global à 53. Mais aucune institution pour autistes n'en avait voulu ...car il ne présentait pas de signe d'autisme. Le retard mental fut même qualifié de « léger », sans doute pour infléchir le choix de l'institution. De nombreuses hospitalisations pour mise en route d'un traitement anti-agressif avaient eu lieu, le résultat en était paradoxal (association du même neuroleptique sous forme retard et sous forme gouttes).

L'évolution dans le service est la suivante : « Hyperactivité psychomotrice sans violence ni agressivité verbale, essentiellement lorsqu'on évoque devant lui des projets à court terme ou dans des situations de frustration à ses demandes, calmée par la relation à l'autre et la réassurance. Réticence à évoquer les événements survenus dans la famille d'accueil. Alternance de périodes de calme et de coopération avec l'équipe, de moments de repli et de retrait dans sa chambre ou encore d'intense adhésivité et de quête affective. Joue à l'ordinateur sans compréhension apparente des règles du jeu, entraînant rapidement et spectaculairement une amélioration comportementale.



Absence de troubles du sommeil. Hyperphagie, grignotage. Réticence itérative à prendre son traitement, mais sensible à la persuasion.

Diagnostic CFTMEA :

Dysharmonie psychotique

Retard mental moyen

Fœtopathie alcoolique

Maltraitance, rupture itérative des modes de gardes

Traitement :Fluanxol retard seul : 120 mg tous les 15 jours. »

A la sortie, la réunion avec les intervenants déjà cités a donné lieu à un retour chez la mère avec suivi ambulatoire psychiatrique et éducatif, en attendant la reprise d'un IMPro.

Au total, le cadre et la brièveté du séjour hospitalier ont évité la survenue de manifestations agressives. Quelques mouvements dépressifs sont apparus (quand l'ordinateur est tombé en panne il croyait en être fautif). Une hospitalisation plus longue n'avait guère de projet, et l'hôpital universitaire de secteur l'a d'ailleurs récusée. Seule la mise en présence de tous les intervenants, une fois passée l'urgence clastique, une fois ajusté le traitement retard pour éviter toute ambivalence de l'enfant ou de la mère, pouvait poser les rôles de chacun. Le réseau s'articulait-il ici autour du juge et de l'Aide Sociale à l'Enfance?

5° L'articulation du réseau externe et du cadre interne.

La logique du passage à l'acte se réduit à une situation d'élimination, largement pointée par de nombreux auteurs, résumée dans la formule de l'acte agressif : « moi ou lui ». Elle finit par imprégner la réponse de l'environnement et pose comme essentielles et non contingentes la discontinuité et la violence mutuelle. Dès lors réseau externe et cadre interne finissent par s'opposer, la défaillance de l'un étant la seule explication du nécessaire recours à l'autre. L'un et l'autre ne doivent-ils pas plutôt coexister et même s'articuler sans logique d'exclusion ?

Conclusion

L'expérience de l'accueil d'un nombre important d'urgences à l'adolescence est celle d'un centre d'urgences psychiatriques reconnu et équipé comme tel. Urgence et passage à l'acte sont coextensifs l'un à l'autre. Si la psychiatrie a longtemps nié l'urgence, elle cherche depuis longtemps à intégrer l'acte et sa dimension d'un au-delà des limites. L'urgence existe à l'adolescence, cette reconnaissance seule permettant de ne pas camper sur l'insistance du passage à l'acte qui déborde. Des thèmes centraux tels que la continuité des prises en charge, le déplacement institutionnel de la violence, l'interaction du cadre interne de soins et du réseau externe doivent aider à articuler la réponse de l'environnement. La tentative de repérage des représentations sous-jacentes à l'acte, un peu différemment de l'en deçà psychique retenu le plus souvent, permet peut-être de le rendre plus tolérable, sans naïveté cependant et sans manie interprétative non plus, et d'imaginer un traitement possible.



Bibliographie

- (1) GUEDJ M.J. Le paradigme de l'urgence à l'adolescence à partir de l'expérience du CPOA . Journée du GREUPP, sous la direction de GUTTON Ph. et JEAMMET Ph., Paris, 12 octobre 1996, Non publié.
- (2) WINNICOTT D.W.. Déprivation et délinquance. Trad. Franç.. Ed Payot et Rivages 1994, Paris,315 p.
- (3) HARRY B. Violence and official diagnostic nomenclature. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the law 1985, vol 13, n° 4 : 385-388.
- (4) BALIER C. Psychanalyse des comportements violents . 2^{ème} éd . PUF 1993 ; Paris, 288 p.
- (5) SIFNEOS Pr La psychosomatique aux Etats-Unis. Le concept d'alexithymie, in Publication des Laboratoires Delagrangé, 24 janvier 1990, 42 p.
- (6) BAYLE F., OLIE J.P. Concept d'impulsivité . Ann. Méd. Psychol. 1998 ; 156 : 588-595
- (7) BIRRAUX A. Violence à l'adolescence et clivage du moi in « L'illégitime violence », sous la direction de F. MARTY, Paris Erès 1997.
- (8) GUEDJ M.J. Violence en milieu scolaire : dimension suicidaire et diagnostic psychiatrique. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale décembre 2000 ; Tome IV, n° 43.
- (9) DIATKINE G. Les transformations de la psychopathie, Paris, PUF 1983.
- (10) JEAMMET Ph ; Comportement violent et psychopathologie de l'adolescence . in L'illégitime violence sous la direction de MARTY F., Paris, Erès 1997.
- (11) GUEDJ.M.J., CAROLI F. Accueil et soins différentiels pour adolescents : urgence et hospitalisation aiguë . Psychiatrie de l'enfant 1997 ; XL, 1 : 239 à 272.
- (12) MASSE G., HOVER J., MARTIN-LERAY C., GRAINDORGE E., KANNAS S. Santé mentale et réseaux. Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-956-A-10, 2001, 5p.



Urgence et crise suicidaire

Xavier Pommereau⁶

En octobre 2000, s'est tenue à Paris une Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie avec le concours de l'ANAES sur le thème « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Dans les recommandations élaborées à partir des diverses contributions discutées lors de cette rencontre, le Jury de la Conférence définit la crise suicidaire comme « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide, constituant un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.* » S'agissant de l'évaluation de la dangerosité et de l'urgence de la crise suicidaire, le Jury recommande d'explorer six domaines : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, un éventuel élément précipitant, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage proche. Trois niveaux d'urgence sont déterminés :

-« Urgence faible », pour une personne qui désire parler et est à la recherche de communication, cherche des solutions à ses problèmes, pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis, pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise, n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante, a établi un lien de confiance avec un praticien ;

-« Urgence moyenne », pour une personne qui a un équilibre émotionnel fragile, envisage le suicide avec une intention claire, a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée, ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir, a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;

-« Urgence élevée », pour une personne qui est décidée (planification claire, passage à l'acte prévu), est coupée de ses émotions (rationalise sa décision ou, au contraire, est très émotive, agitée ou troublée), se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation, dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées, a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider, a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé, est très isolée.

Si l'on doit se féliciter de voir ainsi la problématique suicidaire reconnue comme un thème majeur de santé publique donnant lieu à définitions et recommandations, il n'en demeure pas moins que la prévention du suicide se révèle complexe à mettre en œuvre

⁶ Dr X.POMMEREAU, psychiatre des hôpitaux, responsable de l'Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte, centre Abadie, CHU de Bordeaux.



en tant que telle, du fait du polymorphisme des situations « à risque », du caractère plurifactoriel des sources de mal-être et de la dimension éminemment ambiguë et paradoxale que présente « l'intention de mourir ». Le concept de « crise suicidaire » lui-même n'est pas sans soulever un certain nombre de problèmes :

-en l'interprétant comme un « moment critique », ne risque-t-on pas d'en faire abusivement, sinon un épisode d'angoisse existentielle quasi-banal, du moins une simple « réaction » à des événements de vie défavorables, au détriment de la prise en compte des facteurs personnels et interpersonnels inscrits dans la profondeur de l'histoire du sujet et de son entourage ?

-en l'envisageant comme un « accès », « la phase d'une maladie », « l'acmé de troubles » correspondant aux expressions ou complications évolutives d'un trouble mental (dépression, schizophrénie, etc.), ne risque-t-on pas de négliger les situations de vulnérabilité suicidaire durable qui résistent à l'établissement d'un diagnostic psychiatrique ?

-en s'en tenant à la détermination consciente, plus ou moins affirmée, de « mettre fin à ses jours », n'occulte-t-on pas les conduites à risque pourtant dangereusement mortifères que développent certains sujets « en toute inconscience » ?

Quant à la gradation de l'urgence, elle est elle-même sujette à caution :

-tout praticien a nécessairement en mémoire des cas d'« urgence faible » qui se sont terminés tragiquement, ajoutant à la douleur de la perte, celle de l'impuissance et de la culpabilité, en raison précisément de la qualité de la relation thérapeutique établie ;

-chez les patients mélancoliques ou psychotiques suivis et traités, le risque suicidaire est paradoxalement plus élevé en phase de rémission des troubles ;

-certains sujets développent des aménagements pervers qui leur font « prendre en otage » le médecin ou l'équipe les prenant en charge, à travers la menace permanente et terroriste d'un passage à l'acte suicidaire.

Pour nous, il y a danger de suicide dès lors qu'un sujet éprouve d'intenses sentiments de « non-existence ». Ce ressenti peut être activé par la survenue d'un ou de plusieurs événements précipitants dont les formes diverses (rupture sentimentale, conflit intra-familial ou inter-personnel, deuil, maladie, situation socio-professionnelle défavorable, épisode dépressif, violences subies, condamnation, incarcération, etc.) induisent un vécu réel ou supposé d'abandon, de perte, ou d'isolement insupportable. Ces événements ont d'autant plus d'impact sur le sujet que celui-ci éprouve des difficultés personnelles et/ou inter-personnelles à définir une place et une identité supportables, pour des raisons là encore multiples (troubles de la personnalité et maladies de l'humeur, dépendance affective majeure, environnement pathogène, enchaînement d'événements dramatiques, etc.) qui elles-mêmes peuvent s'inscrire dans une histoire personnelle ou familiale marquée par diverses formes d'abandon, de perte ou d'indifférenciation (séparation précoce, suicide d'un parent, violences physiques ou sexuelles subies dans l'enfance, répétition transgénérationnelle de traumatismes, relations de dépendance excluant l'un ou l'autre parent, etc.). Ces inclusions successives à la manière de « poupées russes » rendent compte du caractère polyfactoriel de la problématique suicidaire ; mais pour percevoir son extrême



complexité, il faut aussi savoir que ces emboîtements interagissent entre eux et peuvent se potentialiser mutuellement. Et ce sont précisément tant ces différents niveaux du processus suicidaire que leurs articulations qui échappent en grande partie à la conscience du sujet et de son entourage.

Certains sujets vont se mettre en danger de mort en multipliant des conduites de risque qui ne sont ni pensées, ni revendiquées en tant que conduites suicidaires. Ils se mettent « à l'épreuve » pour se sentir vivants, confondant émotions et sensations au travers de comportements ordaliques destinés, en quelque sorte, à légitimer leur existence. Ceux-là sont suicidaires sans le savoir, leurs conduites de rupture procédant des mêmes interrogations identitaires que celles qui caractérisent les sujets animés du désir « d'en finir ». Ces derniers sont, à leur corps défendant, non moins ignorants d'un effroyable paradoxe qui se décline dans trois dimensions :

-ils croient connaître les raisons de leur idéation suicidaire, alors qu'ils en ignorent les soubassements profonds, leur volonté de rupture étant la résultante de plusieurs registres superposés (oublier les difficultés, cesser de souffrir, faire disparaître les problèmes, trancher dans le vif d'une relation aliénante, se distinguer radicalement à travers une défection provisoire ou définitive, supprimer le corps propre pour devenir un « pur esprit »...);

-ils se méprennent sur leur désir « d'en finir », car ce qui les anime est de « cesser de non-exister », c'est-à-dire d'imposer leur existence aux yeux des autres, fut-ce en se débarrassant de leur corporéité pour imprimer à jamais leur place et leur identité dans la tête de ceux qui restent;

-ils prétendent ou cherchent à se convaincre que leur idéation suicidaire n'engage qu'eux-mêmes, alors que leur quête éperdue - mourir non pour disparaître mais pour exister - s'adresse toujours à l'autre.

Vouloir anéantir des pensées inacceptables, détruire le corps propre perçu comme un fardeau ou une entrave à la « liberté d'être », attaquer en soi des représentations ineffaçables d'autrui, hanter pour toujours la mémoire des survivants, constituent ainsi plus les termes d'une revendication existentielle désespérée que les traits d'un supposé « désir d'auto-élimination ». Ces aspects masqués contribuent d'ailleurs à expliquer l'importance de la culpabilité (et, par voie de conséquence, celle des mécanismes de disculpation défensive) chez les suicidants et leurs proches, culpabilité dont l'intensité douloureuse atteint son acmé chez les familles endeuillées par un suicide.

L'écheveau complexe et « sensible » que constitue la crise suicidaire demande à être dénoué avant qu'il ne soit trop tard, que le sujet soit animé d'idées de suicide ou rescapé d'une tentative de suicide (et donc à haut risque d'une récurrence). Dans un cas comme dans l'autre, une prise en charge est indispensable. Son objectif est triple :

-effectuer avec le sujet (et, chaque fois que possible, avec ses proches) un travail de « dépliage » des différents facteurs concourant à la genèse de la crise suicidaire, afin d'identifier la nature et les véritables enjeux de la souffrance ressentie, sachant qu'il serait imprudent, voire irresponsable, de miser sur une éventuelle résolution spontanée de l'épisode, les mêmes causes risquant de provoquer les mêmes effets à court ou moyen terme;



-déterminer les réponses thérapeutiques les plus appropriées pour réduire la souffrance et les symptômes qui lui sont associés, et amorcer un travail d'élaboration psychique pour intégrer, dépasser cette souffrance en lui donnant du sens et se réorienter vers l'envie de vivre;

-définir, chaque fois que nécessaire et en partenariat avec d'autres intervenants, les modalités d'aménagements éducatifs, familiaux et sociaux susceptibles de participer au « rétablissement identitaire » du sujet en détresse et à sa reconnaissance par ses proches, dans le respect des intérêts de chacun et en tenant compte de leur capacité à gérer la situation de crise.

Qui doit assurer cette prise en charge ? Sans sous-estimer le rôle que peuvent jouer en matière de prévention les éducateurs au sens large et tous les « aidants naturels » (professionnels ou bénévoles), nous pensons que le suivi médical - généraliste et, si besoin, spécialisé - doit être considéré comme indispensable, à condition qu'il s'inscrive dans une véritable politique de réseau transdisciplinaire et inter-institutionnel. A condition aussi qu'il ne se confonde pas avec une simple surveillance de prescription médicamenteuse, fut-elle appropriée et tout à fait nécessaire. Quant à la question de savoir si la prise en charge doit être proposée en ambulatoire ou en milieu hospitalier, nous préconisons d'en déterminer l'indication à partir d'une évaluation minutieuse de l'état clinique du sujet, de sa capacité ou non à s'interroger sur le sens de son mal-être et des possibilités qu'a l'entourage d'en examiner de leur côté les tenants et aboutissants.

L'hospitalisation du sujet suicidaire est recommandée lorsque l'une, au moins, des situations suivantes est observée :

-Le sujet présente des signes dépressifs particulièrement intenses et/ou des symptômes évocateurs de troubles graves de la personnalité;

-Le sujet se montre réfractaire à toute forme de suivi, bien qu'il exprime des idées de suicide et développe une symptomatologie anxio-dépressive nécessitant un traitement;

-Le sujet semble incapable de lutter seul contre ses ruminations suicidaires et multiplie les appels au secours (demandes insistantes de rendez-vous supplémentaires, sollicitations téléphoniques répétées, etc.) ;

-Le sujet effectue divers passages à l'acte à type de conduites de risque ou de violences auto-infligées, sans parvenir à exprimer son mal-être autrement que dans l'agir;

-Le sujet accepte en apparence le suivi ambulatoire, mais celui-ci ne permet aucune amélioration, voire s'accompagne d'une aggravation des idées de suicide;

-Une séparation provisoire d'avec le milieu familial et professionnel semble indispensable pour que le sujet puisse enfin « se poser » et réfléchir à ses difficultés inter-personnelles;

-L'environnement familial apparaît déficient, toxique ou lui-même débordé par d'autres souffrances.

A ces circonstances qui concernent les sujets suicidaires de tous âges, nous ajoutons le cas particulier des adolescents qui multiplient les conduites de rupture (fugues, mises en danger diverses, ivresses répétées à l'alcool ou au haschisch, « clashes » relationnels



itératifs, scarifications et brûlures auto-infligées, etc.) sans toujours les reconnaître comme suicidaires. Réticents à investir d'emblée une prise en charge dont ils ne comprennent souvent ni l'intérêt ni le sens, ces adolescents acceptent davantage les « séjours de rupture » qui leur sont proposés dans des services hospitaliers spécialisés pendant quelques jours. A charge pour de tels services d'offrir un cadre thérapeutique spécifique destiné à approfondir l'évaluation initiale, à initier si besoin un traitement médicamenteux adapté, à faciliter l'orientation vers une structure de soins psychiatriques dans le cas où celle-ci s'impose, et à favoriser l'ébauche d'une élaboration psychique de la crise qui pourra se poursuivre en ambulatoire. Le concept d'unité de crise, tel qu'il est actuellement répandu, nous semble imparfaitement répondre à tous ces objectifs pour au moins deux raisons : la brièveté de la durée de séjour, trop courte lorsqu'elle est inférieure à cinq jours, rendant illusoire une réelle « mise à plat » des difficultés du sujet et de son entourage ; l'insuffisance de conceptualisation d'un véritable « cadre thérapeutique » dont nous pensons que la précision dans la définition des espaces et des temps institutionnels se révèle indispensable pour apaiser la crise et engager une prise en charge appropriée.

Moins de 20 % des jeunes suicidaires ou suicidants ont besoin d'être hospitalisés en service de psychiatrie. Les autres, c'est-à-dire la très grande majorité, sont en crise identitaire et relèvent d'un suivi ambulatoire. Le problème est que pour l'accepter, ils doivent en comprendre le sens et être accompagnés dans cette démarche. C'est pourquoi nous préconisons que les intervenants de psychiatrie de liaison chargés de l'évaluation initiale des suicidants dans les services d'urgence soient étroitement associés aux dispositifs de consultation ou d'hospitalisation proposés en relais. C'est pourquoi encore nous affirmons que la création d'unités de transition dotées d'un cadre thérapeutique spécifique permet d'établir un dispositif-relais essentiel qui ne se confond ni avec une unité de crise ni avec un service de psychiatrie traditionnel. Notre équipe du centre Abadie dispose ainsi de 15 lits accueillant 400 adolescents par an (80 % de suicidants, 20 % de suicidaires) pour une durée moyenne de séjour de dix jours, afin de les préparer à s'investir, dès la sortie, dans un suivi ambulatoire. Notre expérience de huit années de fonctionnement indique que, dans ces conditions, six sujets sur dix s'impliquent ultérieurement dans le suivi proposé.

En quoi consiste le suivi ambulatoire d'un sujet en crise suicidaire ? L'offre de soins repose selon nous sur plusieurs principes :

- *Etablir une relation de confiance* : la première règle consiste à nommer la souffrance suicidaire, sans la juger, la banaliser ou la nier. En dehors des cas où le sujet évoque directement son idéation morbide, il faut pouvoir lui dire les inquiétudes que l'on éprouve à son sujet, lorsqu'on le sent en danger. À l'inverse de ce que d'aucuns croient, ce type d'intervention n'a jamais pour effet de « donner au patient des idées noires qu'il n'aurait pas spontanément ressenties ». En levant toute ambiguïté, il soulage au contraire le sujet en détresse, le reconnaît explicitement comme tel et lui indique que l'on ne craint pas d'aborder un thème que beaucoup jugent tabou, ce qui autorise le patient à livrer son vécu intime. La deuxième règle consiste à distinguer formellement confiance, connivence et confidentialité, chaque fois que le sujet cherche plus ou moins consciemment à faire du médecin le « complice » de son projet mortifère (« Je ne le dis qu'à vous », « Je vous demande de respecter ma décision et de



ne pas me trahir », etc.), en rappelant que la démarche de soins vise à apaiser la souffrance, non à supprimer la vie, et que le secret médical ne saurait se confondre avec une non-assistance à personne en danger, encore moins à une complicité de meurtre.

- *Centrer l'échange sur la souffrance du sujet* : lorsque le sujet accepte d'évoquer ses ruminations suicidaires, l'objectif du médecin ne consiste pas à lui opposer « toutes les bonnes raisons qu'il devrait avoir de rester en vie », à s'efforcer de lui « changer les idées » d'une manière artificielle et plaquée, à le culpabiliser ou à proposer force conseils qui ne rassurent évidemment que celui qui les prodigue. Il ne s'agit pas non plus de s'enliser dans un débat pseudo-philosophique sur les éloges comparés de la liberté de chacun à disposer de lui-même, du droit de vivre donc de mourir, du courage ou de la lâcheté. Le médecin a pour but principal d'amener le sujet suicidaire à restaurer en lui l'envie de vivre en l'aidant à identifier la nature de sa souffrance pour pouvoir y faire face et lui donner un sens. À charge, pour lui, d'éviter les projections personnelles et d'inviter le patient à se poser des questions. En réalité, le sujet en détresse n'attend pas de réponses toutes faites à des problèmes qui lui sont intimes. Il a besoin d'être reconnu, écouté et encouragé à appréhender sa souffrance avec moins de peur et de honte.

- *Faciliter la mise en mots des affects* : chez le sujet suicidaire, l'agir - sous toutes ses formes - est vécu comme le seul moyen efficace d'apaiser la souffrance psychique. Il donne au sujet l'illusion d'une maîtrise et vise à diminuer transitoirement les tensions internes en leur donnant une voie de dérivation. Le problème est que celles-ci réapparaissent très vite en l'absence d'élaboration, obligeant le sujet à reproduire des actes en lieu et place d'une parole qui ne parvient pas à exprimer la douleur morale ressentie. Le médecin doit donc inciter le patient à mettre des mots sur ce qu'il éprouve et lui proposer une écoute active. L'important est de ne pas laisser le sujet croire que l'on peut « le comprendre à demi-mot » ou « se mettre à sa place », mais de l'amener au contraire à découvrir que la verbalisation des sentiments et des émotions peut l'apaiser plus durablement que l'agir et lui permettre de faire des liens et des associations donnant du sens à sa souffrance.

- *Définir la nature des soins proposés* : à partir des propos recueillis et des signes constatés, le médecin doit indiquer au patient ce qu'il pense de son état et discuter avec lui des modalités thérapeutiques à mettre en place, en ambulatoire ou en institution spécialisée. Le choix est évidemment fonction en premier lieu de la gravité de la symptomatologie, mais il dépend aussi de la capacité du sujet à s'investir dans un projet de soins. En présence de signes tangibles de dépression, l'annonce du diagnostic doit se faire sans ambiguïté en utilisant des mots très simples. La prescription de médicaments doit s'assortir des explications et des recommandations ad hoc (bénéfices escomptés, précautions d'usage, posologie, durée, possibles effets secondaires...). Il est également utile d'insister sur le fait que la prise en charge ne se limite pas à la seule administration de psychotropes. On sait en effet que la résolution d'un épisode anxio-dépressif majeur et la prévention des rechutes imposent, conjointement au traitement médicamenteux, un travail d'élaboration psychique destiné à permettre au patient de donner un sens à sa souffrance. Quant aux modalités de la relation thérapeutique, elles doivent être précisées, de même que le principe général de la psychothérapie,



lorsqu'elle est retenue, demande à être éclaircie. Contrairement à ce que beaucoup croient, l'écoute psychothérapique ne consiste pas à prêter une attention passive et silencieuse à une parole manifeste qui ne dirait rien ou qui déviderait en continu une kyrielle de plaintes et de récriminations. Elle n'a pas non plus pour but de fournir des conseils censés amener le sujet à faire des choix qui ne seraient donc pas les siens. Au moyen de modalités particulières qui lui sont spécifiques, c'est à une écoute active qu'invite la psychothérapie, avec pour objectif le rétablissement des différents champs du langage, c'est-à-dire aussi bien le langage intérieur et ses chaînes associatives, que le discours parlé mettant en mots le ressenti et le vécu. Chemin faisant, le travail ainsi produit permet au sujet de composer avec ses propres ressources et de développer des réponses personnelles.

Quoi qu'il en soit, certains patients ne voient pas en quoi telle ou telle prise en charge peut changer leur situation, eux qui attribuent leur idéation suicidaire à une faillite affective et/ou matérielle irréparable. En l'occurrence, il n'est pas rare d'entendre de la part de quelqu'un qui relie sa détresse à une rupture sentimentale : « Que pouvez-vous changer à ma situation ? » Le médecin doit alors indiquer que l'aide proposée ne consiste pas à résorber magiquement le problème, mais à permettre au sujet de l'examiner sous d'autres angles, car c'est précisément en évoquant ses difficultés à un tiers non impliqué dans « le problème » que le sujet peut découvrir de nouvelles perspectives qui l'aideront à le résoudre ou à le dépasser.

Face à un patient qui refuse tout soin et qui revendique « qu'on le laisse se suicider », il convient d'opposer un discours et une attitude fermes qui ont d'ailleurs souvent pour effet de rassurer le patient. Dans les cas les plus graves, une procédure d'HDT doit être retenue, l'hospitalisation sous contrainte permettant d'amorcer des soins jusque-là catégoriquement refusés par le patient. L'expérience indique d'ailleurs que la plupart des HDT peuvent être rapidement levées et se poursuivre par une prise en charge à laquelle le patient adhère de plein gré.

La prise en charge du sujet suicidaire en milieu hospitalier doit répondre aux objectifs suivants :

- *Contenir le sujet en souffrance suicidaire* : il s'agit de lui proposer un cadre thérapeutique adapté et tolérable : visite des lieux et lecture commentée avec un soignant du règlement intérieur stipulant ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas, les horaires des différentes activités, etc.; inventaire et retrait, dès l'admission et en accord avec le patient, des objets personnels jugés dangereux, sans pour autant aboutir à une « fouille douanière » et à l'instauration de mesures « d'allure carcérale » (remplacement systématique des couverts en métal par des couverts en plastique, confiscation des lacets de chaussures, etc.) qui confondraient contenance et détention ; suppression momentanée des contacts avec l'extérieur lorsque ceux-ci réactivent la détresse du sujet; disponibilité soignante pour répondre aux sollicitations du patient et régulièrement lui proposer des entretiens de soutien ou d'évaluation afin de substituer la parole aux passages à l'acte.

- *Evaluer l'état psychique du sujet de manière approfondie* : il s'agit de collecter et d'examiner les arguments cliniques, psychopathologiques et sociaux permettant une appréciation plus fine de la symptomatologie et de la situation socio-



familiale considérées. Cette évaluation pluridisciplinaire représente idéalement une synthèse des différentes approches effectuées par chaque professionnel de l'équipe (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale...). Elle suppose des temps d'échanges et de concertations institutionnels dont la fréquence et la régularité contribuent à la stabilité du cadre thérapeutique. Lorsqu'une conduite à tenir est définie, les dispositions qui en découlent doivent être discutées avec le patient, ses proches et le médecin traitant afin d'obtenir leur adhésion et leur alliance.

- *Initier ou modifier le traitement* : il s'agit d'articuler les différentes modalités de soins de façon synergique (chimiothérapie, entretiens d'élaboration, groupes de parole, activités d'expression, etc.) que la prise en charge en ambulatoire ne permet pas en situation de crise. Il est à cet égard capital que le médecin traitant soit étroitement associé aux décisions retenues.

- *Permettre une médiation effective entre le sujet et son entourage* : il s'agit de constituer un espace tiers susceptible de les aider - séparément puis ensemble - à prendre la mesure de leurs dynamiques personnelle et familiale et à identifier, au moins en partie, les enjeux de leur détresse. L'hospitalisation permet d'entériner la souffrance du sujet et, dans un premier temps, de se centrer sur elle; mais elle doit rapidement déboucher sur la restauration du dialogue entre le sujet et ses proches.

- *Déterminer les modalités optimales de suivi ultérieur* : il s'agit de prendre en compte l'évolution du patient, ses besoins d'accompagnement ou de soutien, ses possibilités d'implication dans un travail d'élaboration psychique, la qualité de l'étalement familial et social, etc. Là encore, plus les soignants s'interrogent précocement sur la forme et le contenu des soins à poursuivre en post-hospitalisation, plus ils associent le médecin traitant à cette démarche, plus ils impriment une dynamique qui facilitera la prise en charge ultérieure. Le séjour en institution doit en effet avoir pour objectif de préparer le patient à des relais ambulatoires futurs pour éviter qu'il ne s'« installe » dans une position passive et régressive « en marge de la vraie vie », même si cet axe thérapeutique nécessite des réhospitalisations ou des aménagements transitoires (hôpital de jour, de nuit...).

En pratique, nombre de médecins se sentent démunis devant un patient suicidaire et la nécessité d'un suivi se heurte à plusieurs obstacles :

- *Le manque de formation des médecins généralistes* : l'approche de la psychiatrie reste insuffisante dans l'enseignement de la médecine, tant du point de vue théorique que clinique. En médecine générale, les symptômes dépressifs le plus souvent repérés sont la fatigabilité, les troubles du sommeil et l'anxiété, d'où la fréquence des réponses thérapeutiques dirigées sur ces seuls signes. D'autre part, la formation psychiatrique succincte reçue pendant ses études ne permet au généraliste de se familiariser avec les techniques d'entretien et d'écoute. Dès lors, il ne sait pas toujours établir une relation thérapeutique souple évitant « l'interrogatoire » rigide au profit de questions simples mais directes permettant au patient d'extérioriser des ruminations pessimistes, une réduction des intérêts, une anhédonie. Certains praticiens interrogent rarement sur les idées suicidaires, craignant à tort de les susciter par leurs questions. Une autre difficulté réside dans le seuil de sévérité à retenir. En l'absence de critères spécifiques, le médecin est tenté de prendre en compte les répercussions sur le



fonctionnement social du patient, bien plus que la sévérité des symptômes dépressifs eux-mêmes.

-*L'ambivalence des patients suicidaires*: les études épidémiologiques indiquent que le nombre de patients suicidaires ayant consulté un médecin généraliste dans les semaines précédant leur passage à l'acte, est non négligeable : 20 % des suicidés l'ont fait dans la semaine précédente, 83 % dans l'année, la densité de consultation augmentant à mesure que l'on se rapproche du suicide. Les patients en détresse psychologique qui consultent un médecin sont donc en attente d'une aide. Il leur est cependant très difficile de faire état de leur idéation suicidaire, par peur d'être jugés ou incompris par un interlocuteur dont ils veulent conserver l'estime. Ils appréhendent « l'étiquette psy » et cherchent souvent à présenter leurs plaintes d'une manière « logique », quitte à taire certains aspects de leur souffrance. C'est sans doute aussi la crainte de décevoir l'autre par un « aveu de faiblesse » qui explique pourquoi les patients suicidaires ne consultent pas toujours *leur* médecin habituel mais un autre praticien, comme l'indique l'enquête récente effectuée dans cinq régions françaises par l'association Prémutam. Quoi qu'il en soit, ils évoquent des préoccupations somatiques, expriment des allusions plus ou moins voilées, se perdent dans des détails conjoncturels, etc., en espérant secrètement que le médecin saura « lire entre les lignes » et reconnaître leur détresse. Leur demande ambiguë pourrait se résumer de la manière suivante : « Je vais mal mais je ne parviens pas à vous dire à quel point; à vous de le voir et de m'aider à l'exprimer si vous voulez que je vous fasse confiance ». Il n'est pas rare que la démarche de certains patients suicidaires soit totalement paradoxale : ils envisagent la consultation d'un médecin à la fois comme un « ultime recours » et comme la dernière preuve d'échec qui leur manque pour définitivement se convaincre que « l'on ne peut plus rien pour eux ». Dans de tels cas, plus le praticien se montre désarmé, incapable de nommer leur souffrance et d'évoquer le caractère ambigu de la « demande », plus ces patients se sentent abandonnés et incompris. C'est la raison pour laquelle le médecin doit proposer une alliance thérapeutique qui imprime en retour une demande au patient (« Je vois que vous souffrez mais je ne peux vous aider qu'avec votre participation. *Nous* devons sortir de cette impasse qui nous rend otage de votre détresse »). En la matière, l'empathie, le respect et l'authenticité du médecin peuvent fonctionner comme de véritables leviers thérapeutiques capables d'écarter réticences et ambiguïtés du patient.

- *La solitude du médecin dans sa conduite à tenir* : l'intervention « à chaud » du médecin généraliste au domicile d'un patient ayant fait une tentative de suicide ne se limite pas à l'assistance somatique. D'ailleurs, les situations les plus délicates à gérer ne sont pas celles où le transfert immédiat du suicidant en milieu hospitalier s'avère indiscutable. Ce sont au contraire celles qui autorisent a priori toutes les discussions, le passage à l'acte étant d'apparence minime. Le médecin est alors souvent l'objet de multiples pressions émanant du patient lui-même, réfractaire à l'hospitalisation proposée, de son entourage qui craint le qu'en-dira-t-on et qui est tenté d'annuler un acte interrogeant la dynamique familiale, ou de certains urgentistes sollicités par téléphone qui estiment l'acte trop bénin pour justifier une admission. Le fait est que l'on estime à 20 ou 30% la proportion des TS ne conduisant pas à une hospitalisation, surtout lorsque celles-ci impliquent des sujets jeunes. La banalisation, le déni (« Il ne



s'est rien passé ») ou la crainte d'une dramatisation exagérée sont en grande partie responsables de tels évitements. Cette négation de l'acte suicidaire est malheureusement source de récidives, car certains sujets en détresse réitèrent leur geste avec plus de violence pour que leur souffrance soit entendue. Dans l'expérience de notre équipe, 75 % des suicidants récidivant à très court terme - c'est-à-dire dans les trois mois - n'avaient pas été hospitalisés lors de leur précédente tentative.

En réalité, adresser un suicidant aux urgences est, la plupart du temps, préférable à toute autre disposition, à la fois pour des raisons somatiques et psychologiques. Du point de vue strictement physique, les arguments ne manquent pas (effet retardé de certains produits absorbés, incertitudes concernant la nature exacte des produits en cause, congruence variable entre la dangerosité potentielle d'une substance et l'altération de l'état de conscience qu'elle induit, potentialisation entre eux des toxiques ingérés, etc.). Du point de vue psychologique, si une TS sévère dans ses diverses composantes (préméditation, forte intention de mourir, précautions prises pour ne pas être découvert, répercussions somatiques importantes) engage naturellement le médecin à se montrer réservés quant à l'état psychologique du sujet, il serait faux de croire qu'une TS de moindre gravité somatique correspondrait à une souffrance psychique minime. Que le suicidant parle d'un désir de mourir, de dormir ou d'oublier, l'adresser aux urgences - même si son état somatique ne semble pas l'imposer - répond à une exigence : reconnaître et gérer l'expression d'une volonté de rupture qui demande à être contenue et évaluée hors du milieu familial. Or, le médecin généraliste est confronté à trois types de problèmes :

- Il doit parvenir en un minimum de temps et dans des conditions souvent sommaires à expliquer le bien-fondé de sa décision d'orientation à un patient et à un entourage fréquemment opposés à une telle décision;

- Il doit pouvoir compter sur la cohérence de l'institution hospitalière dans son rôle de médiateur et de tiers, en accueillant tous les suicidants, y compris ceux dont l'état physique semble loin d'être critique, et en relayant les soins somatiques par une évaluation médico-psycho-sociale approfondie in situ;

- Dès la sortie de son patient, il doit avoir rapidement connaissance des conclusions de l'équipe hospitalière, ce qui est encore loin d'être le cas. Un omnipraticien sur cinq seulement est contacté par le service de soins où le patient a été hospitalisé. Nombreux sont les praticiens qui reprochent à l'institution hospitalière le manque de communication et de coordination avec eux, le retard et le caractère trop peu explicite des courriers qui leur sont adressés, l'absence de contacts spontanés de la part des services hospitaliers, la trop courte durée des hospitalisations, les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous ultérieur de consultation psychiatrique, etc.

- *La crainte de la « psychiatisation »* : lorsque leur médecin généraliste évoque avec eux l'utilité d'un « relais psy », beaucoup de suicidants sont a priori réticents, par peur de tout ce qui touche à la folie ou par conviction erronée de connaître la nature de leurs difficultés. Ces patients sont en effet dans l'incapacité de s'investir dans un projet thérapeutique dont ils ne perçoivent ni l'intérêt ni le sens. En panne d'élaboration psychique, ils sont aussi très souvent en attente d'une résolution magique de leurs conflits, misant sur l'oubli, la fuite ou la subite compréhension de leur entourage. Pour aplanir ces résistances et accompagner les patients dans une démarche



de soins appropriée, le rôle du médecin traitant est primordial. Mais l'omnipraticien doit accepter d'être le pivot autour duquel s'organise la prise en charge et il doit être reconnu comme tel par l'entourage et ses confrères spécialistes amenés à intervenir. Or, de nombreux médecins généralistes font état de difficultés à ces différents niveaux :

- Certains praticiens considèrent la psychiatrie comme une spécialité « à part », aux confins de la médecine, avec des logiques et des fonctionnements flous ou incompréhensibles. Cette attitude de défiance n'est pas seulement liée à l'ignorance de cette spécialité; elle est largement amplifiée par l'hermétisme de certains thérapeutes et leur absence injustifiée de volonté de collaboration transdisciplinaire;

- D'autres praticiens se sentent prisonniers des intérêts contradictoires du suicidant et de ses proches et ne parviennent pas à passer le relais, craignant la stigmatisation ou la dramatisation abusive autour de la notion de troubles mentaux. Au delà de leurs propres réticences éventuelles vis-à-vis de la psychiatrie, ces médecins perçoivent mal leur rôle de médiateur et de tiers référent;

- D'autres enfin, les plus nombreux aujourd'hui, déplorent le manque de correspondants psychiatres et les délais anormalement longs pour obtenir un rendez-vous.

Tous ces aspects méritent des améliorations et une plus grande concertation inter-professionnelle. Les réticences du patient pour accepter un « relais psy » sont souvent liées à celles de l'entourage et aux diverses résistances médicales plus ou moins conscientes émanant du praticien ou de ses correspondants. Afin que le sujet n'éprouve pas un sentiment d'abandon ou de rejet, le médecin doit lui expliquer pourquoi un tel relais est souhaitable et ce qu'il convient d'en attendre. Ce peut être parce que les symptômes présentés nécessitent un avis spécialisé, voire imposent l'instauration et la surveillance d'un traitement chimiothérapique spécifique. Il est important de dire à un patient que les troubles qu'il présente ne disparaîtront pas d'eux-mêmes et que l'aide d'un psychiatre est indispensable. Ce peut être aussi parce que l'écoute simple, même attentive, n'apparaît plus suffisante. L'indication d'une psychothérapie est alors à discuter. Cela suppose que l'omnipraticien collabore avec des correspondants thérapeutes dont les méthodes lui sont connues et qui acceptent de recevoir les patients adressés, même si l'indication d'une psychothérapie reste encore à évaluer. Préalablement informés et préparés à cette démarche par leur médecin, ces patients-là investiront d'autant mieux le relais proposé qu'ils en auront compris le sens et l'utilité potentielle, et qu'ils ne vivront pas ce passage comme un abandon qui ne dirait pas son nom. Cette articulation entre omnipraticiens et professionnels de santé mentale est incontestablement l'un des maillons essentiels du réseau transdisciplinaire requis pour la prise en charge des patients en détresse suicidaire.



Références

BOYER P et Coll, Dépression et santé publique, Données et réflexions, PRID, Acanthe, Masson, SmithKline Beecham, Paris, 1999.

Conférence de consensus, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », Texte long des recommandations élaborées par le Jury, Fédération Française de Psychiatrie, Anaes, Paris : 2000.

PIRKIS J, BURGESS P, Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry, 1998, 173 : 462-474.

POMMEREAU X, Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent, La Revue du Praticien, 1998, 48 : 1435-1439.

POMMEREAU X, L'adolescent suicidaire, Paris : Dunod, 1996, 238 p.

POMMEREAU X et Coll, Dépression et suicide, Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression, SmithKline Beecham éd., 2000, 64 p.

Prévention des suicides et tentatives de suicide : Bilans régionaux. Etat des lieux 1995-1997. Paris : Prémutam, 1998 : 25-33.



LE TEMPS DE L'HOSPITALISATION



Le Contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires ?

M. Corcos⁷

« Ce n'est pas le doute mais la certitude qui rend fou » F. NIETZSCHE

1/INTRODUCTION : EVOLUTION SOCIALE ET STANDARDISATION DES SOINS.

L'évolution sensible ces dernières années des pratiques médicales vers une dynamique de contractualisation des soins est à référer à une évolution sociale marquée par le « désir » de plus de transparence dans une société sans règles, ni système de valeur aussi clairement établis voire imposés qu'auparavant.

L'analogie marchande que laisse entendre le terme de contrat est suffisamment éloquente de l'influence de cette évolution des sociétés occidentales sur le système de santé.

Même si la demande de transparence reste dans une large mesure ambiguë, la législation en cours de validation de l'accès libre du patient au dossier médical confirme une évolution sensible de la relation médecin-malade, et la possibilité de procès en cas de litige a pris sa place en arrière fond du dialogue thérapeutique.

Il est un fait que la demande sociale de soins s'est beaucoup transformé. Le médecin semble être passé du statut de maître plus ou moins idéalisé ou parentifié à celui « d'expert » à qui il est demandé compétence et devoir. Le droit à la santé n'est plus une espérance mais un acquis ; et le soin n'est pas loin d'avoir pris un statut d'objet de consommation.

Si ces schèmes sociaux ont sensiblement infiltré l'exercice médical en médecine somatique, il n'en est probablement pas, encore de même en psychiatrie, où les difficultés d'une telle démarche sont autrement problématiques. A fortiori en psychiatrie d'enfant et d'adolescent.

Ce préambule vise à souligner que cet environnement social modifiant les modalités de soin, dont l'influence anglo-saxonne est nette, n'est pas sans modifier nos prises en charge. Surtout celles qui s'écartent le plus de ce modèle anglo-saxon, à savoir l'approche psychanalytique. Les recommandations pratiques issues de ce modèle étant bien évidemment en lien direct avec l'approche étiopathogénique, biológico-clinique, et éducative actuellement prévalente. A ce titre, d'aucuns s'inquiètent de l'évolution du système de soins en psychiatrie vers une prise en charge orientée vers l'éducatif plus que vers le soin psychothérapeutique et qui serait gérée essentiellement par les omnipraticiens et les services sociaux sous « supervision experte » des psychiatres dont le nombre va diminuer dans les années à venir.

⁷ Dr M.CORCOS, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.



Précisons donc, d'emblée que le « centre de gravité » de notre approche psychanalytique compréhensive, diagnostique et thérapeutique, est mis à mal par cette évolution sociale, et qu'elle doit s'y adapter sans s'y perdre.

Elle peut et doit prendre en compte la demande d'un contrat de soin formulé par un patient et sa famille si elle précise d'emblée en s'en expliquant que travaillant sur les processus inconscients, le contrat ne saurait s'inscrire dans une tactique à court terme ou une stratégie rationnelle à long terme.

Sa logique de soulagement de la souffrance ne saurait être confondu avec une logique de pacification opératoire (puisqu'elle prend appui sur la force thérapeutique des conflits maîtrisés) et a fortiori avec une logique de normalisation.

Le contrat n'est pas le rejeton psychiatrique de la loi ou des contraintes collectives face à la liberté individuelle. Ce qui est en jeu ici demeurent la souffrance et le désir subjectifs du patient, sans éluder la nécessité vitale d'un accord minimal de cette liberté individuelle de s'épanouir ou de se détruire avec le collectif.

Ce qui est visé c'est bien l'expansion de cette liberté individuelle entravée, par l'accession à la capacité de choisir. Mais, le contrat se doit d'intégrer les limites qu'impose la vie collective et dit l'importance de ne pas être en dehors du groupe social. Plus profondément, il dénonce ce faisant l'illusion d'une liberté sans limite et sans but qui ne peut qu'ouvrir la voie à la contingence et donc au désordre. Le contrat ne s'oppose pas à la pulsionnalité et à cette apparente libération sans fin d'un désir. Le contrat ne dicte pas des valeurs et n'énonce pas un sens moral. Il a une fonction protectrice du moi, non dans un but répressif ou adaptatif, mais dans un but économique.

Il est vrai que pendant tout un temps le traitement psychothérapeutique s'était attaché essentiellement à aider à libérer le sujet de ses entraves et que dans nos sociétés plus libérales, plus violentes, il s'agirait désormais de trouver des modalités de contenance de la pulsionnalité pour éviter qu'elle ne déstabilise un moi fragile.

Dans ce même axe de questionnement, mais plus spécifique à la psychiatrie d'adolescent, la différence générationnelle (thérapeute-adolescent) qui participe à structurer et fonder le contrat n'est-elle pas problématique, en ce qu'elle permettrait de maintenir le « diktat » d'une compétence et d'une autorité de l'adulte. Loin d'une visée éducative, l'approche psychanalytique accorde à l'adolescent une vie psychique et un rôle d'acteur et de responsable en présupposant une identité d'adulte en formation plus qu'une structuration psychique d'enfant fixée à la névrose infantile.

Ceux pour qui l'approche psychanalytique prévaut, un élément essentiel a toujours été de considérer le patient non comme un « client passif » soumis à l'autorité médicale supposée savoir, mais comme un partenaire dans l'alliance thérapeutique, partenaire dont on souhaite qu'il puisse se montrer un co-thérapeute dans l'adhésion à une démarche thérapeutique, dont on accepte qu'il puisse se montrer un adversaire résistant plus ou moins retors, mais en définitive qu'on redoute surtout voir être un patient « compliant » à la thérapeutique, dans l'adhérence, voire dans l'absorption mimétique.

L'autre élément essentiel dans cette approche est l'importance accordée à la réflexion du médecin sur sa propre implication et son engagement dans le traitement. En dehors même de ses capacités à penser son contre transfert, c'est sa réflexion sur le



contrat qu'il a lui même passé avec le socius que nous soulignons ici. Ce qu'il entreprend est bien évidemment pris dans une visée actuelle orientée par l'environnement social. Le processus qu'il met en marche avec son patient est-il totalement maîtrisé dans une référence plus ou moins idéologique ? Est-il dicté par l'efficacité à tout prix que dicte la vox-populi ? Est-il co-construit avec le patient ?

Pour en même temps favoriser cette adhésion minimale qui dit un désir, et contenir la pulsionnalité débordante, le traitement psychanalytique doit s'adapter face à des psychopathologies moins ancrées dans l'inhibition névrotique, et se situant essentiellement dans des registres narcissiques et borderlines favorisant le passage à l'acte.

Il ne lui est plus possible d'attendre la demande du patient et de travailler sur la régression inhérente au processus sans anticiper les passages à l'acte.

D'un point de vue économique, l'institution d'un contrat permet « de protéger le narcissisme du patient et de lui éviter des conflits de désir en lui donnant la possibilité de méconnaître son implication affective et le poids des investissements » (P. JEAMMET) . Il soulage le patient d'avoir à faire une demande en comprenant que la demande est dans la répétition du symptôme avec ses effets délétères. La demande est humiliante car elle stigmatise la dépendance du patient et son avidité de passivité.

Le modèle de la cure classique avec ses règles contraignantes apparaît le plus souvent inadéquat, en particulier à l'adolescence.

Alors, comment concilier la régression et le mouvement dépressif source d'élaboration mutative avec les exigences de la réalité externe ?

La thérapie bifocale associant un psychiatre référent qui propose un contrat de soin, et un psychothérapeute dans la prise en charge, nous semble particulièrement indiquée lorsque nous sommes confrontés à ces problématiques narcissiques qui ne trouvent d'autre résolution que dans l'agir, notamment celles relevant de comportements fréquents d'externalisation des conflits (Corcos, 1999), conduites qui mettent à mal un contrat psychothérapeutique classique.

2/DIALECTIQUE DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE : LA FONCTION ECONOMIQUE DU CONTRAT FACE AU PROBLEME DE L'ECONOMIE NARCISSIQUE À L'ADOLESCENCE.

Le terme de contrat dans son intitulé laisse entendre un accord préalable clair ou à défaut, une contrainte mutuelle acceptée, en d'autres termes laisse augurer le pur, le définitif, le maîtrisé, le clair.

Y accoler le qualificatif de soin ouvre à la notion de processus thérapeutique avec tout ce qu'il sous-entend, de mouvement psychique vers un devenir soumis à l'ambivalence, l'aléatoire, le non déterminé à l'avance.

Les deux termes ne sont pas antinomiques si l'on considère que le contrat de soin est un moyen plus qu'une fin. Il évoque un chemin plus qu'il ne définit un but. Ce n'est pas un cadre « fini », c'est un « trajet », un processus de travail, la marque d'un désir de travailler en commun. Le contrat dit « la forme » du travail et non « le fond ». Il est au service de la méthode plus qu'il ne la définit.



Si le modèle contractuel a des vertus générales, il ne s'interdit pas de s'enrichir de propriétés d'exceptions générées par l'individualité de chaque patient. Et c'est dans cet enrichissement et cette transformation du modèle contractuel que quelque chose du fond du traitement pour un patient donné est mis à jour. Ce sont toujours les détails individuels qui font centre.

Sur ce chemin encadré, une large place est accordée à ce qui va advenir (qui doit rester au maximum ouvert c'est à dire vivant) plus que ne sont définis des étapes (Steps by steps dans les thérapies comportementales) et ce qui advient est dépendant, voire généré par les insuffisances du contrat, son aspect de contrainte, les fantasmes qu'il engendre, les illusions et les déceptions qu'il génère. Il va s'agir d'avancer en tâtonnant, se trompant, se laissant surprendre et toujours discuter. Discuter du contrat qui nous lie à un objet humain plus que du symptôme en son huis clos. Favoriser ce déplacement de la maladie vers le malade.

Un contrat de soin est fait pour être mis à l'épreuve, défié, voir attaqué. C'est dire à quel point il n'est pas sous tendu par une idéologie de complaisance.

Ce qui est testé, c'est la détermination soignante, sa faiblesse à se laisser séduire ou pervertir dans une relation à connotation incestueuse où sa propension à se rigidifier phobiquement dans l'emprise ou à répondre à toute transgression par une sanction. Ce qui doit être étudié dans ces attaques c'est l'aptitude du patient à transformer l'objet thérapeute en être tout puissant auquel il va se soumettre ou à le vivre invariablement comme un persécuteur dans les deux cas dans un mode relationnel qui tend à reproduire le modèle familial.

C'est ce que souligne R. CAHN (1998) en évoquant le cadre institutionnel dans la prise en charge des adolescents psychotiques : "un tel cadre n'a de sens que pour autant qu'il permet, à partir de ce qui est proposé et réalisé, que vienne à se développer plus ou moins rapidement, mais inexorablement la compulsion de répétition ». Le contrat de soin encadre donc la répétition qui dit le fonctionnement prévalent du patient.

Le contrat est bien un moyen de comprendre plus qu'il ne répond à une fin de contention.

Le contrat a en effet pour fonction essentielle de se représenter pour le patient et le thérapeute la pulsionnalité et les limites. Bien évidemment les deux protagonistes engagent différemment leurs limites.

Les contraintes exercées par le contrat ne visent pas à entraver la liberté du patient, mais à exercer une action contenante, pare-excitante car liante des éprouvés. Cette contenance c'est ce qui permet de créer les conditions d'une représentation et d'une élaboration chez le patient et autorise la fonction interprétante du thérapeute. Les « actes symptômes » (Mac Dougall) du patient nécessitent qu'en contre-point soit posé un acte thérapeutique comme point d'incarnation, d'ancrage et d'étayage potentiel d'un processus de transformation psychique. C'est là un point de vue économique au sens d'une métapsychologie freudienne. Cet acte est clairement signalé par le référent psychiatre qui dans le cadre d'un contrat de soins sera à même de poser des limites, d'exprimer des exigences, de contenir des processus pulsionnels :

fonction de pare-excitation clinique et/ou chimique, hospitalisation, appel au juge et à l'éducateur, proposition d'internats médicopsychopédagogiques.



L'acte thérapeutique, bien tempéré, où s'agissent un peu des affects contretransférentiels, loin d'être une contrainte arbitraire, produit souvent un effet de soulagement pour l'adolescent qui se sentant investi et « tenu » (holding de Winnicott), peut par petites quantités, disposer de cette énergie dégagée et susceptible d'être réinvestie dans un travail psychique avec le psychothérapeute.

Pour ce faire, un premier temps de traitement assuré par le psychiatre référent permet de concevoir une modalité de fonctionnement qui fasse intervenir la notion de limites jusqu'à l'introjection par le patient de mécanismes psychiques de pare-excitation pour réguler et contenir la massivité et la brutalité d'excitations traumatiques (restaurer puis étayer le système de pare-excitation du sujet, constitutionnellement fragile, et abrasé par les effets des symptômes).

Ceci sous-tend la capacité pour le psychiatre référent d'être un objet contre lequel va pouvoir s'exercer la violence psychique sans risque de destruction et (plus difficile) d'être un objet sur lequel va se porter un investissement massif et brutal, avec des évitements successifs et des projections variantes, sans que se dessine avant longtemps un véritable mouvement transférentiel. Tout ceci sur une durée relativement longue et dans un cadre néo-contenant à la fois souple et limitant toujours à bâtir pour le thérapeute jusqu'à son intégration psychique par le patient.

Cette contenance n'est pas une contention puisque son objectif essentiel n'est pas l'entrave mais bien la liberté du patient. En effet, grâce à la contenance, la tolérance intrapsychique des affects permet de meilleures capacités de représentation, de meilleures relations objectales (moins impulsives, sensibles, agressives) et le développement des capacités à investir.

Ce qui entrave la liberté du patient est la contrainte symptomatique (avec sa fonction autothérapeutique et sa dimension de jouissance perverse et avec ses différents verrouillages biopsychosociaux), plus que la contrainte externe instituée par le contrat et dont on perçoit dès lors sa fonction de contrepoids. Ce qui entrave la fonction réflexive du thérapeute c'est la grande sensibilité à cet âge à l'éclaircissement des problématiques et le facile recours au passage à l'acte dont la fonction est la décharge et l'arrêt du travail psychothérapeutique désorganisant. En d'autres termes : il convient de créer par le contrat de soins des conditions d'un espace thérapeutique, contenant une économie psychique en déséquilibre, permettant un commerce acceptable avec des objets internes et externes, afin de permettre progressivement l'accès au sens.

Le contrat est aussi parexcitant et protecteur pour le thérapeute. Il permet d'éviter les deux écueils massifs dans la prise en charge d'adolescent (avidité, transfert massif et brutal ; problématique de dépendance-autonomie, rencontre identificatoire) : la séduction = attirer à soi et l'éducation = attirer à l'extérieur.

Il évite le « trop près » qui détruit l'aire d'illusion où peuvent se déployer les projections fantasmatiques. L'illusion n'est pas la tromperie, mais la générosité dans la proximité qu'on s'accorde avec la « folie » du patient. L'interpréter trop rapidement c'est l'annuler et le processus créatif avec.

Il évite le « trop loin » avec ses rationalisations techniques, éducatives, voire morales à distance des affects et des éprouvés, avec l'infiltration inéluctable du sentiment d'incompréhension et d'emprise accentuant le désarroi du patient, voire les



sentiments de lâchage et d'abandon de l'enfant livré aux répugnances œdipiennes ou du psychotique déprimé qui entre dans le retrait.

Contenir et tenir pour témoigner du souci que l'on a pour le patient doit se faire à distance du maîtrisé.

Pour ce faire la discussion des modalités du contrat dans une négociation âpre mais ludique est fondamentale : engagement, souplesse et contenance moins sur le fond que sur la forme ; explication et clarification ; confidentialité assurée ; intuition sans intrusion permettant au patient d'entendre quelqu'un lui poser les questions qu'il était seul jusqu'à présent à se poser à lui-même.

Le contrat délimite l'espace de discussion-négociation-manipulation (game) où les questions ne sont pas qui décide ? qui est le maître ? Mais sur quoi pouvons nous nous accorder ? Puis dans l'optimum il peut devenir l'espace de jeu (playing) ou dans la rencontre identificatoire acceptée des jeux de rôles sont possibles avec changement de rôle avec le thérapeute jusqu'à ce que le patient introjecte la nécessité de s'occuper de lui.

Le contrat est le tiers entre le patient et le thérapeute qui peuvent s'y référer en cas de litige. Un tiers différenciateur évitant la confusion ou l'emprise de l'épreuve duelle = « Si il y a trois, si il y a tiers, alors il y a possibilité de justice » (E.LEVINAS). Ce cadre ne peut être intangible (il serait alors vécu comme persécuteur) ni complice des circonvolutions évolutives (il ne serait plus contenant). Sa souplesse visera l'adéquation de la réalité externe mais aussi interne du patient avec le nécessaire maintien d'une cohérence et d'une constance des soins.

Le contrat ne doit pas être trop lâche, voire laxiste, il doit contenir la pulsionnalité, aussi la limite et la pulsionnalité doivent avoir la même densité.

Il ne peut être l'objet de changements répétitifs puisque le « respect du contrat par le thérapeute et le premier témoignage de la fiabilité de l'objet » (P. JEAMMET).

Il ne doit pas être trop rigide, synonyme d'emprise et d'arbitraire, et doit pouvoir survivre à quelques transgressions.

Maintenir le contrat malgré une recrudescence symptomatique (un épisode aigu ou une TS qui impliquent une hospitalisation), ce n'est pas être laxiste. C'est tolérer l'immaturation du patient en se rappelant qu'il n'y a pas d'égalité dans les devoirs entre les deux contractants ne serait ce que parce que le psychothérapeute risque toujours moins que le patient. C'est surtout prendre acte de la violence interne et des formes d'expression de l'adolescent, et poser une parole active en contrepoint de cet acte qui puisse favoriser chez lui associativement une réappropriation subjective de son acte. Parfois la question est plus l'impossibilité pour un patient de s'écarter du contrat que de le transgresser avec ce que ça laisse présager du poids des contraintes internes.

Maintenir le contrat et accepter le conflit lié à ce maintien dans ce que HOCHMANN appelle « une réalité partagée » où il souligne l'importance « des rythmes présence-absence, dedans-dehors et des frustrations qu'ils entraînent, nécessaire à la mobilisation de l'activité psychique des patients ».

Le contrat est, in fine, la référence tierce qui permet le travail thérapeutique dans un rapproché suffisamment sûr.



Cette fonction tierce est à référer à l'autorité paternelle contenante si souvent défaillante dans ces pathologies. L'espace que constitue la psychothérapie ou l'institution c'est le corps imaginaire de la mère. Protéger le contrat, c'est protéger le tiers, c'est à dire le père dans la triangulation œdipienne. Le contrat introduit la règle, la loi, la métaphore paternelle (J.Lacan) pour séparer l'adolescent du corps et de la pensée maternelle.

Ce dégagement de la relation symbiotique d'avec la mère ; cette introjection d'un surmoi suffisamment contenant créent des conditions de sécurité narcissiques dans un espace transitionnel permettant l'accès à la symbolisation et à l'élaboration.

Puis surviendront, dans le meilleur des cas, des interventions structurantes du thérapeute à des moments clés de l'évolution du traitement, jouant des situations où l'environnement avait été défaillant. Le thérapeute aidera alors au développement de modes de relation nouveaux, où il pourra se passer quelque chose qui n'avait pas eu lieu d'être, et qui pourra générer des éprouvés cicatrisant les berges d'un non-advvenu. L'internalisation de modalités nouvelles de relation avec l'objet, dans le cadre transférentiel, pourra créer les conditions d'une pare-excitation des motions pulsionnelles du sujet. Ces interventions ne pourront être créatrices qu'après l'instauration d'un espace transitionnel sécurisé.

3/CONTRAT ET PHENOMENE TRANSITIONNEL : L'ACCES A LA SYMBOLISATION.

Notons que cette notion de transitionnalité n'est d'individualisation que relativement récente et a connu un tel succès que l'on peut dire qu'elle est tombée dans le domaine public, se vulgarisant jusqu'à perdre de sa substance. Ce succès et cette expansion semblent comme répondre à un besoin dans des sociétés plus violentes où les interfaces communautaires et les rituels d'intégration ont été perdus ou se sont estompés et laisse augurer qu'il faudrait les retrouver dans les espaces et les rituels de soin.

Rappelons que D. WINNICOTT a parlé de phénomène (phaenomènon : « ce qui apparaît ») transitionnel plus que d'objet ou d'espace transitionnel.

A sa suite nous pouvons considérer le contrat de soins, moins comme un objet au statut déterminé dans un espace temps, que comme un phénomène c'est à dire un « processus » tiers appartenant à l'espace interne et à l'espace externe, (en les liant à travers lui) issu à la fois du registre de l'illusion et de la conviction, du fait même de sa convocation de ces deux espaces.

Le contrat est l'illusion transitionnelle d'une croyance commune. Il repose sur un crédit de confiance accordé dans le cadre transféro-contretransférentiel. Ce n'est pas un contrat d'assurance ou de notaire c'est à dire un contrat objectif. Il pose la subjectivité au fondement de la relation de soins. Autrement dit, sans le négliger, il ne travaille pas de manière univoque sur le symptôme « ici et maintenant », mais bien plutôt sur le désir, désir enfermé dans le symptôme et désir de se soigner c'est à dire de parvenir à un autre équilibre.

Illusion, croyance, voilà de quoi alimenter la polémique sur le marché de dupes. Mais l'illusion n'est pas l'opposé de la réalité (J.BAUDRILLARD) et l'exactitude est



ce qu'il y a de plus éloigné de la vérité. L'illusion est ce qu'il y a de plus proche du désir et de la réalité interne. L'illusion permet pour reprendre une expression de R. ROUSSILLON « la précipitation fantasmatique » qui surgit de l'ambiguïté : « le soin a-t-il commencé ».

La valeur régulatrice est suspendue à l'indécidabilité de cette question. Toute interprétation psychanalytique est alors bannie de ce type de soins et même considéré par ROUSSILLON comme « détransitionnalisante », persécutrice, « surtout lorsqu'elle ne peut arriver par sa forme ou par son fond, à respecter l'ambiguïté organisatrice des fonctionnements psychiques interstitiels, lorsqu'elle démasque trop crûment un processus ou un déni qu'il était encore nécessaire de maintenir « au secret », de respecter.

Maintenir l'illusion n'a pas de visée manichéenne de duper le patient. Elle est le moteur pour favoriser le passage de la croyance à la connaissance.

a) Le contrat : élément pour le diagnostic :

Le possible déploiement d'un phénomène transitionnel dans un cadre de soins dépend du thérapeute [son engagement et sa distance] et du patient [sentiment de fiabilité ou de carence de l'objet interne et externe].

Si le phénomène apparaît, il témoigne que le patient va suffisamment bien (présence et qualité suffisamment bonne de l'objet interne). L'exemple type est le patient dans une structuration névrotique avec un investissement œdipien du thérapeute qui va nourrir le traitement. Alors les différentes figures de ce phénomène transitionnel se déploient chez le patient dans : ses croyances, ses engagements, ses actes et ses créations, sa quête de sens à donner à sa vie, sa place retrouvée, repérée, dans la société et dans la famille.

Si le patient se situe dans d'autres structurations psychiques, le contrat sera rejeté (psychopathie) ou l'objet de distorsion fétichique et de perversion (addictions), ou encore de distorsion délirante (psychose).

Au total, le contrat nous renseigne sur : la structuration psychique du patient, la carence des réponses environnementales, les contraintes de configuration symboliques du patient.

Ce renseignement reste pour autant indicatif, il ne peut nous laisser présager des surprises de la relance de la transitionnalité.

b) Aléas de la relance de la transitionnalité :

Il ne s'agit pas d'imposer un espace transitionnel au patient, contresens complet du paradoxe de Winnicott, l'objet créé/trouvé, mais de proposer un cadre thérapeutique à la fois spatial et temporel qui crée les conditions d'émergence d'un espace transitionnel.

P.JEAMMET a souligné les arguments métapsychologiques de la contrainte thérapeutique externe qui offre à l'appareil psychique du sujet « une extraordinaire potentialité libératrice en opérant un travail de décondensation et de différenciation. Le danger et la peur redeviennent externes, offrant de nouvelles possibilités de représentation du conflit et permettant à l'appareil psychique de rejouer son rôle. Les mécanismes de projection, de déplacement, de dénégation auparavant



considérablement obérés, retrouvent un rôle économique et c'est tout un espace nouveau de fonctionnement qui se trouve ouvert rendant possible la création de nouveaux investissements ».

Fort de cette libération avec la revitalisation des mouvements œdipiens et de restauration narcissique, le contrat peut jouer sur la dialectique illusion-désillusion et son corollaire, la dialectique présence-absence du soignant, favorisant la reprise des phénomènes transitionnels. L'espace thérapeutique rencontre l'espace intime de la patiente avec le risque permanent d'envahissement par l'angoisse de séparation et/ou de persécution aboutissant au renforcement du symptôme, au maintien du vide conformiste du « faux-self », à la fétichisation de la créativité. Si le patient participe avec plaisir aux « trouvailles » des entretiens, il importe alors de respecter le postulat de Winnicott, ne pas demander au patient d'où vient l'objet, surtout ne pas l'interroger sur le plaisir qu'il prend et encore moins avec qui.

La relance de la transitionnalité signe l'amorce d'une amélioration psychique du patient qui prend initialement, une tonalité dépressive. La reprise des investissements liée à un mouvement dépressif témoigne d'une reprise des activités transitionnelles et s'accompagne de l'attaque du contrat où le patient éprouve son omnipotence tout en annonçant le début du renoncement au symptôme. Ces attaques doivent être comprises avec Winnicott comme des moyens d'utilisation de l'objet. Le cadre doit survivre aux attaques du patient en veillant à ses contre-attitudes sans modifier le contrat et de ce fait, proposer un surmoi plus rassurant et souple, un idéal du moi plus accessible.

L'espace transitionnel est l'espace-temps qui tamponne et régule les passages du « milieu du dehors » et du « milieu du dedans », il en a la richesse, mais il peut en reproduire aussi les avatars, c'est à dire la fétichisation de l'espace potentiel, maintenu sous emprise par le patient.

4/CONTRAT ET FIDELITE FILIALE

Quelques évidences pour commencer.

L'établissement du contrat de soin implique toujours la famille, qui est partie prenante dans son acceptation plus ou moins ambivalente, qu'il faut savoir non dénoncer crûment mais repérer et intégrer à la compréhension de ce qui se gère dans la dynamique familiale autour de la symptomatologie de l'adolescent. A ce titre on doit toujours avoir à l'esprit qu'il existe toujours peu ou prou un second contrat, familial entre l'adolescent et ses parents, qui pervertit plus ou moins le premier et qui aggrave la confusion du patient.

Quand les relations entre le patient et sa famille sont marquées par une carence, un trop plein d'excitation ou une ambivalence qui ont altéré les processus de communication, la fonction première du contrat est de colmater cette carence, de soulager l'ambivalence, de contenir l'excitation.

Le contrat crée les conditions de séparation d'avec la famille et le milieu naturel antérieur décidé par un tiers. Tout symptôme visant peu ou prou l'entourage est l'objet d'un vécu agressif et angoissant de la part de la famille. Le contrat contribue à atténuer ses effets (soulagement accepté de la famille) ou se montre insuffisant à contrôler une fascination morbide ou une complicité masochique plus ou moins inconsciente.



Dans le contrat de soins avec l'adolescent il est inclus tacitement que l'on va traiter les parents « par procuration » (D. WINNICOTT).

Toute prise en charge d'adolescent crée le fantasme (parfois fondé) que le diagnostic dévoilerait un secret familial ou confirmerait une parenté morbide de l'adolescent avec l'un des parents, une parenté d'autant plus angoissante qu'inconsciente, mais ressentie comme productive, vivante, constitutive. Dans quelle mesure la famille partage ce fantasme ? Et comment le thérapeute va-t-il gérer le secret et la confidentialité dans le cadre d'un contrat de soins que l'on exige plus ouvert ? Voilà une question que nous allons développer car elle nous semble omniprésente lors de l'établissement d'un contrat de soin et que sa gestion suffisamment bonne conditionne le maintien du processus thérapeutique.

La révélation du diagnostic est toujours une parole identifiante ; surtout dans un cadre transférentiel contre-transférentiel avec un adolescent, où se joue une véritable rencontre identificatoire (E. KESTEMBERG), mais ici elle touche bien plus profondément les aspects transgénérationnels de l'identification avec la quête originaire d'une identité qui se trouve déterminée par ce qui est rejeté dans l'histoire des parents.

Que faire dès lors ? Céder à la tentation trompeuse de la transparence et discuter le diagnostic avec l'adolescent et sa famille. Respecter les dogmes que véhicule la notion de secret médical et surenchérir dans l'énigme. Il faut travailler la demande et la laisser s'élaborer plus que de la figer dans un diagnostic, source de gel d'une dynamique potentiellement évolutive et d'aliénation. Rappelons que sur une « structure ouverte » telle que celle de l'adolescence, un diagnostic structurel n'a pas beaucoup de sens, mais peut avoir beaucoup d'effets, l'adolescent pouvant « justifier » le sentiment qu'on a de lui, ne serait-ce que pour perpétuer une relation.

Il ne s'agit pas durant le travail psychothérapeutique d'affirmer un lien univoque et direct entre la nature du secret et la psychopathologie du patient, mais de s'appuyer sur la manière que peut avoir le patient et sa famille de s'organiser autour d'un secret source de stimulations fantasmatiques.

Le travail consiste dans un premier temps à canaliser la demande en prenant soin d'éviter deux écueils : des spéculations diagnostiques dévoilant le secret familial avec le risque d'aliénation de l'adolescent à une fatalité tragique ; l'absence de réponses à des questions directes signant l'appartenance du thérapeute à la « communauté de déni » que constituait la famille et donnant le sentiment au patient d'être sous l'emprise d'une « communauté du savoir » la manipulant.

C'est le rythme imposé par l'adolescent dans le contexte transférentiel qui au mieux permet le travail sur la fantasmatique générée par le blanc du non-dit, l'absence épaisse du secret.

L'espace psychothérapeutique, avec sa règle intangible de confidentialité, joue le rôle d'un auxiliaire de son espace intérieur où appui et contenant permettent à sa psyché d'affronter la singularité de sa filiation.

Dans cet espace thérapeutique, il s'agit bien, avec le patient, de poser ensemble « un diagnostic » sur une souffrance, en lieu et place d'un dévoilement non fait du secret, afin que celui-ci n'alimente plus une symptomatologie morbide.



Ce diagnostic prend en compte plus que le contenu du secret, ses origines et ses effets fantasmatiques. Il ne se laisse pas fasciner par la spectacularité du contenu, qu'il sait souvent connu et même compris par le patient, et en définitive peu masqué par son entourage. Le secret n'est en soi qu'une opportunité qui révèle essentiellement la fragilité de ceux qui s'en saisissent et réifient pour organiser fantasmatiquement autour une trame symptomatique serrée faisant office de lien. Pourquoi ce besoin impérieux de faire lien autour de secret ? Parce que secret ne veut pas uniquement dire dissimulation (étymologie grecque), il veut dire aussi séparation et dissociation (étymologie latine) et intériorité de la maison (étymologie allemande Geheimnos) c'est à dire objet interne constitutif. Il est ainsi par son caractère énigmatique un objet qui capte puis fascine puis aliène ; par son caractère hermétique un processus d'exclusion (mis au secret) et par son lien à l'originnaire un manque ou un vide constitutif.

La relation thérapeutique se fonde sur le désir de travailler avec le patient sa « construction diagnostique », plutôt que de lui opposer un contre-diagnostic, et selon les aléas du transfert, de lier cette construction à sa quête originnaire. Cette construction nous semble en effet être ce qui s'interpose douloureusement entre le sujet et lui-même. Cette construction a une place et une fonction qu'il faut savoir respecter et tolérer, mais aussi pénétrer et critiquer : faire se représenter l'idée d'une distance métaphorique à soi et comprendre que, si la métaphore n'est pas l'énigme, elle est la solution de l'énigme (P. RICOEUR).

5/ QUE PROMET LE CONTRAT DE SOIN ? PRAGMATISME ET AMBITION DANS LA CONFRONTATION DES APPROCHES COMPORTEMENTALES ET PSYCHANALYTIQUES.

Le courant cognitiviste considère que la thérapie analytique est dangereuse dans les cas « où le conflit n'est pas intrapsychique, mais entre l'individu et le monde extérieur, soit extrapsychique [sic] » et qu'au lieu d'essayer d'identifier et d'interpréter les conflits inconscients, il faudrait « accroître chez ces patientes la prise de conscience de l'inaccessibilité de leurs pensées inconscientes » (G.TAYLOR).

N'accordant pas aux adolescents une vie psychique inconsciente qui puisse être motrice dans la genèse des symptômes, ou considérant qu'elle leur est inaccessible ou pensant qu'elle ne pourrait porter que sur le registre œdipien, et s'avérerait impossible ou trop risquée sur des éléments archaïques prégénitaux, (comme si les éléments œdipiens et archaïques ne se soutenaient pas l'un l'autre : un œdipe flambant peut être colmaté par un repli archaïque, un abandonnisme se nourrir des conflits œdipiens). Ils recommandent pour traitement des techniques pragmatiques perceptuelles plutôt que des techniques introspectives. Donc pour aider le sujet à communiquer, on l'éduquerait avec un langage réduit à sa fonction transactionnelle économique. En tout état de cause, on tend à le considérer plus comme un enfant à éduquer, qu'un jeune adulte à écouter.

Quel fantasme fait penser que la psychanalyse se pratique ainsi sur le mode de la suggestion (marché de dupes) ou dans un bombardement interprétatif ? Nous insistons sur le long temps de holding (empathie et compréhension) nécessaire et sur le besoin



d'aménagement du cadre avant de se risquer à des interprétations qui sans cela auraient en effet une action traumatique plus que mutative.

Il y a, dans tout symptôme quelque chose qui s'apparente à une technique de survie visant à préserver l'identité du sujet du fait de sa trop grande avidité objectale. La réponse appropriée nous semble être la fonction contenante et liante de l'environnement. Le rôle premier essentiel de l'objet-thérapeute est celui de pare-excitation tant que le recours aux symptômes est la norme ; objet-thérapeute qui ne renonce pas à pouvoir être sujet pour le patient. Pour autant, le contrat privilégie toujours la dimension pare-excitante à la dimension identificatoire ou interprétative ne serait-ce que pour permettre dans le calme, les conditions d'une pensée du thérapeute et d'une écoute du patient. Le thérapeute doit faire face dans l'organisation du contrat de soin à cette inévitable aporie « celle de ne pas jouer son jeu, tout en le jouant aussi longtemps que nécessaire » (R.CAHN) ; dire qu'il contient sans rejeter en attendant de comprendre et de restituer. Plus tard le thérapeute sera toujours attentif à respecter parfois certaines zones trop douloureuses, et surtout veiller à ne pas prendre trop de place dans la vie d'un patient dépendant en ne se référant pas systématiquement à la problématique transférentielle.

Précisons que ces temps et ces aménagements protègent le thérapeute d'interprétations sauvages dans un contre-transfert mal maîtrisé et lui permettent dans l'hésitation d'être créatif (Représentation d'attente avant l'interprétation). Nous insisterons de plus sur l'importance de différencier des temps de traitement différents en fonction des moments symptomatiques. Ainsi il est clair qu'un état aigu symptomatique n'est pas accessible à une démarche introspective qui ne peut qu'accentuer la symptomatologie défensive.

Il y aurait un risque selon ces auteurs que ces patients ne se conforment à des interprétations ou à des reformulations donnant un sens symbolique à leur expérience, redoublant le phénomène d'emprise sur la psyché, connu dans l'enfance. Cela est tout à fait juste si un travail de préparation est éludé. Mais il nous apparaît aussi clair qu'une approche cognitive et comportementale prévalante présente tout autant ces risques lors de propositions de schèmes de pensée positive. Surtout elle peut constituer un « processus déformé de guérison », pour reprendre une expression de Freud, dans un renoncement à l'exploration du monde interne du patient et de son poids dans les interactions fantasmatiques avec son environnement. Elle peut aussi de par « la dissociation aiguë de la réalité intérieure », devenir complice du faux-self du patient et perpétuer sa pathologie. Favoriser en particulier le frayage psychosomatique puisque toute psychisation autre qu'opératoire est récusée et que le thérapeute est plus investi comme fonction que comme objet et a fortiori que comme personne.

La dimension de carence et d'absence de souci de l'autre dont les patients ont souffert et continuent de souffrir ne semble pas être évoquée par ces auteurs dont l'attitude thérapeutique dès lors confine à l'abandon. Nous voyons là, sous couvert d'approche contractuelle, scientifique, gestionnaire au coup par coup et sans perspectives, et dans un contexte moral compassionnel (le déni leur sauve la vie), la manifestation pour le moins d'une paresse ou d'un évitement phobique d'une relation de proximité avec le patient, voire d'une indifférence, c'est-à-dire là encore ce qui nous semble justement à même d'entretenir ou d'aggraver des conduites dont la fonction



essentielle consiste à se faire désinvestir en attaquant le contrat de soin pour échapper aux contraintes pulsionnelles internes et à celles de la sollicitation objectale.

Nous voyons dans ces approches une solution de facilité, dont l'acceptation trop rapide de la part de la famille, voire du patient, institue médicalement le déni de la vie psychique, et participe à amputer le patient de ses sources de vie.

Cette approche nous semble peut-être témoigner soit d'une construction théorique soulageant l'incapacité du thérapeute à satisfaire les besoins du patient, soit plus profondément que les tenants de ces approches hésitent à s'engager pour éviter d'avoir à se confronter et à penser de manière coupable des affects de haine et des désirs de meurtre vis-à-vis de leurs patients. Or il nous semble particulièrement important (cf. Kernberg) dans des registres pathologiques (narcissique-borderline) de répondre, de manière tempérée, mais de répondre tout de même dans le contre-transfert par une « haine habilement dosée » (D. WINNICOTT) qui peut avoir une valeur mutative. Cette « haine » que l'enfant peut sentir s'exercer sur lui lorsqu'on répond à sa demande de manière « suffisamment » bonne.

Cette « haine » est en réponse à des éléments projectifs ou au sentiment d'impuissance auquel nous confronte la résistance de ces patients. Accepter d'être le réceptacle passif est bien évidemment impossible et délétère pour le patient. Répondre par des contre-attitudes non élaborées est dramatique. Rencontrer le patient dans sa haine et y répondre par une « empathie négative » (J. GILLIBERT), c'est-à-dire accepter sa négativité qui n'est pas un négativisme devient intéressant.

Cette approche nous paraît être infiltrée à la fois de maîtrise (on présage sur une évaluation brève d'un patient, avec des techniques d'analyse des données, en s'appuyant sur des résultats généraux issus de l'observation de nombreux patients dans « le même registre » d'un défaut de mentalisation ou de capacités d'élaboration) et de l'idée de ne pas entraver « la liberté » d'un patient (sans considérer que cette pseudo-liberté l'aliène dans une fatalité narcissique). Or l'approche psychanalytique (institutionnelle avec le contrat de soins ; ou individuelle avec le cadre de la cure) n'hésite pas à instaurer avec le patient des conditions limitantes, vécues invariablement dans un premier temps comme persécutrices, pour mieux les élaborer. Le cadre soignant promu ne répond pas à une quelconque idéologie, il est utilisé à l'appui de l'expérience clinique pour obliger le patient à investir autre chose que le symptôme en s'offrant comme garant (obligé) de la possibilité d'autres investissements, pour une grande part contre-investis par le patient plus qu'inexistants. Sa fonction tiers évitant l'emprise (même dans les aspects léonins de sa prescription) transcende son vécu persécutif temporaire.

Il y a dans « je préfère ne pas » une dénégation à entendre, c'est-à-dire une pensée et un corps qui se nourrit de l'opposition, à défaut de ; il y a dans l'inhibition à penser, une envie à comprendre. Proposer un moi auxiliaire, c'est éviter une réponse en miroir qui n'entendrait pas le double langage et confirmerait au sujet une image de soi à ce point terrorisante qu'aucun adulte ne se risquerait à l'aborder.

Tout dépend donc en effet de ce que l'on perçoit et de la manière dont on le comprend.

S'il n'y a pas de lecture facile par le sujet de ce qui le trouble, il y a pour autant communication d'un affect. La communication de l'affect c'est celle de la



désorganisation du fait émotionnel et le sens de cette communication c'est le vécu d'ébranlement du sens. Et ceci chez le patient comme chez le thérapeute. En effet le « Babel des silences et des mots » du patient fait surgir l'émotion, l'ébranlement du sens chez l'analyste. Ainsi, s'accorder une certaine proximité avec ces patients, c'est admettre le décalogue en vigueur chez eux, qui génère un idiolecte singulier (c'est-à-dire un discours au sens analytique et pas un langage au sens cognitif), singulier par son abondance et sa crudité (cache-misère du vide), singulier aussi par son rythme, syntone à la discontinuité et l'imprévisibilité du lien qui les a nourris.

Pour autant les approches psycho-éducatives ne sont pas à exclure. Ce qui est à éviter, c'est leur « idéologie physicaliste » (P.FEDIDA). Chez certains patients dans une impasse développementale, la technique introspective bute sur l'arrêt du développement et accentue le désarroi du patient.

Surtout, ces approches disent, à leur manière, la nécessité première de fournir un contenant à ces patients et le danger psychique et somatique d'intrusion-effraction psychique et corporelle d'interprétations non transportées par un contenant transférentiel suffisamment solide. Il nous faut toujours avoir présent à l'esprit que l'amélioration du patient passera par la rupture d'un investissement (aliénant et invalidant) qui avait un rôle dans son équilibre psychique et dans ses modalités de régulation.

C'est pourquoi, nous n'hésitons pas lors du suivi de certains patients à soutenir les investissements, tels qu'ils se présentent, même si nous les considérons comme « vicieux » et délétères. Mais nous nous évertuons à ne pas altérer nos capacités de rêverie, et à ne pas désertir le monde psychique du patient pour favoriser « la création de formations psychiques intermédiaires » (A.GREEN). Rêves, fantasmes, jeu « source de rapport à soi et à l'objet » permettent d'éviter les courts-circuits que sont les passages à l'acte.

Nous concevons une approche qui fasse appel aux sources de créativité interne d'adolescents.

Si nous ne gardons pas cette attention permanente à découvrir les potentialités, quel que soit le « dialecte » utilisé, et à percevoir les contre-investissements défensifs nous risquons d'être pris dans des champs relationnels de pouvoir, ceux-là même qu'ils ont subis et qu'ils sollicitent.

Conclusion :

Il y a marché de dupes dans l'établissement d'un contrat de soins si la visée normative prédomine :

- maintien de la crainte d'une relation à l'inconnu par des rationalisations pseudoscientifiques : la maladie comme corps étranger.

- Traitement médicamenteux univoque ou élaboration technique d'une fausse proximité avec le patient se contentant d'un apaisement symptomatique au détriment des nécessaires modifications profondes de la personnalité avec leur influence sur la vie relationnelle affective et sociale.

- Imposture de l'immédiateté, de l'efficacité symptomatique sans travail d'élaboration (favorisant les rechutes et les aménagements économiques défensifs laissant évoluer à bas bruit la problématique avec risque gravatif).



-Imposture de la vérification : (« une vérification qui va au-delà de sa fin...jusqu'à ce qu'elle ne sache plus ce qu'elle est et ce qu'elle signifie »).

-Imposture de la transparence : (« à force d'informations qui ne laisse plus rien voir »). (J.BAUDRILLARD).

Bibliographie

J. HOCHMANN : Réalité partagée et traitement des psychotiques, in Revue française de psychanalyse, 6, 1986.

Ph. JEAMMET : Contrat et contraintes. Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale, Psychiatrie Française, N° 29-2, Juin 1984.

M. CORCOS : La thérapie bifocale dans la dépression à l'adolescence. Indications et intérêt. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 47 (4), 191-199.

E. LEVINAS : « Entre nous ». Essais sur le Penser à l'autre, Paris, Le Livre de POCHE. 1984.

D. WINNICOTT (1973) : « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in « Jeu et réalité » Trad C. MONOD et J. B. PONTALIS, Paris Gallimard, Coll « Connaissances de l'inconscient », 1975.

R. CAHN : Adolescence et folie : Les déliaisons dangereuses, Paris, PUF, 1991.

E. KESTEMBERG : « L'identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques », Psychiatrie de l'enfant. TV, fasc 2, 441-522.

R. CAHN : Evaluation de l'action institutionnelle auprès des adolescents psychotiques. Approche psychanalytique, in La psychiatrie de l'enfant, Vol XXXI, fasc 2 / 1998 , p 509-557.

R. ROUSSILLON : « la métapsychologie des processus et la transitionnalité », in revue française de psychanalyse 1995, Tome LIX, 1375-1519.

D. WINNICOTT (1989) : Lettres vives, Paris Gallimard, 1989.

G. TAYLOR (1990) : « La pensée opératoire et le concept d'alexithymie », in revue française de psychanalyse 54 (3), 769-784.

P. FEDIDA : (1999) : Entretien avec A. BRACONNIER » in carnet psy. Février, 28-32.

F. NIETZSCHE : Ecce Homo – Paris UGE coll. 10-18, 1996.

J. GILLIBERT (1993) : Culture d'extermination, Revue française de psychanalyse, 4, 1113-1126.

A. GREEN (1997) : « Le travail du négatif », Paris, Edition de Minuit.



Le travail de séparation dans la prise en charge institutionnelle.

C. Epelbaum⁸

Se séparer n'est pas se perdre...mais cette vérité n'est pas du tout évidente à intégrer pour bon nombre d'adolescents, qui au lieu d'avancer vers l'indépendance, sombrent dans une dépendance sans limite. Ils restent prisonniers, voire véritablement toxicomanes de liens d'emprise savamment tissés et entretenus, par une dynamique familiale difficile à désamorcer.

Je tenterai ici de défendre le point de vue qu'il est souvent nécessaire dans ces cas, de travailler les enjeux fantasmatiques et les conséquences de la séparation dans la séparation. Sans cette sorte d'immersion accompagnée, le travail reste souvent insuffisant à enclencher un véritable mouvement de "désintrication" parents-enfant.

Quels parents pour quels adolescents ?

Les processus d'adolescence s'enlisent, pour des jeunes dont les parents demeurent dans l'incapacité totale à maintenir une distance générationnelle claire. Ces parents sont pour la plupart extrêmement démunis face à la puberté de leur progéniture, puberté qu'ils vivent à la fois comme une proximité excitante et comme un signal d'abandon inéluctablement programmé. Leurs réactions sont alors empreintes d'une ambivalence foncière qui aboutit à des comportements paradoxaux, voire directement agressifs. Ils naviguent entre deux écueils :

le désir de tout partager avec leur « ado », devenu une sorte de possible double narcissique actuel, et ils se mettent à parcourir Paris en Rollers le vendredi soir avec lui, à le sortir en boîte, à lui expliquer combien il leur semble tout à fait normal de fumer un joint, ou à organiser une sorte d'escalade vestimentaire (à qui sera le plus à la mode, le plus « branché ») ;

le besoin de conserver avec leur enfant une relation de dépendance infantile, et ils se mettent à lui montrer leur fragilité, leur crainte de l'abandon, leur besoin vital qu'il reste là, à côté, pour qu'eux puissent continuer à se sentir exister, à avoir une place (le film récent « Oui... mais », illustre très clairement la dépendance d'une mère vis-à-vis de sa fille qui contraint celle-ci à rester dépendante secondairement).

Il est vrai que notre système culturel actuel ne soutient pas les parents dans le nécessaire mouvement qui doit leur permettre une progressive mise à distance : nous n'avons plus de rituels clairement établis, et nous sommes au contraire obligés d'inventer nos propres rites de passage, ce qui implique une souplesse de fonctionnement et une solidité narcissique certaines. Si les adultes restent eux même dépendants de leurs imago parentaux, pris dans une demande affective déplacée vers leurs enfants, sans appuis culturels fiables et accessibles, ils restent blessés et perdus, car menacés de perte, d'abandon. Plus question de tisser alors un espace assez neutre

⁸ C.EPELBAUM, Professeur des Universités (Paris XI), Chef de service de la Fondation Vallée, Gentilly.



pour être investit comme une aire de jeux, où le nouveau « je » de l'adolescent pourrait se construire dans la reconnaissance implicite et la confiance partagée. Plus de possibilité d'entrer en conflit assez confortablement pour penser que rien ne sera définitivement cassé, pourri ou explosé par les mots prononcés. Ici, chaque parole et chaque geste comptent : tout est interprété, inscrit, recensé comme autant de preuves témoins de la malveillance de l'adolescent, injuste et insouciant, face au comportement héroïque parental.

Comment réagir à autant de perversité des liens ? Subir, en bloquant son entrée en adolescence, ou tenir...mais s'opposer à ce type de fonctionnement, que Nicole Jeammet décrit remarquablement bien dans son dernier livre « Violence morales », reste un pari souvent impossible, pour ces adolescent élevés depuis leur plus jeune âge au lait de la dépendance narcissique, de l'emprise insidieuse et tenace. Les voilà donc contraints à parcourir les montagnes russes d'une scène de la Bobine revue et corrigée par le rappel à l'ordre permanent de la fragilité parentale : fort-da, fort-da...

A des milliers de kilomètres de toi, dans un autre monde, chercher à me différencier de toi en exhibant tous les contraires de toi, seul moyen de ne pas me perdre en toi et d'oublier, malgré la honte qui me menace toujours, que je te tue par mon départ ...

Ici, toujours, complètement, même à l'intérieur de toi, puisque tu me le demandes, et que je me retrouve comblé comme je te comble, intriqué, vissé à toi, pierre angulaire de ton narcissisme : je sais bien que je ne pourrait pas te quitter.

Cette alternance est destructrice, car les allers - retours sont bien trop brutaux, les distances à parcourir bien trop longues...Marathonien du désespoir, Icare des temps modernes, voilà ces adolescents pris au piège d'une infernale course sans fin, condamnés à rester prisonniers du champ d'attraction parental. Trouver la vitesse de « décrochage » sans se perdre dans la néantisation répétitive d'actes mortifères, sans que l'élastique craque ou ne vous ramène vers la source trop brutalement, au risque de vous y écraser, demeure un exercice subtil très périlleux quand on est seul, sans surface de repli. Le risque est ici d'ailleurs moins celui de tentatives de suicide avérées, que celui de conduites à risque potentiellement létales, de plus en plus fréquemment à la Une d'une certaine presse.

Place et représentation d'un lieu d'hospitalisation à temps complet.

Bettelheim conceptualisait « Un lieu thérapeutique pour renaître », libre de toute présence parentale, pour que l'enfant autiste puisse peupler sa forteresse vide...Ici, il s'agit plutôt d'un lieu de soin pour s'ajuster, se mesurer, se battre parfois, lieu propre à l'adolescent, où il passe de longs temps sans ses parents, mais surtout lieu suffisamment solide pour que ses murs ne soient ni totalement perméables, ni totalement imperméables aux parents du réel.

Car s'ils ne restent pas un peu présents, s'ils ne peuvent montrer le bout de leur nez, s'ils ne s'installent pas de façon un peu appuyée dans un fauteuil de l'entrée, ils se débrouillent rapidement, eux qui demandaient à corps et à cri de l'aide pour endiguer les marées infernales des colères de leur adolescents, pour que tout explose, et que le cercle parfait de l'emprise reprenne ses droits.



Alors il faut doser, et ce n'est pas toujours facile, les termes du contrat, pour que chacun puisse accepter de se séparer sans être viscéralement touché. Poser le cadre, acte fondamental, se fait toujours à un double niveau :

niveau concret, spatial : il y a des lieux réservés à l'adolescent (sa chambre par exemple) que les parents ne verront pas ; lieux de compromis (ils pourront visiter la chambre que leur enfant occupera pendant la période d'observation dans la structure) ; lieux visités et donc représentables (la salle à manger, le salon) ; lieux partagés (l'entrée confortable où les parents attendront lors des rendez-vous dans la structure) ;

niveau fantasmatique : le positionnement des espaces de chacun permet de réduire les hauteurs des montagnes russes, tout en préservant une certaine continuité. L'opérationnalité du fonctionnement thérapeutique des lieux est ici garantie par l'affirmation d'une possible complémentarité des espaces, voire de la mise en avant de la positivité de leurs valences contraires.

Mais pour que chacun puisse adhérer dans la durée à ce montage, il ne s'agit pas, à la manière du bûcheron, de tailler à la hache dans le vif du sujet...mais plutôt à celle du tailleur anglais, de mesurer précisément les longueurs, pour mieux adapter le costume, ou à celle de l'alpiniste, de chercher le meilleur angle d'attaque de la voie, le cheminement peut-être plus long, mais plus sécurisé, où les prises sont plus grossières mais plus sûres...le cheminement sera sans doute moins élégant, il sollicitera davantage l'endurance du coureur de fond que la force immédiate du sprinter, mais il aboutira plus certainement au sommet.

Nature du travail institutionnel.

Apprivoise-moi...ou « Je t'aime ; moi non plus ».

Un « ado » toxico de l'élastique relationnel arrive dans un lieu thérapeutique qui le sépare, dans les faits, de ses parents. La première étape décisive reste celle de l'acceptation du contrat. Quand elle est franchie, l'enjeu essentiel des premiers mois demeure celui de mettre en place avec l'adolescent, des échanges assez sécurisants, mais pas trop érotisés, pour qu'il puisse s'attacher à des figures qui pourront, secondairement, devenir véritablement identificatoires. Il pourra alors « poser ses valises », c'est à dire s'accorder la chance de rester assez de temps dans ce lieu tiers, pour parcourir la longue et douloureuse route de la "désintrinsication".

Et la marge de manœuvre est ici très étroite pour les soignants : pas de séduction, pas de domptage, pas de maîtrise, mais une savante cuisine inventée au jour le jour, minute par minute au départ, dans chaque acte du quotidien où l'adolescent l'attend au tournant (comme dans une publicité où un personnage clame « faute » à un autre qui n'a pas suivi la demande implicite du premier). Pas trop près, pas trop loin, à la juste distance, sans trop toucher, sans trop parler, dans une présence intense mais discrète. Le message est assez clair : nous avons envie de travailler avec toi, tu en vauds la peine, tu as ta place ici...cependant son énoncé explicite serait beaucoup trop excitant pour être entendu...alors il faut ruser, accepter de faire connaissance en se cherchant de loin, par le regard, s'apprivoiser peu à peu, se connaître en se reconnaissant des moments de distance utile, et des minutes de proximité psychique positive...C'est bien là l'art d'être soignant : un savant mélange de volonté de soulager et de respect de l'intégrité de l'autre.



Revisiter la position dépressive.

Une autre étape essentielle, dans le traitement de ces complexes pathologies du narcissisme, reste celle où l'alliance avec le jeune étant suffisamment établie, celui-ci commence à aborder le fond du problème : son angoisse viscérale de perdre dès qu'il investit. Revisiter la position dépressive, encore et encore, de mille façons, avec mille décors, devient l'enjeu du moment. Périodes de la cure, difficiles toujours, épuisantes souvent, fatales parfois, finalement décisives. L'adolescent teste et re-teste inlassablement la capacité de l'autre à le laisser se débattre dans ses angoisses, assez de temps pour qu'il se persuade qu'il peut les dépasser, mais pas trop longtemps, pour qu'il ne s'y perde pas en oubliant la sensation, l'image, la représentation de l'autre. Patient travail de tissage, où il faut chaque jour remettre sur le métier l'ouvrage, en trouvant un nouvel angle d'approche, une nouvelle couleur, une nouvelle matière, un nouveau motif. Toujours le même, mais pas l'identique, juste un petit décalage de quelques microns, qui fait que tout peut basculer dans le vide, mais aussi se réorganiser dans un nouveau possible, un nouvel équilibre qui permet de mieux exister seul.

Le combat est rude face à l'angoisse de perte, de vide, réactivée dans ces phases extrêmement fécondes de la cure : les soignants doivent tenir, garder leur créativité quand l'adolescent les entraînent vers le rejet par la dureté des attaques qu'il leur fait vivre (des insultes ciblées aux actes violents). Les échanges entre soignants, les réajustements d'équipe, les recours à des tiers pour parler entre nous, sont ici les seuls garants de notre efficacité qui est indissolublement liée à notre possibilité d'assurer une continuité.

Les interfaces dedans-dehors.

Travailler avec les parents, avec l'école, avec le juge, avec le référent de l'aide sociale à l'enfance, mais tout cela avec et non contre le jeune, reste un pari difficile à tenir. En effet, toute discussion en dehors de sa présence, toute connivence apparente avec un autre adulte, lui fait vivre un sentiment aigu de trahison, une certitude qu'il s'est trompé et que tout recommence : les adultes qu'il pensait « de son côté », ceux à qui il avait finalement décidé de s'accrocher pour fuir l'emprise parentale, il les ressent brusquement en face de lui, plus en phase, donc forcément contre lui. Si les choses vont trop vite, tout peut alors basculer dans ces premiers entretiens après l'admission, comme un virage mal abordé où l'on se retrouve dans le fossé.

Il faut donc être particulièrement vigilant à deux niveaux :

a) Le premier est celui de la mise en place de l'alliance avec le jeune

Après avoir laissé tomber la méfiance du début, les confidences arrivent, souvent en flots, et l'adolescent livre des événements tragiques, violents, injustes qui bouleversent (abus sexuels, maltraitance grave, négligence importante, secret familial etc.). Le risque est d'alors qu'un soignant choisi par le jeune, particulièrement touché par son histoire qui fait souvent écho avec une partie de la sienne, s'immerge avec lui dans une bulle, qui n'est pas sans rappeler celle de la famille. Les clivage intra-équipes ne sont pas longs à survenir, en même temps que les accrochages avec les parents se multiplient. L'adolescent leur montre un visage méprisant, victorieux, affiche un sourire de « bisque-bisque-rage » qui les déstabilise complètement et mobilise leur



dernière défense anti-abandon : la rage narcissique n'est plus loin, avec son cortège de mots et d'actes destructeurs.

Au lieu de permettre une progressive approche de la dynamique familiale, ce genre de dérapage se retourne très rapidement contre les intéressés. Le jeune prend vite la mesure de la haine parentale dès qu'il lâche un peu de lest, ce qui réactive chez lui une angoisse de séparation massive. Il a tôt fait alors de monter les enchères avec les soignants, de leur demander la lune, tout en s'enfermant dans une escalade de provocations, pour finir par dire qu'on lui « prend la tête » et demander à ses parents à corps et à cri, de le « reprendre » car il n'y a qu'avec eux qu'il se sent bien. La boucle est à nouveau bouclée, et j'ai en tête quelques entretiens de sortie contre avis médical, où des mères jubilant de la situation, parlent de leur impossibilité à laisser leur enfant souffrir autant, et de leur certitude de devoir encore et toujours porter leur croix : « je vous l'avais bien dit qu'on y arriverait pas ».

L'analyse régulière des positions contre-transférentielles des soignants est, on le voit bien, extrêmement importante à discuter, pour que chacun trouve sa place et puisse aussi s'appuyer sur l'autre, pour ne pas être fasciné par les souffrances psychiques du jeune. Tout en préservant des liens privilégiés avec certains, ce qui fait partie aussi de la souplesse nécessaire du travail relationnel de la cure, il faut à tout prix éviter la situation où un soignant, aspiré par le jeune qui se colle à lui à la manière du *bulot*, pense : « il n'y a qu'avec moi que cet échange, cette discussion, cette proximité, sont possibles ».

La qualité des liens intra-équipe est donc ici régulièrement mise à l'épreuve. Le médecin et le psychologue, plus distanciés du quotidien, doivent rapidement repérer ce type de dysfonctionnements et pouvoir les aborder sans violence ni jugement, mais avec empathie par rapport au soignant « capté ». C'est en s'appuyant sur la cohésion profonde de l'équipe que les choses peuvent alors avancer, vers une prise de conscience de chacun des mouvements que le jeune tente de lui faire jouer.

Les entretiens réguliers avec les parents, posés comme nécessaires dans le contrat de départ, deviennent là aussi des outils indispensables pour débloquer la situation.

b) Le deuxième niveau, est celui du travail des multiples interfaces dedans-dehors :

La plupart de ces jeunes sont pris en charge par plusieurs structures à la fois : école, aide sociale à l'enfance, justice, autant de partenaires qu'il faut bien entendu associer aux prises de décisions importantes pour le jeune (entrée en structure d'internat, orientation thérapeutique particulière etc.), mais dont il faut bien appréhender la place et la fonction, pour que l'éternel cercle vicieux des clivages et des retournements ne se reproduise pas.

La notion de secret est ici vitale : chacun a son champ d'action qui n'est pas entièrement superposable à celui de l'autre, même si, bien évidemment, des zones d'interface et de recoupement interviennent, zones propices aux échanges, aux articulations, aux actions synergiques si l'on prend la peine de les réfléchir et de les poser en cohérence.

Mais il est clair que certains espaces sont « privés » pour chacun. Ainsi, il semble criminel de livrer à un enseignant toute l'histoire d'un jeune, alors que celui-ci ne lui en a pas parlé, sous prétexte de l'aider à comprendre la situation... Plus on a la tête



chargée d'informations extérieures à son champ d'exercice, plus il est difficile de travailler.

Ce n'est pas pour rien que l'analyste refuse d'entretenir des contacts dans le réel avec les personnes vivant avec son patient. Il se situe en effet dans le travail du fantasme, et rien ne serait pire que l'envahissement de sa psyché par les éléments du réel livrés par ce réel ! Ce qui compte pour lui, c'est ce que son patient lui livre du réel par le prisme de sa psyché personnelle, psyché prise dans le transfert construit pas à pas dans la cure, et son ressenti à lui, analyste, à la lumière de l'analyse de son contre-transfert.

Il en est de même pour l'enseignant, qui ne peut tenir un groupe classe dans une structure scolaire banale, et adapter sa relation à un élève difficile, s'il détient des informations généralement dramatiques sur cet individu, en dehors du consentement de celui-ci ! Quel casse tête chinois que de travailler dans le secret, quand le but de l'action n'est pas la relation en elle-même, mais la mise en place d'apprentissages situés dans le concret ! Plus l'excitation est forte, plus l'affect est au premier plan, dans un cadre encore une fois pas du tout adapté à son explosion (une classe n'est pas un cabinet d'analyse ou un lieu thérapeutique institutionnel), plus habituellement les choses dysfonctionnent rapidement, parfois de façon folle (fugues ou au contraire « retranchement » à l'école, enseignant tout feu tout flamme qui rapidement déchanté et rejète complètement l'élève, voire menace de s'arrêter de travailler s'il reste dans sa classe etc.).

Il est des cas où l'on ne peut malheureusement pas limiter les dégâts, quand par exemple, un parent, ou un tiers de la famille, se déverse à l'école. Mais quand ce n'est pas le cas, il semble particulièrement important de réguler les échanges, et de travailler en articulation, sans pour cela que les champs se confondent.

La travail de différenciation et d'articulation entre le dedans (le jeune, ce qui se passe dans la structure de soin etc) et le dehors (l'école, les séjours organisés par l'aide sociale à l'enfance etc ;), reste fondamentalement la mise en pratique, dans le réel, de celui qui est peu à peu effectué autour des psychés de l'adolescent et de ses parents : il s'agit de se « déconfusionner », de se désimbriquer, de se comprendre sans se confondre.

Conclusion :

« Partir, c'est mourir un peu »... Certains adolescents restent enlisés dans des processus d'adolescence impossibles, puisque toute possibilité de séparation les renvoie, eux et leurs parents, à la perte, au vide, à la mort, sans compromis possible. Dans nombre de ces cas, où chaque membre de la famille ne peut faire autrement, sans tiers, que de camper sur ses positions, fragilité narcissique oblige, il semble fondamental de travailler la séparation dans la séparation, dans une immersion accompagnée, empathique mais non "confusionnante", pour que chacun puisse retrouver une place plus confortable et une identité propre.

Espace de vie, espace d'échange, divisé en espace partagés et en espace privés, la structure thérapeutique devient une terre d'asile où enfant, comme parents, sont accueillis et reconnus dans des temps et des lieux différenciés.



Dans ces structures d'hébergement thérapeutiques, l'art d'être soignant est quotidiennement interrogé par ces jeunes, toujours prêts à passer, et à nous faire passer, du rôle de Kaa à celui de Moogli et inversement, de celui de la victime à celui de l'agresseur, dans une course éperdue et épuisante après leur identité propre qu'ils ne parviennent pas à apprivoiser.

Bibliographie

Epelbaum, C., Cosseron, Fl., Gilbert, E., Ferrari, P. – Scolarité et prise en charge à la « Maison des 13-17 », Centre d'hébergement thérapeutique Didier Weil : Juxtaposition ou synergie thérapeutique ? Psychiatrie de l'Enfant, 1997, XL, 199-237.

Epelbaum, C., Taragano, O., Laudrin, S., Ferrari, P. – Psychopathologie parentale et psychopathologie de l'adolescent : Place et enjeux du travail avec les familles dans une unité d'hébergement psychothérapeutique. Psychiatrie de l'Enfant, Accepté, Mai 2001.

- Jeammet, N. – Violences morales, Odile Jacob, Paris, 2001.



Il doit sortir ce soir : une urgence en pédiatrie

C. Mille⁹

Inutile de préciser que l'injonction des pédiatres, ainsi formulée ne vise généralement pas à soutenir le désir de sorties nocturnes des adolescents hospitalisés ; cette exigence concerne particulièrement certains patients suivis par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison et dont le séjour dans le service de pédiatrie a, pour diverses raisons, "assez duré". Le comportement manifeste de l'adolescent désigné n'est pas toujours en cause et c'est souvent la justification de son séjour prolongé dans une unité de soins à rotation rapide qui est médicalement contestée. La priorité incontournable est bien de faire de la place pour les entrants potentiels, porteurs de pathologies somatiques relevant spécifiquement de la compétence du service : l'incontournable gestion des flux impose des choix et des décisions hâtives peu compatibles avec le tempo plus lent nécessaire à l'organisation des soins dans notre discipline ; et, de fait comme le souligne avec humour J-Y HAYEZ (9), le psychiatre à l'hôpital d'enfants fait volontiers figure de contemplatif oriental, malmené par l'attente d'une efficacité rapide à l'occidentale. Cependant, bien que subsistent des divergences dans la temporalité des soins, le contraste tend à ne plus être aussi caricatural entre somaticiens et psychistes, dès qu'ils sont engagés au quotidien dans des prises en charge conjointes. A un certain infléchissement possible de la culture pédiatrique championne des hospitalisations courtes, correspond sans doute le souci des partenaires "psy" de forger des arguments recevables pour défendre, dans un tel contexte, des "indications" de séjour prolongé. L'expérience montre néanmoins qu'un accord "à l'arraché" n'est pas sans conséquences à court terme pour le patient concerné et à plus long terme pour la qualité de l'alliance de travail. L'appréciation de la durée adéquate du séjour hospitalier pour certains adolescents dont il convient de soutenir l'élaboration psychique sans risquer de les précipiter dans une dépendance institutionnelle ne va d'ailleurs jamais de soi. Au delà des éventuels enjeux de pouvoir, il importe surtout de prendre en compte la fréquente distribution inconsciente des rôles autour de ces jeunes patients mettant nécessairement à l'épreuve par leurs attentes opposées, voire incompatibles, les structures thérapeutiques aussi tolérantes soient-elles. La réticence de l'équipe pédiatrique n'est souvent pas sans lien avec de multiples formes de résistance aux soins qui peuvent ne pas s'exprimer ouvertement à l'égard des intervenants psy. Si fixer un terme à une cure analytique s'avère parfois utile pour relancer un travail associatif qui s'enlise, déterminer fermement une date de sortie n'est parfois pas dénué d'incidence positive sur la dynamique d'une prise en charge hospitalière qui "s'éternise".

⁹C.MILLE, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, secteur de pédopsychiatrie, Amiens-Nord.



Temporalité des soins en pédiatrie et en psychiatrie de l'enfant.

Les services de pédiatrie se sont particulièrement attachés à raccourcir le temps d'hospitalisation en programmant et regroupant les explorations, en mettant rapidement en oeuvre des traitements à poursuivre au domicile. La réduction drastique de la durée moyenne de séjour ne répond pas seulement aux exigences de rentabilité de "l'hôpital entreprise" ; la fierté affichée par les praticiens s'apparente peu à celle d'économistes de la santé avançant des chiffres favorables ; elle traduit surtout la satisfaction que procure une progression vers un certain idéal de fonctionnement. Une DMS de quelques jours témoigne incontestablement, aux yeux de l'équipe, pédiatrique, de l'efficacité voire de la qualité des soins prodigués aux enfants malades. Cette conviction peut d'ailleurs trouver sa justification dans les travaux de R Spitz et de J Bowlby, à juste titre largement diffusés dans les ouvrages de puériculture, et qui ont permis de sensibiliser chacun sur les risques encourus par les jeunes enfants éloignés durablement de leurs figures d'attachement privilégiées. Or les fréquentes revendications de tous ordres de parents soucieux d'exercer une vigilance constante auprès de leurs enfants hospitalisés rendent souvent les séjours prolongés difficiles. Paradoxalement la mise à disposition des chambres avec accompagnants, propre pourtant à éviter les conséquences préjudiciables de la séparation, pourrait plutôt inciter les équipes à condenser plus que de raison le temps nécessaire au bilan et à l'ajustement du traitement.

Les services de psychiatrie ayant à gérer une pénurie de moyens et une demande croissante de soins n'échappent pas à l'obligation d'apprécier au plus juste la durée des hospitalisations. La crainte de la chronicisation des troubles, les mises en garde contre les méfaits de la "névrose institutionnelle"(3), le déclin du mouvement de psychothérapie institutionnelle, les avancées de la psychiatrie communautaire et la pression des autorités de tutelle sont autant de facteurs convergents allant dans le sens d'une réduction du temps de séjour. Ce souci de faire sortir au plus vite tout patient hospitalisé s'exprime encore plus fortement quand il s'agit d'un mineur admis en psychiatrie générale. Souvent, faute d'autre alternative le jeune patient est sans délai reconfié à un entourage dangereusement impliqué dans des transactions pathogènes ou dont les capacités de contenance trop rudement mises à l'épreuve n'ont pas eu le temps de se restaurer.

Les unités de médecine de l'adolescent créées dans certains hôpitaux généraux impliquent une collaboration étroite d'équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie (4); dans un tel cadre se confrontent et se concilient non sans concessions mutuelles diverses contraintes de fonctionnement. Les durées d'hospitalisation constituent naturellement des pierres d'achoppement et ce d'autant que l'écart se creuse entre la durée de séjour des patients admis pour des problèmes somatiques prévalents et celle des adolescents accueillis pour des difficultés psychiques et relationnelles. Seule la longue période d'hospitalisation avec contrat de séparation d'une jeune fille anorexique ne soulève, a priori, aucune objection. Il est maintenant établi dans les cercles pédiatriques (1) que plusieurs semaines ou mois sont nécessaires pour que s'opèrent les



mutations autorisant la patiente à renoncer à son impérieux “montage” défensif. Les équipes infirmières, mieux au fait des inévitables aléas du lent processus thérapeutique, sont moins exposées au doute et au découragement. Des contrats d’hospitalisation de plusieurs jours sont aussi plus systématiquement proposés aux adolescents suicidants au delà de leur éventuel passage en réanimation (8) (15). L’enjeu vital inhérent aux risques de récurrence légitime ce temps d’évaluation et d’apaisement des conflits extériorisés. Des contrats de séparation sont pareillement négociables avec les patients et leurs familles dans des cas de phobie scolaire ou de conversion somatique persistante (5); les pédiatres acceptent plus aisément de rester partie prenante dans des prises en charge relevant surtout de la compétence des “psy”. Le temps d’hospitalisation jugé utile à la mise en route et à la surveillance d’un traitement psychotrope pour un adolescent angoissé ou déprimé ne provoque pas plus d’objections de principe. Les zones d’accord sur le déroulement temporel du travail thérapeutique impliquant les intervenants du champ de la pédopsychiatrie se sont incontestablement élargies. Ces avancées sont pourtant fragiles ; elles restent très dépendantes des relations interpersonnelles et des efforts consentis pour cette acculturation réciproque ; elles sont également soumises à de possibles régressions à chaque fois que se présentent des situations propres à susciter l’intolérance de l’équipe soignante.

Limites temporelles à respecter.

Un temps institué de discussion interdisciplinaire est une des conditions requises essentielle au bon fonctionnement d’un dispositif de soins bipolaire ; c’est au cours de réunions clairement inscrites dans l’organigramme commun que peuvent s’ébaucher, se confirmer ou s’infléchir les projets thérapeutiques ; c’est à la faveur d’échanges autour d’une table et non “entre deux portes” que se complètent les informations et que se précisent et s’ajustent les avis de chacun ; c’est grâce à l’existence d’un tel espace reconnu de négociations que les “psy” peuvent assez souvent faire valoir l’intérêt de prolonger l’hospitalisation d’un adolescent dans le service. Il importe cependant que les arguments développés pour justifier le report d’une sortie déjà programmée soient non seulement convaincants pour le pédiatre responsable, mais aussi pour l’ensemble de l’équipe paramédicale concernée. Toute modification introduite secondairement dans les schémas thérapeutiques habituels est de nature à activer un sentiment pénible de flou et d’incertitude. Le délai supplémentaire requis pour permettre à un patient de s’engager plus avant dans un travail d’élaboration psychique laisse généralement dubitatifs des soignants formés à mettre en oeuvre des stratégies de soins codifiées. Des “représentations d’attente” (13) doivent bien leur être fournies pour que soit mieux figurable la nature du processus en cours. A défaut de pouvoir préciser concrètement les moyens à déployer pour favoriser, voire accélérer un tel processus, le rôle des “psy” est de rappeler les changements survenus pour certains adolescents ayant bénéficié d’une hospitalisation plus longue, mais aussi d’échafauder quelques hypothèses sur l’organisation psychopathologique en cause et les aménagements défensifs à vaincre ou à contourner. Certains raccourcis explicatifs sont difficilement évitables dans un tel contexte ; les métaphores empruntées à la discipline médicale elle-même se révèlent en



général plus appropriées que les longs discours théoriques. Ces constructions bâties entre deux modes de pensée, avec les adaptations terminologiques qu'elles impliquent, constituent des ponts conceptuels utiles pour faciliter la reconnaissance et la coexistence de temporalités différentes ; elles ne gomment pas les écarts persistants entre abord médical et approche psychothérapique, entre visée d'objectivation des troubles et souci de soutenir la subjectivation.

Des moments critiques révélant les limites de compatibilité entre les deux démarches surgissent inmanquablement quand les désaccords et les tensions n'ont pas trouvé de voies suffisantes d'expression et d'élaboration commune. La surveillante de l'unité, spécifiquement chargée de gérer les flux d'entrées et de sorties est aussi située à l'interconnexion de toutes les "logiques de soins" mis en oeuvre par les différents intervenants médicaux. C'est vers elle que convergent les plaintes et les critiques à l'égard des "psy" et de leurs méthodes de travail "fantaisistes". Il lui revient donc de relayer l'incompréhension et les doutes qui circulent, d'insister pour que soit mis fin aux hospitalisations jugées trop longues, voire de désigner quelques patients supposés ne tirer aucun profit de leur séjour dans le service. Le malaise est à son comble à chaque fois que le nombre d'adolescents hospitalisés pour des "problèmes psy" dépasse le nombre de patients soignés pour des maladies somatiques, quand les pédiatres ont le sentiment d'être les seuls à se préoccuper de l'encombrement de l'unité, quand le turn-over vertigineux imposé aux uns contraste de manière insupportable avec le rythme tranquille que semblent s'accorder les autres. L'impatience se manifeste plus ouvertement à propos d'adolescents dont le retour au domicile est exclu et qui sont en attente d'alternative adaptée. Le rôle d'hébergement social dévolu sine die à la structure est plus qu'ailleurs ressenti comme une déqualification humiliante au regard de l'idéal de compétence technique auquel aspire l'équipe de soins. Les réactions de découragement et d'exaspération se manifestent aussi à l'égard des patientes anorexiques qui dépassent outrageusement la moyenne de quelques mois d'hospitalisation sans gain de poids notable, quels que soient par ailleurs les progrès manifestes au plan relationnel. Dans ce contexte de dépit toute proposition d'assouplissement du contrat de séparation, souvent dictée par la détresse de l'adolescente ou de ses parents, soulève des protestations véhémentes : le moindre aménagement concédé est vécu comme une capitulation face à l'obstination de la patiente, propre aussi à brouiller les repères des soignants et à semer le doute et la confusion dans l'esprit d'autres jeunes filles anorexiques a priori moins "accrochées" à leurs conduites de restriction alimentaire. Le maintien de l'hospitalisation pour une patiente ayant atteint son poids de sortie est tout aussi difficile à concevoir, quelles que soient les justifications fournies par le pédopsychiatre référent.

Le clivage des compétences aux plans somatique et psychique risque ainsi de se radicaliser quand pour diverses raisons le nombre et la durée des prises en charge "psy" excèdent les normes implicitement admises. L'intérêt de l'équipe paramédicale devient alors difficile à mobiliser, sa disponibilité à l'égard des adolescents se fait plus rare, sa vigilance à l'égard de la souffrance exprimée moins grande. Les transgressions sont dramatisées et toute difficulté relationnelle devient l'affaire des spécialistes. La charge



de travail de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison s'accroît considérablement, les appels aux pédopsychiatres d'astreinte se multiplient.

Le retour d'un juste équilibre faisant la part des contraintes de fonctionnement respectives repose d'abord sur l'acceptation et le respect des limites temporelles implicites des suivis "psy" dans une unité pédiatrique ; il est parfois judicieux d'écouter certaines hospitalisations contractuelles ; il peut aussi s'avérer nécessaire d'orienter vers une structure de soins éloignée, voire même peu adaptée un adolescent dont la présence devient importune. L'abord corporel des patients admis pour des difficultés psychologiques doit être valorisé, voire facilité par la prescription de quelques gestes techniques : la pose d'une perfusion d'antidépresseurs peut fournir à une infirmière l'occasion d'engager ou d'approfondir une relation restée très superficielle. La richesse des échanges dans les temps de rencontre informelles doit aussi être mise en évidence pour relativiser l'importance excessive attribuée au seul matériel recueilli au cours d'entretiens se déroulant dans le bureau des "psy". De la même façon, les discussions improvisées dans la salle de soins ou dans l'office entre les intervenants psy et les soignants sont riches d'enseignement ; les impressions qui se dégagent de ce travail "interstitiel" ne sont pas moins précieuses que les informations qui s'égrènent dans les réunions instituées (14). Selon R ROUSSILLON(17) la "pratique interstitielle" facilite le rétablissement des identifications "personnalisées", ce qui a contrario permet de ressaisir autrement les identités professionnelles ; elle viserait surtout à rétablir un écart par rapport à ce qui se vit de trop crucial, à faire circuler des représentations utilisables dans un second temps pour un travail d'élaboration. Prendre en compte ce niveau d'échanges permet à l'équipe de pédopsychiatrie de liaison de s'inscrire plus authentiquement dans la trame institutionnelle et de réajuster plus rapidement, au besoin, les projets thérapeutiques mal acceptés. Mais reconnaître la finesse des observations au quotidien, réfléchir à la pertinence de certaines remarques, chercher à comprendre les raisons profondes des mouvements d'humeur permet aussi aux "psy" de mieux percevoir tout ce qui est soigneusement "évacué" de la relation transférentielle ou ce qui leur échappe dans leurs propres contre-attitudes.

Enjeux psychopathologiques et thérapeutiques de la sortie.

Les adolescents pris dans les vicissitudes de leur travail de séparation psychique, souffrant d'une pathologie de la dépendance au sens où l'entend P. JEAMMET (11) sont le plus souvent au centre des conflits opposant les partisans d'une sortie rapide et ceux qui préconisent de prolonger l'hospitalisation. Il n'est pas rare qu'après une période de refus de la séparation imposée, se développe à bas bruit une forme d'addiction institutionnelle difficile à résoudre. Les patients concernés sont d'abord incités contractuellement à mettre à profit la rupture qu'ils ont implicitement recherchée en passant à l'acte (16), à interrompre quelques jours le cours habituel de leur existence pour prendre du recul et se donner les moyens de penser ce qu'ils ont agi. Ce "hors temps" social dans un milieu protecteur et peu exigeant, où les relations aux autres sont plus faciles qu'ailleurs peut avoir un effet apaisant auquel ils ne



sauraient renoncer. Le long temps d'hospitalisation concédé aux patientes anorexiques suscite des réactions d'envie, avive leurs idées de préjudice et les amène à rappeler qu'eux aussi mettent leur vie en danger. Or le contraste est souvent vif entre la détresse qu'ils expriment en entretien et l'insouciance gaie qu'ils affichent dans le groupe d'adolescents.

L'appréciation de la durée adéquate du séjour hospitalier dans un tel contexte suppose que tous les soignants impliqués soient en mesure de se dégager des contre-attitudes passionnelles et des prises de position tranchées que le fonctionnement clivé de ces patients induit sans relâche dans leur entourage. Une distribution inconsciente des rôles s'opère entre ceux qui sont sensibles à la détresse profonde, à la souffrance dépressive et ceux qui dénoncent le fonctionnement parasitaire et manipulateur de ces mêmes patients. La prolongation de l'hospitalisation jugée indispensable, eu égard à l'importance cruciale du travail d'élaboration au cours des entretiens, semble aggraver leur sentiment de vulnérabilité face aux attentes du "monde extérieur" ; une décision de sortie propre à interrompre ces craintes infondées les confronte dangereusement à une réactualisation des angoisses d'abandon et de rejet. De manière paradoxale les "psy", soucieux d'offrir un cadre contenant propice au traitement psychique des peurs archaïques de leurs patients, interpellés dans une fonction maternelle réparatrice se trouvent parfois entraînés dans une position de sollicitude anxieuse. A l'inverse, l'équipe pédiatrique plus à distance, attentive au bon fonctionnement de l'ensemble et au respect des règles communes est amenée à assurer un rôle structurant de rappel de la loi et à représenter ainsi une fonction de tiers séparateur. Or au même titre que la décision d'hospitalisation, la décision de sortie peut prendre valeur de "restitution de la médiation paternelle"(10). Comme le souligne P.GUTTON (7) "à l'adolescence, la réglementation temporelle dépend moins d'une loi du père introjecté, mais se trouve soumise à l'une ou l'autre des figures la portant ou la représentant".

L'ouverture de la structure de soins sur l'extérieur, le recours possible à des modalités souples d'hospitalisation de nuit ou de week-end, la fréquentation d'un centre de jour et l'appui sur d'autres adultes relais sont quelques unes des mesures propres à réduire le clivage entre un dedans trop protecteur et un dehors menaçant. Seule une vigilance contre-transférentielle aiguisée par le travail d'équipe permet aux intervenants "psy" de prendre conscience de l'idéalisation dont ils sont l'objet et qui peut les amener à se sentir investis d'une mission salvatrice qu'ils seraient les premiers et les seuls à pouvoir mener à bien.

La prise en compte des actions thérapeutiques antérieures, le souci de faciliter le réinvestissement des thérapeutes précédents, le travail avec les parents tout comme les prises de contact avec les interlocuteurs médico-sociaux connaissant bien les adolescents, limitent les risques de répétition et de rupture des liens avec leur propre histoire. Le soutien du "Je historien" (2) de ces patients rivés au présent peut en dépendre. Faute de possibilité d'historicisation du passé, de restauration de la temporalité psychique, aucune vraie perspective d'avenir, propre à éviter l'enlèvement institutionnel, ne parvient à se dessiner. L'hôpital-refuge est alors utilisé comme un



espace utopique (12) où trouve à s'accomplir "le fantasme omnipotent d'immobiliser le temps pour faire cesser le retour de la dériliction" (6). Dans un tel contexte l'adolescent ainsi prisonnier du cocon pédiatrique doit bien être délivré sans délai. Il vaut mieux finalement pour lui qu'on ait besoin de son lit pour en soigner un autre.

Au total, les équipes de pédopsychiatrie de liaison intervenant dans les services de pédiatrie regrettent, souvent à juste titre, que se décide un peu précipitamment la sortie des adolescents dont ils ont à s'occuper. A l'inverse l'allongement des durées de séjour "hors contrat" pour les patients en souffrance psychologique n'est pas toujours sans risque pour eux, ni sans conséquences fâcheuses au plan institutionnel. Il importe donc que soit refixé contractuellement le terme du délai accordé, pour désamorcer les risques de mésusage de la structure de soins. La confrontation de temporalités différentes pourrait ainsi avoir quelques avantages à condition toutefois que personne n'ait le pouvoir de s'instituer "maître du temps".

Bibliographie

1. ALVIN P. : Prise en charge In: *Anorexies et boulimies à l'adolescence*, Doin éd., Paris, 2001, 79-155.
2. AULAGNIER P. : L'apprenti-historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant. P.U.F., Paris, 1984.
3. BARTON R. : La névrose institutionnelle. Scarabée éd., Paris, 1969.
4. BOUDAILLIEZ B., DAROUX J-L., MILLE C. ET COLL. : Structure et fonctionnement d'une Unité de médecine de l'adolescent; Fédération entre un service de pédiatrie et un service de psychopathologie. *Annales de pédiatrie*, 1998, 45 (5), 311-320.
5. DAROUX J-L. : Diversité et unité de l'expression pubertaire des pathologies narcissiques. Etude de l'opportunité d'une séparation thérapeutique. Mémoire DES Psychiatrie, Amiens 1992.
6. GREEN A. : Le temps éclaté. Minuit éd., Paris, 2000.
7. GUTTON Ph. : Entre l'immédiat et l'éphémère, l'histoire de l'adolescence In: D BRUN (sous la direction de) *Le temps, l'urgence et les périodes de la maladie* . P.A.U., Paris, 1997, 95-102.
8. HANNOIR S., CREPIN M., PEROT J-M., MILLE C., Pour une "contractualisation" de l'hospitalisation des adolescents suicidants. Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française, Biarritz, Juin 1999 (à paraître)
9. HAYEZ J.-Y., le psychiatre à l'hôpital d'enfants. Somatisations et pédopsychiatrie de liaison, P.U.F., Paris, 1991.
10. JEAMMET Ph. : Actualités de l'agir: à propos de l'adolescence. *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1986, 31, 201-222.
11. JEAMMET Ph. : Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1990, 38, (4-5), 190-199.
12. KAËS R. : Une utopie hospitalière. *Adolescence*, 1996, 14 (1), 11-24.
13. KAHN L. : La hâte, *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1986, 34, 29-49.



14. MILLE C. : Le travail institutionnel en pédopsychiatrie de liaison, Exposé introductif à la 4^e journée du réseau nord-européen francophone de pédopsychiatrie de liaison, Amiens, Oct 1998, (à paraître).

15. PEROT J.-M. : Le contrat d'hospitalisation pour les adolescents suicidaires à l'épreuve du temps. Communication au symposium de la SFPEA organisé dans le cadre de la 95^e session du congrès de psychiatrie et neurologie de langue française, Tours, Juin 97.

16. POMMEREAU X. : l'adolescent suicidaire et les soins In: *L'adolescent suicidaire* . Dunod éd., Paris, 1999, 165-221.

17. ROUSSILLON R. : Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice. Dunod éd., Paris, 1987.



LE TEMPS DE L'ELABORATION



Le temps de l'alliance

A.Braconnier¹⁰

Dans le cadre de cette table ronde sur le temps de l'élaboration, poser la question du temps de l'alliance à l'adolescence paraît à la fois simple et complexe. Simple, car qui peut douter qu'il y ait un temps pour l'élaboration sans qu'il y ait un minimum de temps pour l'alliance. Complexe, car le concept d'alliance thérapeutique mérite d'être précisé. Comment ce qui est désignée sous le terme « d'alliance » se définit-il et comment s'articule-t-il avec le concept de « transfert » (et de contre-transfert) ? Cette dernière question risque parfois d'être balayée d'un revers de main au nom que seul le transfert est un concept réellement psychanalytique. Doit-on distinguer une alliance précoce, condition à un travail d'élaboration, d'une alliance plus tardive étroitement intriquée au transfert et à l'élaboration, y aurait-il ainsi deux temps de l'alliance, le premier celui de la rencontre et un second celui du traitement proprement dit ?

Ces questions introduites dans le cadre plus général du titre de ces journées « Adolescence et séparation, Trajets de soin » permettent-elles de mieux appréhender ce que tout clinicien cherche à comprendre quand il a le souci non seulement d'accueillir mais aussi de traiter, pour un temps a priori indéterminé, c'est-à-dire de provoquer et d'accompagner un processus de changement chez les adolescents en difficulté : qu'en est-il des ruptures de traitements, de leur reprise et avec qui ? Il est curieux de constater qu'au cours de ces trente dernières années de nombreux travaux ont été consacrés à l'élaboration au cours des traitements d'adolescents, source de riches réflexions théoriques, mais qu'à notre connaissance aucune recherche n'ait été véritablement entreprise pour répondre aux questions que nous venons de poser.

De toutes façons nous savons, grâce aux recherches psychanalytiques, (chez l'adulte et malheureusement pas chez l'adolescent, mais est-ce vraiment différent ?) que l'alliance thérapeutique représente l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985).

LE CONCEPT D'ALLIANCE

La définition de l'alliance demeure l'objet de controverses. Toutes s'accordent cependant pour penser qu'elle concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute et qu'elle se compose, d'au moins deux aspects fondamentaux : la négociation (pour s'accorder ou construire une signification partagée) et la mutualité (pour agir de concert et se coordonner), (de Roten Y., 2000). Plusieurs chercheurs (Luborsky, 1976 ; Gomes-Schwartz, 1978 ; Hartley & Strupp, 1983 ; Marziali, 1984 ; Horwath & Greenberg, 1989 ; Marmar, Weiss & Gaston, 1989) ont développé des outils de mesures pour valider ce concept et en évaluer la qualité.

¹⁰Dr A.BRACONNIER, Unité de recherche psychothérapique, 74 bis Avenue Edison, 75013, Paris



D'un point de vue général, c'est-à-dire quels que soient les âges de la vie, il est admis que les paramètres impliqués dans le développement de l'alliance sont nombreux. Parmi ceux-ci, on distingue quatre groupes de facteurs, soit les caractéristiques du patient, soit les caractéristiques du thérapeute, soit les échanges intersubjectifs entre le patient et le thérapeute, soit enfin la technique utilisée par le thérapeute.

D'emblée une question se pose en particulier en ce qui concerne les traitements d'adolescents : les paramètres impliqués dans le développement de l'alliance précoce sont-ils les mêmes que ceux de l'alliance tardive ?

Gaston (1990) relève quatre dimensions de l'alliance, dont nous voyons les éventuelles distinctions selon qu'il s'agisse de l'alliance précoce ou de l'alliance plus avancée dans le traitement :

- la relation affective du patient vis-à-vis du thérapeute ;
- le niveau de compréhension empathique et l'implication du thérapeute ;
- l'accord entre le patient et le thérapeute au sujet des buts et des tâches du traitement ;
- l'alliance de travail ou la capacité du patient à travailler « de façon réfléchie » ;

Gaston (1990) propose de considérer chaque définition comme une dimension relativement différente tout en étant complémentaire avec les autres.

Les recherches les plus récentes sur l'évolution de l'alliance soulignent l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute, dans la dimension interpersonnelle. Dans quelle mesure par exemple, les deux partenaires doivent-ils faire preuve d'un ajustement mutuel (Horwath & Luborsky, 1993) ou se coordonner (Westerman, Foote, & Winston, 1995) pour qu'un climat de confiance émerge.

L'interaction entre le patient et le thérapeute joue incontestablement un rôle décisif dans le développement de l'alliance, en fonction des capacités de chacun à s'ajuster dans la relation :

- Du côté du patient, la motivation au changement est souvent associée à des désirs teintés d'ambivalence. Chez le patient il s'agit de considérer en premier lieu les différents types de relations d'objet et les mécanismes de défense, puisque ceux-ci représentent un élément essentiel de la personnalité. En ce qui concerne les relations d'objet, plus l'adolescent fonctionne avec des niveaux de relations d'objet archaïques, plus la construction de l'alliance requiert du temps. Le principe fondamental est d'offrir du soutien dans les moments, (il s'agit souvent du début compte tenu de la fragilité narcissique de beaucoup d'adolescents), où l'on s'aperçoit que le manque de ressources de l'adolescent entrave la possibilité d'un mouvement psychique.

En ce qui concerne les mécanismes de défense, nous avons nous même, à la suite d'autres collègues, insisté sur les trois types de défense les plus problématiques pour la mise en œuvre et le maintien des traitements à l'adolescence : le défi, le déni et le délit, c'est-à-dire le jeu avec les limites. Un tel déséquilibre exige, pour qu'une véritable rencontre se produise, que l'adolescent puisse quitter, un moment du moins, la sécurité



que lui offrent ces défenses pour se montrer introspectif. Dans ce genre de situation, le niveau d'alliance est vite compromis, surtout si le patient perçoit les interprétations du thérapeute comme des intrusions. Selon le mode d'interventions du thérapeute, certains patients risquent de devenir plus méfiants et aggraver leur état, ceci a été bien étudié chez l'adulte (Gabbard & al., 1994). Enfin, si la configuration défensive représente pour une part le potentiel adaptatif du patient, il semble utile d'imaginer que le thérapeute devrait lui aussi adapter ses interventions aux capacités introspectives du patient.

- Du côté du thérapeute, la difficulté tient à ce qu'il doit être attentif à découvrir les éléments de la personnalité du patient et y répondre de façon à ne pas susciter une importante montée d'anxiété. Du point de vue clinique, il est admis de considérer les défenses avant d'offrir des interprétations, susceptibles parfois d'alarmer le patient. Les défenses représentent un point de repère qui aide le clinicien à évaluer les risques de déclencher un signal d'anxiété chez le patient. Lorsque les patients utilisent des défenses plus archaïques, la tâche du thérapeute se complique. Dévoiler trop rapidement certaines défenses risque de confronter le patient à des niveaux de conflit qu'il n'est pas en mesure d'assumer. Les premières séances peuvent être l'occasion d'offrir au patient la possibilité de se départir de ses représentations erronées mais les impairs qui sont commis lors des premières rencontres sont beaucoup plus déterminants que ceux qui ont lieu plus tard lorsque le processus est engagé. Il est fréquent d'observer par exemple, après une seule séance, l'affaiblissement ou l'affermissement de la confiance du patient. Le fait de ne pas se présenter au deuxième rendez-vous par exemple met en acte la « non rencontre » entre le patient et le thérapeute. Les premières séances peuvent être un moment « d'apprentissage » de ce qu'est une psychothérapie et le travail qui s'y fait dans la mesure où le patient parvient à renoncer momentanément à l'intérêt porté à ses symptômes et à ses défenses. Enfin, que ce soit en termes d'investigation ou d'apprentissage de la psychothérapie, il est reconnu qu'au-delà de leur valeur exploratoire, les premières séances possèdent un effet thérapeutique. Le but demeure d'aider le patient à s'engager dans un travail thérapeutique tout en lui permettant d'en saisir le sens (Gilliéron, 1994).

Il est évident que par le biais de ses interventions, le thérapeute manifeste d'une part son savoir et d'autre part dévoile à certains moments des réactions de l'ordre de son contre-transfert. Concernant le savoir du thérapeute, une des tâches de celui-ci est de saisir les émotions du patient, la qualité de son moi et d'être conscient des défenses de celui-ci. Lorsque le thérapeute n'éprouve pas trop de difficultés à identifier ces éléments, il favorise certainement une meilleure qualité dans la rencontre.

Il s'agit donc pour le thérapeute de se pencher sur les types d'interventions étudiées selon les deux grandes catégories reconnues classiquement, c'est à dire en termes d'interprétation et de confrontation ou en termes de soutien et de clarification. Doser les interventions entre le soutien et l'interprétation n'est pas toujours une tâche simple. Le travail délicat que cela représente est parfois banalisé. La présence du contre-transfert chez des thérapeutes est à certains moments clairement observable. Il apparaît en effet parfois problématique d'offrir des interventions de soutien, avec par exemple le



risque de se sentir coupable (Gabbard, Horowitz, Allen, Frieswyk, Newsom, Colson & Coyne, 1994). Cette difficulté à s'adapter et à offrir du soutien lorsque cela semble indiqué est associée à une croyance longtemps valorisée selon laquelle l'interprétation représente l'outil de travail « sacré ». Le risque dans ces cas est que la problématique contre-transférentielle aboutisse à une escalade dans l'interprétation pour tenter de réduire le malaise du thérapeute et mène en fait à une rupture du traitement.

En définitive, l'émergence d'une bonne alliance peut être comparable à une réaction chimique favorable ou néfaste dans laquelle certains composants jouent des rôles différents.

L'ALCHIMIE « DEFENSES » DU PATIENT - « INTERVENTIONS » DU THERAPEUTE.

La question de l'interprétation des défenses reste néanmoins un sujet de controverse. L'interprétation avec un adolescent qui présente surtout des défenses névrotiques a peut-être plus de chance d'être acceptée, si on considère que celui-ci souffre et, cherche probablement à se comprendre. Un adolescent qui présente essentiellement ce type de défenses peut éventuellement faire bon usage d'une interprétation en sachant que les défenses de niveau intermédiaire (névrotiques) présentent une plus grande souplesse (Winston & al., 1994). Ces mêmes défenses peuvent cependant aussi entraver le développement de l'alliance. Par exemple, la rationalisation, la formation réactionnelle et l'intellectualisation sont des défenses qui influencent particulièrement la capacité du patient à se montrer introspectif (Vaillant, 1992). Je pense ici à un adolescent qui à son retour de vacances me dit qu'il a passé une semaine seul pour réfléchir sur lui-même et pour écrire tout ce qu'il a « analysé ». Le commentaire sur ces écrits est d'une intellectualisation tout à fait excessive et défensive.

L'adolescent qui affiche des défenses de type « état-limite », ce qui est souvent le cas, fait porter sa souffrance aux autres. L'interprétation de ce type de défenses peut davantage représenter pour le patient une menace de son sentiment d'intégrité (Vaillant, 1977). Dans ce cas, l'interprétation risque d'interférer avec le développement d'une alliance et peut compromettre le désir de s'engager dans un processus thérapeutique authentique (Despars, Kiely, Perry, 2001).

En fait considérer l'organisation défensive du patient dans le développement de l'alliance a déjà été source de recherches programmées et étudié de façon empirique chez l'adulte (Foreman & Marmar, 1985 ; Hartley & Strupp, 1983 ; Orlinsky & Howard, 1987 ; Winston & al., 1994).

Winston & al. (1994) ont observé les interventions du thérapeute s'adressant aux défenses. Étonnamment plus les patients présentent des défenses intermédiaires et immatures, meilleure est l'issue thérapeutique. Les auteurs expliquent ces résultats en disant que les patients qui présentent des défenses moins matures et une certaine somme de défenses sont peut-être plus faciles à traiter en offrant des traits psychopathologiques plus marqués. Le nombre de fois où le thérapeute s'adresse aux défenses est également corrélé à l'issue thérapeutique. Ces travaux soutiennent les



travaux de Foreman & Marmar, (1985) et de Truax & Wittmer (1973). Dans l'étude de Foreman et Marmar (1985) un groupe de six patients affichant une alliance initiale basse, montrent une nette amélioration de l'alliance lorsque les thérapeutes interprètent activement les défenses. Dans les cas où l'alliance initiale reste basse, l'idée est avancée qu'une mauvaise alliance se crée lorsque le thérapeute accorde trop d'importance au facteur de réalité au lieu d'explorer les sentiments du patient (Lang, 1975). Mais ces résultats ne s'accordent pas à l'étude de Crits-Cristoph, Cooper & Luborsky (1988), dans laquelle il est conclu qu'interpréter les défenses ne contribue pas à prédire une issue favorable.

Parmi les études qui s'intéressent aux défenses et aux stratégies thérapeutiques, il existe un intérêt particulier envers les patients difficiles et ayant des personnalités de type état-limites (Gabbard & al., 1988 ; Kernberg, 1976). Ceci nous rapproche de nombreuses problématiques d'adolescent en traitement. Selon Kernberg, l'interprétation de transfert avec certains types de patients état-limites, doit être fournie rapidement, lorsque le travail sur l'alliance est déformé et qu'il subit les interférences du transfert primitif.

Une étude déjà ancienne de la *Menninger Psychotherapy Research Project*, (Kernberg, Bursten, Coyne, Appelbaum, Horowitz & Voth, 1972) montrait que certains patients avec un tableau clinique très perturbé, présentant par exemple des organisations défensives primitives (clivage induisant une fragmentation de l'expérience émotionnelle ; omnipotence et dévaluation qui mènent à une détérioration de l'expérience relationnelle) bénéficiaient d'interventions interprétatives et démontraient une issue au traitement nettement plus favorable que ceux traités par le soutien. Des études ultérieures toutefois ne confirment pas ces résultats (Wallerstein, 1986, Gabbard & al., 1994). Dans la plus récente de ces études les auteurs concluent que l'interprétation de transfert peut conduire autant à une amélioration qu'à une détérioration de l'alliance selon certaines caractéristiques du patient (fonctionnement cognitif, traumatisme précoce, type de relations d'objets, tendances masochistes, psychopathologie anaclitique ou introjective). Ces résultats, ainsi que d'autres études considérant la fréquence des interprétations de transfert pour prédire l'issue thérapeutique (Milbrath & al., 1999 ; Piper, Debbane, Bienvenu, de Carufel & Garant, 1986) mettent en doute la position de certains tenants de l'approche psychodynamique brève (Davanloo, 1980 ; Malan, 1984) selon laquelle il faut interpréter le transfert autant que possible.

Un autre point mérite d'être soulevé. Concernant l'intérêt accordé au sujet des défenses et des interventions, la différence entre les patients anaclitiques et introjectifs est intéressante (Despars, Kiely, Perry, 2001). En effet, cette distinction est définie sur la base de configurations défensives différentes (Blatt, 1992). Les premiers utilisent des défenses d'évitement telles que le déni, le désaveu, le retrait, la répression et le déplacement. Ces sujets se montreraient plus sensibles à l'aspect interpersonnel. Les principales défenses des patients introjectifs sont plutôt l'intellectualisation, la formation réactionnelle, la rationalisation, l'annulation rétroactive et la projection. Davantage intéressé à développer un concept de soi, ces patients répondraient mieux



aux interprétations. Nous voyons que beaucoup d'adolescents seraient plus proches des fonctionnements « anaclitiques ».

L'ensemble de ces considérations marquent ainsi les contours de la question. Dans quelle mesure le développement de l'alliance thérapeutique est-il déterminé par l'ajustement des interventions du thérapeute aux défenses du patient ?

ALLIANCE THERAPEUTIQUE ET ISSUE DU TRAITEMENT.

Le niveau d'alliance des premières rencontres et celui des fins de traitement s'avèrent être de meilleurs facteurs prédictifs que celui mesuré en cours de psychothérapie (Horvath, 1992).

Par ailleurs, il semble que les mesures de l'alliance lors de la première rencontre sont corrélées aux interruptions précoces (Kokotovic & Tracey, 1990). Cela est particulièrement vrai pour les traitements d'adolescents. Une interruption précoce de la thérapie est souvent précédée d'une alliance négative ou évidemment d'une mauvaise indication de traitement. Elle constitue de façon plus certaine une perte de temps et d'effort pour le thérapeute et le patient en plus d'être accompagnée d'affects négatifs pour les deux parties (Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998) et pour les adolescents une source incontestable de difficultés de reprise d'une nouvelle aide y compris avec un clinicien différent.

CONCLUSION

En résumé, plusieurs études s'accordent pour reconnaître l'importance des défenses du patient (Foreman & Marmar, 1985 ; Orlinsky & Howard, 1987 ; Winston, Samstag, Winston & Muran, 1994) et celles des interventions du thérapeute (Gaston & al., 1989; Luborsky & al., 1985 ; Piper & al., 1998). Bien que les interventions et les défenses aient été étudiés sous différents angles, il semble digne d'intérêt de poursuivre l'exploration menée jusqu'à maintenant en accordant davantage d'attention à la relation entre ces deux facteurs.

Ainsi malgré l'importance accordée au concept d'alliance, certaines questions fondamentales sont toujours en suspens, en particulier en ce qui concerne les traitements d'adolescents. Les implications cliniques par rapport au développement de l'alliance précoce sont là particulièrement importantes et représentent des questions essentielles pour le clinicien selon qu'il se trouve dans les premières rencontres ou en cours de traitement.



Bibliographie

Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. Journal of American Psychoanalytic Association, 40, 691-724.

Crits-Christoph, P., Cooper, A. & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interventions and the outcome of dynamic psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 490-495.

Davanloo, H. (1980). A method of short-term dynamic psychotherapy. In H. Davanloo (Ed.), Short term dynamic psychotherapy. Jason Aronson : New York, 43-71.

Despars J., Kiely M.C., Perry J.C., (2001) Le développement de l'alliance thérapeutique : influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient, Psychothérapies, à paraître

Foreman, S. & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 142, 922-926.

Gabbard, G. O. (1994). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, The DSM-IV edition. (chap.4 pp. 89-124). American Psychiatric Press : Washington.

Gabbard, G. O., Horowitz, L., Frieswyk, S. Allen, J. G. Colson, D. B. Newsom, G., & Coyne, L. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. Journal of the American Psychoanalytic Association, 36, 697-727.

Gabbard, G. O., Horowitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newsom, G. Colson, D. B. & Coyne, L. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients : A high-risk, high-gain phenomenon. Harvard Review of Psychiatry, 4, 59-69.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy, 27, 143-153

Gaston, L., Marmar, C.R. & Ring. J. (1989). Engaging the difficult patient in cognitive therapy : Actions developing the therapeutic alliance. Paper given to the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, Canada.

Gillieron, E. (1994). Le premier entretien en psychothérapie. Dunod : Paris.

Gomes-Swartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy : Prediction of outcome from process variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology 46, 1023-1035.

Hartley, D. E. & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (ed.), Empirical studies in analytic theories (pp 1-37). NJ : Erlbaum : Hillsdale.

Horvath, A. O. (1992). Measurement of the working alliance A review Paper submitted for publication.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counselling Psychology, 36, 223-233.

Horvath, A. O. & Luborsky, Le (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 561-573.

Kernberg, O. F., Bursten, E. D., Coyne, L. Appelbaum, A., Horowitz, H. & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis : Final report of the Menninger



Foundation's Psychotherapy Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic, 36, 3-275.

Kernberg O. (1976). Technical considerations in the of borderline personality organisation. Journal of Psychoanalysis Assessment, 24, 795-829.

Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselling. Journal of Counselling Psychology, 37, 16-21.

Lang, R. (1975). Therapeutic misalliances. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 4, 77-105.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. Le Cleghorn (Ed.) Successful psychotherapy (pp. 92-116). Brunner/Mazel : New York.

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E. O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602-611.

Malan, D. H. (1984). Toward the validation of dynamic psychotherapy. Plenum : New York.

Marmar, C., Weiss, D. S. & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System Psychological Assessment A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 46-52.

Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance scales : Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 417-423.

Milbrath, C, Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J. & Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8(1), 40-54.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6, 6-27.

Perry, J. C. (1990a). Psychological defense mechanisms in the study of affective and anxiety disorders. In J. Maser & C.R. Cloninger (Eds.) Co-morbidity in anxiety and mood disorders (pp. 545-562). American Psychiatric Press : Washington DC.

Perry, J. C. & Ianni, F. F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. Journal of Personality, 66(6), 993-1024.

Perry, J. C., Kardos, M.E. & Pagano C.J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS), In U. Hentschel & W. Ehlers (Eds), The Concept of Defense Mechanisms. In Contemporary Psychology : Theoretical, Research, and Clinical Perspectives, New York, Springer.

Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J.P., de Carufel, F. & Garant, J. (1986). Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome in short-term individual psychotherapy. British Journal of Medical Psychology, 59, 1il.

Piper, W. E., Joyce, A.S. McCallum, M. & Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(3), 558-'567.

de Roten, Y. (2000), Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique, Psychothérapies, 20,4, 243-248



Truax, C. R. & Wittmer, J. (1973). The degree of the therapist's focus on defense mechanisms and the effect on therapeutic outcome with institutional juvenile delinquents. Journal of Community Psychology, 1, 201-203.

Vaillant, G. E. (1977). Adaptation to Life. MA. Little, Brown : Boston.

Vaillant, G. E. (1992). Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers. American Psychiatric Press Washington.

Wallerstein, R. S. (1986). Forty-two lives in treatment : A study of psychoanalysis and psychotherapy, (chap.9, p.653- Guilford Press : New York.

Winston, B., Samstag, Le W., Winston, A. & Muran, J. C. (1994). Patient defense/Therapist interventions. Psychotherapy, 31, 478-491.



Séparation et élaboration.

R. Cahn¹¹

La nécessité, chez un adolescent, d'un éloignement du milieu familial ou d'un séjour dans un cadre psychiatrique et/ou institutionnel implique, indépendamment des divers cas de figure psychopathologiques qui la sous-tendent, que le fonctionnement intrapsychique autant que le milieu extérieur se sont trouvés débordés, incapables de faire face, avec le risque de surcroît d'irréversibilité sur le plan de l'acte ou de la pathologie psychique.

En ce sens, on est bien dans le domaine du soin, d'une démarche de pensée médicale visant, à partir de la gravité du symptôme ou de l'identification nosologique du tableau clinique, à le traiter et le faire disparaître.

L'urgence ou l'intensité des troubles et de leurs effets ne doit cependant pas faire oublier la perspective psychodynamique offrant un tout autre éclairage à de tels tableaux, soit de les considérer comme des crises ou des ruptures dont il est essentiel de repérer la signification et l'économie, à la fois pour mettre en sens les mesures thérapeutiques qui s'efforcent d'y faire face et pour réintégrer dans la trajectoire du sujet ce qui l'avait conduit à cette crise ou à cette rupture plutôt que de la lui faire considérer comme un état dont il avait été la victime ou l'agent incompris ou contraint. Il est donc indispensable de lui offrir les outils psychiques pour lui permettre le recul, la réflexion sur ce qui s'était joué là et ouvrir pour lui de nouvelles perspectives face à un conflit, à une situation dont l'intensité lui avait été intolérable, la signification perdue et/ou l'issue satisfaisante rendue impossible.

Le temps de la séparation et du soin qui l'accompagne est donc fait de deux volets qui, selon les cas, seront à traiter soit successivement, soit simultanément :

-d'une part la réduction de son expression immédiate, actuelle,

-d'autre part l'offre d'une écoute, d'un partage, jusqu'alors pour beaucoup totalement inédits, jamais rencontrée et qui pourra tantôt conférer à ce qui s'était passé là un regard différent, voire un sens nouveau, tantôt ouvrir à un travail, à une élaboration personnelle, plus ou moins limitée ou approfondie, à travers les nouvelles relations, les nouveaux liens, l'autre langage qui lui auront ainsi été offerts.

Une telle démarche, qui semble aller de soi, est, hélas, rien moins qu'évidente, à l'orée de ce III^e millénaire au sein d'une pratique psychiatrique dont le modèle, concernant l'adulte, est en train de s'étendre aux jeunes. Priorité en effet désormais donnée à la suppression du symptôme et de la souffrance au prix du déni ou de la non prise en considération du conflit, de la souffrance, la chimiothérapie comme certaines TTC venant là s'inscrire dans un mouvement général de colmatage à n'importe quel prix de n'importe quelle manifestation d'angoisses chez l'être humain, dans une sorte de relais médicalisé d'un certain type de fonctionnement mental, d'options face au monde au sein desquels toxicomanie et conduites agies s'inscrivaient déjà tout naturellement.

¹¹ Dr R.CAHN, Paris



L'éloignement concret, matériel, la prise de distance par rapport aux conflits permanents avec l'entourage, ou au décours d'une crise paroxystique sont déjà par eux-mêmes bénéfiques, révélant l'intense besoin tant d'une loi tierce paternelle que d'un contenant qui parvienne à calmer l'excitation. Ainsi, la séparation ou l'hospitalisation constitue déjà en soi un acte thérapeutique, annonçant ce qui se prolongera dans l'action hospitalière ou institutionnelle pour autant que la fermeté et les limites, si nécessaires face à la confusion entre dedans et dehors entretenue par le milieu familial ou extérieur, ne seront pas confondues avec arbitraire et coercition. La contention du comportement régressif, le besoin de limites, la mise à distance de la pathologie familiale, la possibilité de revivre des situations conflictuelles, tous paramètres réalisés dans un tel cadre institutionnel, constituent les conditions préalables à une modification du mode de fonctionnement mental pour autant qu'aura été contenue, mieux comprise et dépassée l'angoisse devant tout mouvement d'autonomisation, la panique du vide et/ou de la perte de l'objet.

Cette offre d'un échange s'impose d'autant plus que, bien souvent, face aux soignants, l'adolescent a les plus grandes difficultés à prendre la parole par lui-même, quand il n'est pas parlé par les autres, ou qu'il ne trouve que le langage du corps ou de l'acte pour appeler à l'aide, exprimer sa souffrance et que, souvent, il se présente, sans le savoir, comme le porte-parole de la pathologie familiale. C'est donc au psychopédagogue, aux soignants qu'incombe ce premier temps consistant à favoriser toutes les opportunités permettant que s'instaure et se déploie un espace au sein duquel conduites, paroles, interrelations, dès lors qu'extraites de l'urgence ou de leur sens immédiat, soient simplement *observées*, considérées, accueillies en tant qu'elles-mêmes pour peu à peu proposer un autre sens - par rapport à un narcissisme blessé, à un objet vécu comme excitant ou dangereux, à une exigence incombable, à une image de soi plus ou moins profondément vacillante ou remise en cause, etc. Ainsi se verront jeté un pont, suscité un échange, proposé un partage des tâches à partir desquels, plus ou moins rapidement, seront réinterrogés les divers problèmes ou conflits qui avaient précédé ou conduit à la situation actuelle.

Encore que les problématiques en question, dans leur disparité même, obligent aux stratégies les plus diverses, même si l'objectif, pour l'essentiel, s'avère semblable pour tous.

Chacune néanmoins implique une ou des rencontres mobilisatrices au sein d'un espace transitionnel où les échanges de groupes rendent peu à peu possibles les échanges individuels en sachant que l'élaboration psychique de sa problématique par un adolescent ne peut souvent être proposée d'emblée et que c'est précisément le cadre destiné au départ à soutenir et protéger l'adolescent - contre lui-même ou contre la réalité extérieure - qui, dans sa fonction délimitante, pare-excitante, lui permettra de l'utiliser dans une autre perspective, une fois l'angoisse de séparation de la part de l'objet surmontée et le narcissisme restauré à un degré suffisant. C'est donc le cadre au sein du lieu d'accueil qui permettra d'établir les fondements d'une mobilisation psychique ainsi interrompue ou même jusqu'alors soigneusement évitée.

Parallèlement aux soins ou aux préoccupations concrètes, devrait pouvoir s'instaurer dans les institutions ou les activités médiatrices ce qu'il est désormais habituel de désigner comme l'espace transitionnel.



Celui-ci semble bien revêtir une fonction de suppléance à la défaillance en excès ou en défaut du pare-excitation, dans une façon d'être, une disponibilité susceptibles de faire découvrir peu à peu à l'adolescent un mode d'écoute et d'échange ouvrant sur la possibilité d'une élaboration psychique à son propre compte, après qu'ait été ainsi activé le couple externalisation/réinternalisation.

D'où, schématiquement, trois types de cas de figure.

Où l'adolescent s'avère en mesure de s'interroger sur le sens de l'acte ou du symptôme à l'origine de cette mesure de «séparation», avec le pari d'aider le jeune à découvrir et mettre en pratique le travail d'appropriation de son acte - telle la tentative de suicide - pour ce qu'il représente et l'inscrire dans son histoire personnelle et familiale. Ainsi, comme le soulignent Pommereau et coll., «l'adolescent peut-il amorcer un processus de changement qui s'organise autour d'un ensemble de représentations structurantes, identifiantes, suffisamment bonnes pour que le sujet puisse s'en saisir et s'investir dans une telle perspective», que le contexte institutionnel ou les échanges avec les pairs peuvent sensiblement conforter. Parfois, ce type d'échange peut à lui seul suffire, par un début de prise de distance, de vacillation par rapport au mouvement précédant marqué par l'envahissement par l'angoisse, la violence contre soi retournée, prise dans un conflit actuel très chaud et qui, grâce à un tel processus, aura pu être mis à distance ou tempéré. Ailleurs, l'intensité, la conviction, la détermination à l'origine de la crise et de ses expressions cliniques plus ou moins spectaculaires n'auront rien perdu de leur intensité, mais auront permis leur mise en mots, l'occasion d'une confrontation et d'une réflexion qui pourra faciliter la mise à distance ou la résolution d'un sentiment de solitude, d'impuissance, d'abandon devant ce à quoi le jeune se trouvait confronté, grâce à la possibilité d'une écoute, d'un partage qui réduise d'autant les risques d'un nouveau passage à l'acte ou d'un «pétage de plombs» analogue.

Parfois cependant, la résistance ou la pathologie s'avère autrement tenace, nécessitant un travail de plus longue haleine, tantôt obligeant à la prolongation de la séparation, tantôt à la poursuite, après la sortie, d'une «négociation» susceptible elle-même de déboucher sur une psychothérapie au long cours.

Mais avant d'envisager ce passage à un travail élaboratif, tout un temps préalable s'avère souvent nécessaire - et parfois même suffisant - à travers les diverses approches qui viennent d'être proposées. Il faut souligner l'intérêt, au sein de cette nouvelle relation ainsi instituée, de tout ce qui, au sein du matériel, va dans le sens d'échanges dont les contenus sont à la fois à distance des véritables conflits en cause et cependant susceptibles, plus ou moins allusivement ou indirectement, de les véhiculer et par là-même de les aborder, de les «travailler», voire les intégrer. Va dans le même sens la prise en considération commune de tout ce qui, dans le matériel, semble se situer au seul niveau narratif et qui, bien souvent en fait, se révèle avoir valeur de mise en forme nouvelle, avec des liens et des échanges nouveaux. Espace d'échanges, identifications réciproques, voire de connivence dans l'allusion, l'humour, le mi-dit, l'utilisation d'un registre tiers qui, à travers sa symbolique et son contenu manifeste, permet d'établir une communication médiata, parfois, sinon souvent, plus opérante que des



formulations trop directes et par là-même encore difficilement tolérables. De même, la séparation d'avec les conflits les plus chauds, et durant un temps suffisant, permet, dans un certain nombre de cas où les possibilités d'élaboration s'avèrent particulièrement difficiles, où l'agir, le clivage, voire la projection prévalent sur la mentalisation et les possibilités de subjectivation, une transition, le passage progressif du séjour en institution à la proposition et à l'insertion dans un dispositif en réseau, privilégiant le corps, les différents moyens d'expression médiats et espaces ainsi investis par l'adolescent : ateliers, activités sportives, sorties collectives, y compris dans les domaines socio-éducatifs ou culturels, dans les échanges avec les services sociaux ou avec tels personnages extérieurs collectivement investis. La diversité entre les lieux institutionnels, entre les différentes modalités d'approche sociale, la confrontation avec d'autres figures soignantes ou autres, comme tel personnage extérieur non psy électivement investi, favorisent les échanges par la parole, les réinvestissements narcissiques ou objectaux, la différenciation des liens et des personnes, la possibilité de donner un sens aux conflits et aux changements.

On s'apercevra ainsi, grâce à ce premier temps de séparation relayé éventuellement, comme on vient de le voir, par un temps «transitionnel» ultérieur, que c'est le retissage de liens libidinaux devenus tolérables, c'est-à-dire le travail de réobjectalisation, qui permet l'intériorisation. Et cette découverte, bien souvent, ne s'avère possible qu'à partir du moment où ces adolescents ont pris conscience de leurs possibilités d'une mise à distance suffisante de leurs parents.

Parfois enfin, il faudra, eu égard à l'importance des perturbations du mode de fonctionnement mental et du risque qui en résultait de rejet de l'adolescent par son milieu ou inversement, un temps sensiblement plus prolongé de séparation en un espace institutionnel, dont l'impact thérapeutique dépendra là moins du simple éloignement des causes immédiates externes des troubles que d'une prise en charge plus ou moins prolongée. Prise en charge au cours de laquelle l'adolescent trouvera une réponse autre de l'objet externe à son mode de relation habituel avec ce dernier, susceptible de permettre, dans un processus le plus souvent difficile, sans cesse remis en cause, parfois certes voué à l'échec, mais parfois aussi spectaculaire, de modifier introjectivement la qualité de l'objet interne dans ce qu'elle avait jusqu'alors d'intolérable. De concert avec l'objet externe à l'origine de cette modification interne pourront se déployer des investissements devenus supportables et donc passant de moins en moins par le truchement, jusqu'alors nécessaire, des agir ou des défenses primitives. Ceci dans la mesure où les soignants, après avoir assumé les projections, l'identification projective, les affects archaïques du sujet, à travers des transferts multiples répartis sur un certain nombre d'entre eux, auront pu y réagir selon un mode d'être et de faire pour la première fois autre, dépassant ainsi la répétition jusqu'alors indéfinie dans laquelle ils se trouvaient pris à leur tour, grâce à une sorte de détoxication des identifications projectives dont ils avaient été l'objet.

Ainsi les séparations, en milieu de soins ou par mesure éducative ou pédagogique, ne sont pas antagonistes de la démarche psychothérapeutique, mais au contraire pourront être considérées comme un premier temps utile, voire indispensable d'une telle



démarche. Elles peuvent même constituer, déjà par elles-mêmes, et a fortiori lorsqu'elles proposent de surcroît une alternative, un cadre contenant, pare-excitant, voire co-subjectivant, un outil psychothérapeutique souvent particulièrement utile, parfois indispensable. Ceci notamment lorsqu'on est amené à les considérer comme moyen de subjectivisation, de reprise, de (re)constitution d'un soi, de découverte ou de reprise d'un processus de subjectivation qui, lui, constitue à proprement parler le temps de l'élaboration.

Le temps de la séparation, de l'instauration de l'espace transitionnel qui l'accompagne, paraît ainsi souvent comme celui de l'instauration ou du rétablissement des conditions de possibilité de mentalisation, de déplacement, de métaphorisation, permettant la réactivation des auto-érotismes, la claire différenciation des espaces psychiques interne et externe, soit le travail de subjectivation, d'appropriation subjective jusqu'alors si difficiles, si parsemé d'obstacles et de peurs plus ou moins terrifiantes à l'égard de ses propres pulsions ou de l'autre à l'origine de ces défenses archaïques faisant obstacle à tout lien et à toute symbolisation que constituent le clivage, le déni, la projection, l'acting ou la somatisation.

Toute séparation structurante ne mobilise pas nécessairement de tels enjeux. Ce sont pourtant eux qui opèrent en ces occurrences, de façon plus ou moins latente ou déterminante et qu'il nous semble important d'avoir toujours à l'esprit.

Références bibliographiques

CAHN R. (1987), Thérapie des actes - actes de thérapie, *Adolescence*, 5, 2, 237-252.

CAHN R. (1998), *L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation*, Paris, PUF.

JEAMMET P., CORCOS M. (2001), *Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements*, Paris, Doin.

POMMEREAU X. et al. (1995), Pourquoi hospitaliser les adolescents suicidants, in *Adolescence et suicide* (F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak dir.), Paris, Masson, 185.191.



La psychothérapie devant l'événement pubertaire

P.Gutton¹²

Définissons l'événement¹³ avec Deleuze (1968) comme la survenue « dans le monde, de quelque chose qui force à penser... une rencontre ». L'événement marque les « forces du dedans » du fait de sa nouveauté circonstancielle ; à la fois, il en ébranle la cohérence relative et introduit l'occasion d'une activité représentative. L'extériorité est nécessaire et risquée pour l'activité de pensée. L'événement ou mieux les signes de l'événement sont la condition même de l'exercice de la pensée : « Il y a toujours de la violence d'un signe qui nous force à chercher, qui nous ôte la paix... La vérité n'est jamais le produit d'une bonne volonté préalable, mais le résultat d'une violence de la pensée. La vérité dépend d'une rencontre avec quelque chose qui nous force à penser et à chercher le vrai. C'est le hasard de la rencontre qui garantit la nécessité de ce qui est pensé » (Deleuze, 1968). Le véritable acte de penser se déclare donc dans le champ d'un « non-représenté jusqu'alors » par la création de représentations donnant significations aux objets événementiels. L'activité représentative est toujours à la pointe d'un non-représentable¹⁴.

Je dirais autrement que l'événement est du côté de la nouveauté, d'un éprouvé non encore représenté comme appel à significations dans tous les registres possibles du sujet éprouvant. Penser est « à la pointe » de la violence et en retour, la violence s'arrête à la pensée qu'elle infiltre. *À quel moment la force événementielle fait-elle violence ?* Répondant trop vite à cette question, je dirai : lorsqu'elle attaque l'acte du penser et du dire, au maximum lorsqu'elle les rend impossibles, lorsqu'elle sidère ; l'événement n'est plus alors représentable ; au maximum toute activité représentative devient impossible.

Gori m'a beaucoup appris dans la mise en place de la problématique de l'événement¹⁵ (Gori, 1996, 1999, 2001) distinguant deux modèles de clinique psychanalytique :

- Le premier « consiste à traiter l'événement à partir des traces qu'il a laissées dans le psychisme, au sein des formations de l'inconscient, par exemple dans le rêve, le transfert ou le symptôme. Paradoxalement... l'événement n'est analysable, qu'à partir du moment où il cesse d'être traumatique... c'est-à-dire qu'il a été oublié et qu'il fait retour sous une forme métaphorique constituant une tentative d'auto-guérison ». Du

¹² Dr P.GUTTON, Directeur de la Revue *Adolescence*, Université de Provence 29, av. Robert Schuman 13100 Aix-en-Provence, France, Tél/Fax : 01 45 51 60 03, Tél : 04 42 27 29 63.

¹³ Ce paragraphe doit beaucoup à S. Pechikoff dont je dirigeai le DEA 2001 sous le titre « *L'événement pubertaire* » à l'Université de Provence.

¹⁴ Je paraphrase ici la remarque de Deleuze (1968) : l'homme ne pense « qu'à la pointe de son savoir ». Par le terme de « penser », j'entends ici l'activité associative (l'inconscient), champ de la psychanalyse. Deleuze avait une conception de la représentation du côté de la cognition (préconscient). Je fais volontiers le parallèle entre une telle place accordée à autrui et l'axiome bien connu dans l'Allemagne romantique et occidentale en particulier chez Höderlin « qu'aucune culture nationale n'est possible sans un passage par l'étranger » et qu'ainsi s'opposent dialectiquement deux mouvements simultanés, l'épreuve de l'étranger et l'apprentissage du propre ; chacun de ces mouvements corrigeant ce que l'autre peut avoir d'excessif (Berman).

¹⁵ Et plus récemment, le résumé de ses points de vue que constitue *Le traumatisme de l'ordinaire : Victimes, agresseurs*. In : *Le traumatisme sexuel et ses devenirs*. Mes citations viennent de ce dernier texte.



point de vue de l'analyste, l'événement est entendu après le travail de l'inconscient, c'est-à-dire après le temps du refoulement, et lors de sa restitution dans un « dire », retour du refoulé. Le discours permettrait au sujet de retrouver l'événement, comme *trace* du refoulé, ce que Gori évoque avec l'idée d'une prédiction du passé, après sa période « d'incubation nécessaire aux effets d'après-coup ». Ainsi, pense-t-on à deux événements, pourrait-on dire de même nature : la trace qui provoqua des représentations et leur refoulement et cette autre « trace diurne » qui sera l'occasion d'un retour du refoulé : « le récent se renforce de l'énergie latente du refoulé et le refoulé parvient à agir derrière le récent, avec l'aide de celui-ci » (Freud, 1939).

- « Que se passe t-il quand la souffrance augmente et dépasse la force de compréhension du petit être ? » L'usage commun caractérise ce qui s'en suit, par l'expression : « L'enfant est hors de lui » (Ferenczi, 1932). « Faute d'avoir oublié, l'individu est ravi à lui-même » (Gori, 2001). « L'événement n'est pas alors élevé à la dignité d'une trace, il persiste dans l'acuité d'une hypermnésie sans rêve... il se trouve retranché de la mémoire, forclos du symbolique et voué alors à la conjugaison transitive de l'imaginaire... ; dans ces conditions, le traumatisme tend à se reproduire de manière transitive... l'individu ayant subi passivement un événement traumatique, tend à le reproduire activement, soit sur le corps de l'autre, soit sur son propre corps pris comme un autre » (Gori, 2001). Tel est dans mes travaux la clinique du déni. « Le trou noir du psychisme s'énonce par des affects d'une rare violence : la terreur, l'effroi, l'horreur, le remords »¹⁶. À l'ordinaire « c'est la mise à mort du sensible qui constitue le foyer de la parole et de la pensée »¹⁷.

J'ai proposé deux « masques »¹⁸ à l'événement que constitue le pubertaire (Gutton, 1991, 1996, 2000) conçu comme nouveau, extérieur et énigmatique :

- L'un présente une métamorphose sensorielle¹⁹ génitale, advenant au sujet encore enfant : le corps et les choses ne se perçoivent plus comme avant, étrangères.

- Le second masque voile et dévoile la métamorphose des autres ; les personnages de la vie (les parents bien sûr, les pairs) ne sont plus les mêmes que dans le passé ; tout change... Un tel surgissement fait devenir autre ; « je est un autre » précisément cet *autrui pubertaire*. Voilà « l'altruisme » (Freud, 1905) de la nouvelle sexualité à la puberté tournée-retournée vers l'adéquation de/à l'objet, vers l'hétéro-érotisme.

L'histoire de l'enfance s'arrête lorsque s'effectue la percée du génital, son intrusion. La clinique de la prime adolescence ne va pas dans le sens de l'histoire. C'est une clinique de l'actuel, « temps de l'événement » (Deleuze, 1968) de l'incertitude, qui accuse le pubertaire. La subjectivation a pour enjeu de donner du sens au changement événementiel, signature en même temps qu'intériorisation. Hésitation, doute, violente certitude passagère, acte visant à briser l'enclavement, bref, il sera long et difficile pour

¹⁶. « Le sujet frappe là où il a été atteint », Gori.

¹⁷. De façon intéressante Gori conclut son article (2001) sur ce qu'il nomme « *le traumatisme de l'ordinaire* », soit la vie quotidienne : « dans une société et une culture qui incite les individus à s'adapter à leur fonction..., société de fonctionnaires » comme dit le philosophe Gadamer, au mépris des restes diurnes de nos rêves d'enfant. Si tel est le cas « la délinquance de notre jeunesse révélerait le miroir brisé de nos rêves, sous l'impact de l'homme-machine (la Mettrie), de l'homme neuronal (Changeux), corollé à une horreur économique où le sujet se réduit à la virtualité de sa position statistique ».

¹⁸. Paraphrasant le titre de Mishima : (1971), autobiographie de son adolescence.

¹⁹. Que A. Birraux aime comparer à celle du héros de Kafka, dans sa nouvelle, *La métamorphose*.



l'adolescent de se convaincre que « l'excitation pulsionnelle ne tient pas du monde extérieur mais de l'intérieur de l'organisme » (Freud, 1915). L'adolescent a des facilités dans le climat actuel du postmodernisme pour exister comme si l'extérieur produisait son individualité et cela de façon illimitée (par exemple dans les structures antisociales de Winnicott) ou de façon restreinte (sous la forme du faux-self). Prendre la responsabilité de son action, « *se donner à soi-même un mouvement qui ne serait plus communiqué du dehors* » (Maine de Biran), *s'approprier l'étranger, c'est la clé de voûte de la subjectivation que la cure a pour mission d'étayer*. Le psychanalyste travaillant avec un adolescent pense que l'histoire dont ce dernier fait état n'est pas causée de façon complexe par les parents ou par le milieu, mais reflète son évolution personnelle en cours.

Les processus d'adolescence sont situés tel un paradigme du fonctionnement psychique entre événement et pensée, « entre chair et signifiante » (Green) ; je pourrais dire entre signes pubertaires et sens « adolescents » ; je dirais encore entre rencontre narcissico-pulsionnelle (objets toujours narcissique et pulsionnel, étayant ou/et séducteur, allié ou/et ennemi, mixte ; objet-corps et objet extérieur) et élaboration intersubjective. Adhérer à la chair (la sienne et celle des autres) est un traumatisme à raconter. S'en distancer, c'est-à-dire s'identifier, est un travail de reconstruction fantasmatique. L'adolescent tel que nous le rencontrons ne sait pas où il en est de ce passage entre action (narrée ou agie) et rêve²⁰ (Ladame, 1991).

Or il convient de profiter de ces états transactionnels qui se produisent en présence des objets parentaux. Plus jamais dans la vie, il ne sera possible d'approcher autant la revisite de l'oedipien que lors de son entrée dans la catégorie du possible génital. Nous savons que cette proximité est de la dynamite. Dans les pathologies graves, en effet, il est sage de savoir attendre, autonomiser, calmer l'excitation qui empêche les différenciations œdipiennes. Dans la mesure où les cadres internes et externes sont suffisamment assurés, il faut savoir utiliser la dynamique que produit le rapprochement quotidien entre parents, pairs et adolescents répétant à minima les scènes pubertaires à travers ce qu'il est commun pour lui de raconter comme des scènes du quotidien.

La prise de position de considérer le pubertaire comme un événement à élaborer et à signer amène à cinq réflexions concernant la cure en adolescence.

1 - *J'attache toute son importance au récit que l'adolescent en séance fait des événements en tant que masques quotidiens du pubertaire, « langage d'actions »* (Schaeffer) : ce qui se répète et ce qui est en train de se différencier. Il en est de l'adolescent comme du traumatisé : tant qu'il raconte, il n'est pas sidéré. L'avenir dépend en grande part de son plaisir narratif avec celui à qui il destine son récit. Du fait de l'emprise de l'événement, les processus d'adolescence incitent au discours narratif plus qu'au discours associatif (volontiers appelé psychanalytique). Voilà un constat d'importance ! Malgré cette particularité essentielle, je voudrai le redire à cause d'elle, la séance de l'adolescent est de la psychanalyse.

À la séance d'un retour de mes vacances, L... en cure depuis plusieurs mois, relate ce qu'elle a fait : beaucoup de bêtises, satisfactions de la boulimie et du vomissement,

²⁰. Je paraphrase le titre de Ladame (1991).



scènes d'humiliation où elle s'est fait agresser, prises de produits, impossibilité de travailler, vide de sa pensée... Elle n'a rêvé qu'hier soir de la séance comme plaisir, anticipant la reprise de la cure.

Le parti pris de l'adolescent est celui de la tragédie classique : la violence des actes (agis et subis) hors la scène est relatée sur la scène de la séance. Le récit qu'il nous prodigue parle de la violence à laquelle il a été confronté, et qu'il ressent en la racontant : la sienne et celle des autres, assurément entrelacées. Les pièces à conviction en sont les textes de son discours, les mimiques et les intonations qui les accompagnent. La narration²¹, tel un psychodrame verbal, a mission d'expression de ce qui est encore de l'ailleurs, le pubertaire. Travaillons avec cette hypothèse de Mâle (1980) : ce qui est analysé au-dehors l'est de ce fait, sans que le sujet le sache, au-dedans. Cette perspective évite l'intrusion (dont on ne sait jamais ce qu'elle contient de projection), cette grande peur de l'adolescent, qui provoque des représentations de la mère persécutrice, du père explorateur ; ainsi, la « banalisation de l'entretien », « les séances devenues conversations... », les dialogues dans lesquels le thérapeute s'interroge se questionne lui-même, évitant le « c'est vrai puisque vous le dites ». Étudions donc ce qui arrive, les événements tels qu'ils sont relatés, avec les projections qui les modifient (extériorisation banale, projection phobique liée au refoulement, projection paranoïaque liée au couple déni-clivage).

Les perturbations des mailles du récit (qui se veut objectif au niveau manifeste) sont intéressantes par de multiples façons : lapsus, oublis, erreurs..., petites différences dans le matériel. Je parle non seulement des anomalies syllabiques littérales et grammaticales, mais des particularités du contenu : scènes et personnages qui se répètent ou qui se modifient en se racontant. Nous ne sommes pas des historiens de l'objectif, mais des spécialistes des étrangetés du texte. L'occasion symbolique qui nous est offerte doit nous suffire, sans chercher ailleurs, sans vouloir accéder à un autre registre. Le récit parfois banal (ennuyeux !), opératoire, utilitaire ou, à l'inverse, extravagant comme certains rêves, contient tout ce que l'adolescent veut et peut nous dire ; c'est le fin du fin : entrons dans sa littérature avec étonnement. Cette immixtion dans le texte est le meilleur garant contre l'intrusion. Bref, n'analysons pas un adolescent mais un récit : seuls les masques exposent des vérités.

2 - Le principe de notre écoute est de se faire par le prisme du pubertaire.

Là où les travaux psychanalytiques installent la scène primitive en tant que source de répétition et de changement aux fins de la constitution fantasmatique de la scène analysante, je place la scène pubertaire²² (Gutton, 1996, 1997, 2000). L'enfant

²¹. Les travaux psychanalytiques sur la narration sont d'une étude fructueuse concernant l'adolescent. (Konichakis et Forest, 1999).

²². J'en rappelle la définition succincte : le concept de scène pubertaire est utilisé dans mes recherches comme métaphore exemplaire des processus internes et externes du même nom. Il contient et élabore, à partir du nouvel archaïque génital, les scènes infantiles passées (d'abord scène primitive) dès lors ouvertes à un nouveau travail métonymique. L'infantile n'y est ni oublié ni remémoré mais répété autrement. Elle présente l'acteur principal, l'enfant, dont le corps génital est en état d'excitation, engagé avec les figures parentales (imaginaires et réelles) de l'inceste et du parricide. Elle est une tiercité primaire : le troisième personnage est en place pour regarder, jouir, séparer, violenter ou être violenté. J'insiste sur la part



observateur de la première était infantile disons passivé ; l'adolescent (malgré les processus infantiles qui persistent en lui) s'intronise comme acteur principal ; son texte à dire est précisément l'infantile revu par l'innovation génitale, c'est-à-dire entré dans la catégorie (incestueuse) du possible. *Si l'objectif de la cure, à l'invitation de Freud est une reconstruction rétroactive de l'histoire, je considère qu'il n'est pas indispensable de chercher à remonter avant la scène pubertaire.* La psychothérapie ne travaille pas pour autant dans l'actuel, comme il est classique de le dire, mais avec une *tranche récente de passé.* Le modèle classique freudien prôné dans les cures d'adulte à l'endroit de l'infantile se révélerait impertinent dans la période circonscrite de prime adolescence, c'est-à-dire lorsque les processus *adolescens* sont encore à vif et fragiles car *incipiens* au sein de la métamorphose pubertaire. Selon la formulation de Laufer (1983), tout dans l'adolescence, et plus précisément chez les adolescents très perturbés, est en contradiction avec les exigences de la technique psychanalytique : modifions donc notre art. Ceci est imposé par les processus eux-mêmes par lesquels la scène pubertaire condense (dans un éprouvé prêt à bondir...) la scène primitive et les élaborations infantiles. La remontée « peu avant la puberté » est en effet possible, voire intéressante, au moins sans danger, dans les problématiques conflictuelles simples. L'investigation telle que Freud la pratiqua avec Emma (Freud, 1895) , même si elle ne dépassa pas la phase de latence, chercha ainsi l'enfant que cette adolescente fut. Elle ne saurait être conseillée dans les avatars graves de la subjectivation. Le centrage sur le pubertaire est d'ailleurs demandé par l'adolescent lui-même, confirmant notre thèse : pouvons-nous l'intéresser à ce qui ne l'intéresse pas (l'enfance), ce que fuit sa recherche et, s'il s'en saisit, le frustre, le déçoit (de lui comme de ses objets parentaux) ? Centrer l'adolescence sur l'enfance (comme le font ces porte-parole de l'enfance que sont les positions et discours parentaux) est source de transfert négatif. La subjectivation cherche un style nouveau. Paraphrasant Cournut (1998), il faut que le pubertaire soit localisé dans la vie pour que « la personne (re)devienne sujet lucide de sa propre histoire et de ses choix ». Ceci est parfois dramatique. Je pense à cet adolescent en errance qui m'accueillit en disant « quand j'étais petit, ma mère m'a toujours haï, aujourd'hui elle me chasse ».

Le travail de mise en infantile (inconscient a-temporel) de l'enfance historiée commence si et lorsque le pubertaire bondit. Mais il ne sera « disponible à la cure » que plus tard, lorsque la subjectivation suffisamment avancée aura été le retrouver et l'utiliser. *L'infantile est à la fois agi dans la scène pubertaire et mis en suspens de la remémoration.* Tel est le principe qui différencie la cure à l'adolescence, dont le matériau est au plus près du pubertaire, de celle de l'adulte, dont le matériau est l'infantile remanié longuement . Cette différence change la théorie de la pratique. Plus l'élaboration adolescente est en cours, plus l'infantile, enfoui dans la scène pubertaire, échappe encore et s'organise. À l'âge pubertaire, l'enfance était perçue comme « étrangère » ; elle deviendra secondement de « l'infantile » susceptible de continuité subjectale. Si, chez l'adulte, la remémoration qui entraîne la mutation (et que recherche l'interprétation au sens strict) porte sur les désirs sexuels infantiles inconscients,

d'activation de l'enfant maintenant pubère. La scène pubertaire n'est pas un fantasme par ce qu'elle reflète d'agir en cours. Elle est entre le secteur de l'éprouvé et de la perception et d'autre part celui de la représentation interne ; entre événement et fantasme ; point de l'intériorisation.



métamorphosés par le pubertaire, chez les jeunes adolescents, elle porte sur les désirs pubertaires inconscients. L'intervention du psychanalyste cherche le pubertaire afin que se produise une nouvelle construction qui comprendra derechef « un morceau de vérité historique » (Freud, 1937)... récente.

- Chez ce grand adolescent qu'est *Thomas*, le retour du refoulé infantile s'effectue à partir des traces pubertaires. Il émerge quelque peu les séquelles d'une psychose infantile ayant lourdement invalidé ses capacités intellectuelles et personnelles. Depuis quelques semaines, il habite un appartement tout seul et les séances sont entièrement occupées par les peurs qui le saisissent et l'empêchent de dormir ; il a l'impression de ne plus être lui-même, il se retient pour ne pas rentrer à la maison. Un événement se produit lourd de sa mythologie personnelle : « une souris traverse sa chambre sans l'attaquer..., il a toujours eu peur des oiseaux, même de leurs cris » ; la souris est pour lui un animal terrifiant, il revient dormir à la maison, et pendant les séances suivantes il cherche à analyser de façon consciencieuse comme il aime le faire, sa phobie. Une psychotérapeute de son enfance avait fait le rapprochement entre souris et sexe masculin, il avait trouvé cela ridicule, mais aujourd'hui cela le fait réfléchir. J'interviens pour lui demander : « le sexe masculin de qui ? d'un homme ou d'une femme ? », sa réponse : « j'ai vu des transsexuels, il y en a plein dans le quartier » . Quand il était petit, il suçait son pouce et pour s'endormir se racontait des histoires « d'hommes et de femmes mélangés » et les femmes y avaient toujours des sexes d'hommes. J'interviens : « et lorsque vous rêviez de sexe de femme, de femmes sans sexe masculin, vous ne pouviez pas dormir ? ». Il est d'accord et associe longuement sur la peur des femmes, sur son impuissance, et puis son éjaculation précoce avec les prostituées. J'interviens à nouveau : « Quand vous étiez petit vous suciez votre pouce ; avec une femme qui n'a pas de sexe d'homme, que peut-on sucer ? » . Il semble enchanté de cette interrogation et fort de son savoir, décide de rentrer dans son appartement ; il y retrouve le sommeil.

Françoise, présente à quinze ans une phobie scolaire s'étendant en agoraphobie. La note dépressive et persécutoire est très importante. Les parents organisent pour leur fille unique une triple prise en charge : médicaments de façon légère, psychothérapie de façon systémique et reprise d'une psychothérapie avec moi, (j'avais eu l'occasion de la suivre à huit ans pour des épisodes d'angoisses dépressives). À la septième ou huitième séance de psychothérapie familiale, un souvenir resurgit : la fessée du père, la seule de son enfance, avant d'aller dîner, chez celui qu'elle nommera : « le futur meilleur ami de son papa ». Les parents étaient pressés, elle ne voulait pas rester seule, ayant peur du noir ; spectatrice importante de la scène, une cousine de son âge aimée du fils aîné de cet homme là et qui la persécutait . Est-ce que son père connaissait cette persécution, et en ce cas pourquoi n'avait-il pas fait quelque chose ? La psychotérapeute familiale fait part de sa conviction que cette scène est causale de ce qui advient aujourd'hui. Elle suggère que le père et la fille retournent sur les lieux de la fessée, en discute, elle conseille au père de demander pardon. Si le retour sur les lieux fût fait, le pardon du père ne fût pas obtenu par *Françoise*. Et dès lors, elle ne voit pas comment elle peut guérir. Si la cause persiste, la maladie reste. Toute scène de la vie quotidienne est associée à ce souvenir et perturbée par lui. À titre d'exemple, elle se trouve un soir, son père et elle devant la télévision, elle veut écouter une chaîne, son



père une autre ; elle maintiendra son choix, tout en se retirant dans sa chambre pour pleurer. Le fameux souvenir dont le père est toujours accusé justifie la compréhension qu'elle a de ses relations avec les garçons aujourd'hui : elle refuse d'être touchée et accepte avec bien des réserves de le faire. Il semble que cette mise en cause bloque la pensée dans sa dimension associative, majorant un fonctionnement que je qualifierai de paranoïaque.

3 - *La réalité interne en reconstruction est conçue comme un message qui a un besoin toujours urgent , sûrement permanent d'une adresse.* L'analyste sollicité s'inscrit dans la fonction d'interprète privilégié. Cette altérité devient la source (l'objet-source) du changement. Jetons dès lors ce corollaire : l'analyste crée la cure. Ne le savions-nous pas²³ ? L'adolescent est avide d'analyse, à condition que l'analyste ait une façon attentive et bien à lui de recevoir la demande d'altérité dont il est l'occasion et de réagir. En ce personnage assis dans son fauteuil, se rencontrent, se condensent, et s'organisent, certaines caractéristiques des altérités internes (inconscientes) de l'adolescent. *Le contre-transfert* est au transfert de l'adolescent, ce que la source est au fleuve. Par ce terme défini au sens large, j'entends tout ce qu'est l'analyste (« déjà là ») lorsque l'adolescent souhaite être entendu : sa personnalité, son métier, ses théories, sa disposition aujourd'hui, à l'instant même de l'entretien. La position psychique de l'analyste (tout au long du traitement et de façon renouvelée) rend la situation potentiellement analysante. Ne nous inventons pas d'autre originalité que d'être l'analyste désigné par un adolescent, en un temps et un lieu, et qui ne saurait être un personnage tiers, « comme les autres ». Ne jouons ni le maître, ni le parent, ni le docteur en quoique ce soit !

Qu'est-ce qui « provoque », induit, parmi les transferts multiples produits par le travail de subjectivation, à partir du noyau pubertaire un tel transfert au singulier ? Qu'est-ce qui modifie la situation de telle sorte que les déplacements psychiques, qui auraient bien pu rester au pluriel comme dans la vie, se singularisent de la sorte dans la cure ? L'écoute originale de l'adolescent. Elle suppose une certaine neutralisation des contre-transferts généralisés ou ordinaires, en particulier ce que nous avons décrit comme « parentifications » de l'analyste (Gutton, 1991, 2000). Le thérapeute respecte l'énigme que constituent les processus *adolescents*, il est bienveillant au sens de vouloir pour ces processus leur bien : la liberté de l'activité de penser. Il est à la fois proche et « hors de prise » par la confiance qu'il reçoit qu'il répercute, prolonge, fait écho, sans précisément répondre.

De même que le bébé est « trouvé-créé » par les soins maternels, de même la subjectivation pourrait être provoquée par « cette vive attention » ; faut-il encore qu'elle n'hésite pas à se manifester ! ne restons pas silencieux ; montrons, exhibons notre vigilance si particulière à la vie psychique, sinon l'adolescent s'écartera de nous (« qu'est-ce qu'il attend de moi ? », dira-t-il à juste titre). Il faut non pas l'enseigner mais lui révéler (le mot est fort, à dessein) notre disposition de psychanalyste

²³. Cette affirmation s'étaye de bien des points de vue dans la cure des adultes, en particulier ceux de Neyraud (1974) ; de Laplanche (1976), Sandler, Rouart, Guillaumin et Fain dans le numéro spécial de la *Rev. Fr. Psychanal.*, 1976, 40. Ainsi que l'article resserré de la conférence de Laplanche : *Du transfert : sa provocation par l'analyste* (1992).



concernant la singularité de son transfert. *Prouvons notre vie psychique*, c'est le prix que nous accordons à celle de l'adolescent avec nous, la consistance du plaisir à penser ensemble. Afin de favoriser la pensée libre de l'adolescent, le psychanalyste montre l'exemple de l'attrait que ce fonctionnement a sur lui. Aurait-il lui aussi besoin de cette *adolescens*, comme « trace » susceptible de provoquer et de lier sa propre activité de rêverie ? Au fond, tout se passe comme si nous nous trouvions dans la séance tous les deux vivement intéressés par ses processus d'adolescence. L'analyste associant tout haut à propos de l'adolescent, est une séquence nécessaire à toute cure. À la bonne activité associative de l'analyste répond celle de l'adolescent. Cet adage est une boutade, car nous savons combien certains adolescents résistent (par l'action) à la liberté de penser et de parler. À être ainsi entendu, l'adolescent est excité, parfois exalté par ce qu'il entrevoit de son activité psychique, ailleurs inquiet de sa liberté (ce qu'il nomme volontiers sa folie : le risque de devenir fou ou de rendre l'autre fou). Notre intérêt est une source d'excitation. C'est là sans doute une motivation de poursuite du traitement comme de le fuir. L'air de la séance peut donc être à la fois trop morne, ennuyeux, inhibé, ou trop électrique.

4 - *Le cadre est contingent de la rencontre*, afin qu'elle soit la meilleure possible. Je veux dire par là que les conditions de la rencontre sont bonnes dans la mesure où elles permettent des séances où s'exprime l'élaboration et la signature de l'événement pubertaire. N'en disons pas plus ici. Résumons néanmoins le raisonnement (quasi toujours nécessaire avec les adolescents très perturbés) qui amène leur prise en charge à inscrire un travail spécifique de cadre. Il peut se trouver débordé par les avatars même de la subjectivation (telle ou telle action unique ou répétée) pour lesquels l'adolescent nous rencontre. Un dispositif différent doit alors être mis en place, lorsque se manifeste ce qui se nommerait une *psychopathologie du lien*, définie comme rupture plus ou moins sensible dans le champ de la relation à autrui, à l'environnement, dans un temps transitoire, ailleurs prolongé, parfois urgent, dirai-je, lorsque les actes de parole (mises en signifiante) cèdent leur place à des actes de répétition en chair et en mots dont l'effet est de refléter et de rendre difficile (peut-être impossible) la subjectivation : plus simplement lorsque la séance de psychanalyse ne peut avoir lieu... Un même acte est symptôme dès lors d'une psychopathologie psychanalytique et d'une psychopathologie phénoménologique s'adressant aux caractères de sa réalisation et de ses effets. Un même acte peut modifier fort différemment la vie d'un même adolescent ou d'adolescents divers. Toute réalisation crée de l'événement, la violence sous-jacente, les effets de déliaison nécessitent des *psychothérapies du lien* visant à assurer une continuité relationnelle suffisamment bonne par des aménagements (psychosociaux) de la vie. Se trouvent alors mis en fonctions différentes des psychothérapeutes dans des *cures bi ou trifocales* (Jeammet, 1985, 1989, 1992 ; Chabert, 1987), et de façon élargie dans *un travail en réseau* où s'engagent des institutions et des professionnels de disciplines différentes (par exemple médicale, judiciaire, scolaire, sociale). Ces mises en place (dans le privé comme dans le public) supposent des moments de synthèse et d'évaluation des pratiques où la cohésion des interventions est réfléchie sans que les secrets professionnels soient pour autant relativisés. Ces dernières années ont vu se développer certaines prises en charge se



spécialisant dans telles ou telles approches symptomatiques (délinquance, pathologies somatiques, conduites suicidantes, phénomènes d'ordre psychotique prévalants, refus ou inhibition des apprentissages...).

5 - *Revenons à la psychanalyse*. L'intervention psychothérapeutique n'y est ni réponse ni refus de réponse ; elle est « *off* ». Elle porte sur ce que l'adolescent donne à entendre et, de façon plus délicate, à voir (car l'opposition entre langage et corps ne saurait être ici tranchée ; elle doit être aménagée). L'aspiration à l'échange langagier est grande chez l'adolescent. Celui-ci aime tant parler qu'il est parfois profondément inhibé dans ce domaine²⁴. L'analyste intervient d'abord par sa seule présence, qui provoque le discours. Son silence ne vaut que par l'écoute qu'il permet ; il ne serait pertinent que lorsque l'adolescent parle. Hors cette situation, *le silence est une intervention... sauvage*.

L'analyste se doit de « tenir un discours sans l'imposer ». Nous aimons cette phrase de Cournut (1991) : « Plus que d'interpréter comme un archer trop adroit ou de reconstruire comme un archéologue trop visionnaire, laisser dériver un point d'interrogation ; le patient fera le reste et ce sera son reste à lui ». Intervention incomplète, jamais explicite, toujours suspendue, sinon elle « chosifie l'inconscient ». Elle est, répétons-le, une ouverture sur *les remaniements pubertaires énigmatiques*. Elle n'est guère une prise de conscience directe, même si l'adolescent en exprime volontiers la demande ; elle donne à reprendre le mouvement psychique associatif. Venue d'un autre, investie au bon moment (c'est-à-dire celui où elle peut être entendue), elle incite à une auto-interrogation concernant ce qui se passe en lui, sur les référents qui s'y font jour et qui s'y trouvent en conflit entre eux. L'adolescent veut se doter, très vite, d'un appareil personnel de relance des processus *adolescents* qu'il ressent comme figés, en impasse, « ça redémarre ; je ne suis plus tout le temps en train de faire la même chose ou de ne rien faire ». S'il se veut autonome, respectons le comme tel ; s'il se sent fragile soyons bien présent. L'induction au changement, c'est-à-dire la mobilité du jeu déliaison-liaison, est prudente à la hauteur des forces de blocage.

Si l'adolescent cherche un interprète privilégié, il ne souhaite pas pour autant être compris, comme le faisait volontiers remarquer Winnicott. Il craint, le retour du refoulé, plus encore le retour du dénié-projeté. *Si l'explication de ce qui lui arrive est intéressante, l'interprétation longue de ce qu'il en fait est d'un grand risque*. Contentons-nous de modèles d'intervention plus prudents que nous avons résumé sous le terme de « pointer » : souligner un mot, en rapprocher deux ou trois dont l'apparence seulement les différencie pour une fonction semblable, s'interroger sur des usages inattendus du vocabulaire, inachevés, laissés pour compte, inexacts, les moments d'appel à un langage adolescent (verlan par exemple), bref, marquer notre étonnement confiant devant les essais plus ou moins heureux d'immixtion dans la langue.

²⁴. Indépendamment de la difficulté à parler (inhibition de la pensée ou/et de la parole) distinguons aux extrêmes deux silences :

- celui de l'adolescent qui n'attend rien de l'analyste

- celui qui se développe afin de masquer un transfert violent peut-être passionnel. L'interlocuteur est si idéalisé qu'il laisse sans voix, interloqué, parfois déprimé (dépression d'idéalité).



L'adolescent attend des façons un peu différentes de ressentir et de se représenter l'état des choses. Revenons à la problématique de « l'extériorité des conflits ». Il relate des scènes familiales comme si le récit en était objectif (« c'est comme cela, je n'y suis pour rien »), comme si le narrateur n'était pas d'abord acteur. Le récit semble ne pas le compromettre. Relever une historicité faussement objective et expliquer (« voilà pourquoi ceci est advenu ») sont des méthodes malheureuses empêchant l'expression de ce qui ne se dit pas et que le récit recouvre. *Ce discours narratif privilégié par l'adolescent le devient de ce fait pour l'analyste qui va pratiquer l'intervention narrative.* Pour en donner l'esprit, je dirais après Laplanche, *qu'elle en est une traduction.* Comme celle-ci, elle est à la fois « à la lettre », écoutée fidèlement et associée librement et *a contrario* « hors la lettre » au profit des significations exprimées dans d'autres mots (ceux de l'analyste). Elle est dans cette dialectique entre pensée sans but (proche du primaire) et déconstruction-construction (secondaire), allant jusqu'au savoir. Je traduis les éprouvés de l'adolescent (sensorialité et affect) et ce qu'il propose de récits plus ou moins constitués. Pour un même objet combien d'angles de vue peut prendre la caméra ! Une face n'empêche pas l'autre. Le « je », même dans les grands états de dépersonnalisation souffre d'être trop construit, de s'être fixé mortellement sur une construction. Ce qu'il importe de montrer au patient est moins le contenu du non-dit (en l'occurrence sa participation aux faits qu'il relate) que la méthode qu'il emploie pour ne pas le dire, moins l'énoncé secret (qu'il serait dangereux de démasquer) que la relance offerte à l'acte de narration. L'analyste ne saurait proposer sa version comme objective (le reflet des conflits internes) encore moins explicative en les sortant de ce qu'ils ne sont pas (tels qu'ils sont relatés), *il donne sa position personnelle à l'égard des faits, avec ses propres mots* (qui ne sont pas ceux que l'événement a utilisés) il fait des associations entre les éléments relatés par l'adolescent et d'autres ; il en suggère les confrontations. Les modèles seraient à minima la nomination douce des éprouvés ou des états, et a maxima d'authentiques « nouvelles » (Freud). À l'adolescent de découvrir le « et après » et le « et alors » ! (je me demande si les choses pourraient être dites autrement... ; j'aurais tendance à voir en même temps...). *Bref, il n'analyse pas sauvagement l'extériorisation, il travaille avec ses signifiants, en restant au sein de l'enveloppe narrative qui lui est offerte.* La rencontre entre ses mots et les nôtres est alors source de dynamisme et de confiance, si elle est ponctuelle, située, limitée. Il ne peut y avoir, en tenant compte de la temporalité adolescente, matière de constat qui dépasse la minute présente ! *La parabole choisie par l'analyste montre à l'adolescent comment celui-ci est bloqué dans une répétition pubertaire.* Elle pourrait mettre l'accent soit sur les images, contraignantes, restrictives, soit sur les *petites différences* qui échappent aux forces d'entrave. Cette dernière proposition « positivante », qui a valeur de contrepoint²⁵, est la plus intéressante. « *Que la différence se glisse subrepticement à la place du conflit* » (Barthes, 1973). Soyons, redisons-le, modeste, discret, interrogatif, profitant d'un transfert positif, si on veut éviter que le message soit pris par l'adolescent comme une menace de retour du projeté. Il est en effet demandé à l'adolescent, d'engager la démarche inverse à celle

²⁵. Constatons encore qu'il n'est pas recherché une remémoration des événements présents ou passés ou des souvenirs échappant à l'adolescent, mais une intervention précisément sur l'acte remémoratif.



qu'il a faite lorsqu'il a pratiqué inconsciemment l'acte et l'extériorisation, et de revenir précisément à ce qu'il craignait : véritable levée de résistance.

L'expérience énigmatique de l'adolescent se présente masquée en séance et dans la vie. Les sujets énoncés reflètent et cachent celui de l'énonciation. Nous inventons notre version des choses. Elle n'est pas la vraie, elle interroge, déconstruit la précédente. Elle est une autre, emphatique assurément, qui fait rebondir la création psychique, c'est-à-dire s'éloigner la violence des choses. L'objectif est que naisse en lui une troisième personne, ni lui-même, ni son autobiographe, mais une autorité interne source d'auto-observation, d'auto-analyse, d'auto-interprétation, un interlocuteur interne, quelqu'un à qui se confier dans sa tête (altérité interne). Ainsi, Deleuze écrivait, en se référant à Freud et Blanchot : « La littérature commence lorsque naît en nous une troisième personne qui nous dessaisit du pouvoir de dire *je* » (Deleuze, 1984).

Bibliographie

- Berman A. (2000). *La traduction et la lettre ou l'auberge du lointain*. Paris : Seuil.
- Chabert C., Birot E. (1988). Aménagement du processus thérapeutique dans les traitements de l'adolescent par une prise en charge bifocale, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 6 : 208-212.
- Chabert C. (1987). Transfert et latéralisation du transfert, *Adolescence*, 5 : 253-260.
- Deleuze G. (1968). *Différences et répétitions*, Paris : Seuil
- Freud S. (1915). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard., 1986.
- Gori (1999). L'événement à la trace. In : R. Gori ; C. Hoffmann (Éds.), *La science au risque de la psychanalyse*. Toulouse : Érès.
- Gori (2001) Le traumatisme de l'ordinaire : Victimes, agresseurs ; In : E. Baccino, P. Bessoles (Éds.), *Le traumatisme sexuel et ses devenir*. T. 1, Lecques : Éditions du Champ Social, pp. 309-318.
- Gori R. (1996). *La preuve par la parole*. Paris : PUF.
- Gutton P. (1991). *Le pubertaire*. Paris : PUF.
- Gutton P. (1996). *Adolescents*. Paris : PUF.
- Gutton P. (1997). Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : M. Perret-Catipovic, F. Ladame (Éds.), *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Gutton P. (2000). *Psychothérapie et adolescence*. Paris : PUF.
- Jeammet P. (1985). Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 31 : 201-222.
- Jeammet P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation, *Rev. franç. psychanal.*, 6 : 1763-1774.
- Jeammet P. (1992). La thérapie bifocale, une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence, *Adolescence*, 10 : 371-383 ;
- Konichekis A., Forest J. (1999). *Narration*. Paris : L'Harmattan.
- Ladame F. 1991, L'adolescence entre rêve et action. *Rev. Fr. Psychanal.*, 55 : 1483-1542.
- Laplanche J. (1992). *Du transfert : sa provocation par l'analyste*
- Neyraut (1974). *Le transfert*. Paris, PUF.



ET LA FAMILLE...



L'hospitalisation de l'adolescent

Travail avec les familles

G. Schmit²⁶

Hospitaliser un adolescent en Service de Psychiatrie - fût-ce dans un service spécialisé en Psychiatrie de l'Adolescent - n'est pas quelque chose qui va de soi ni pour l'adolescent, ni pour sa famille, ni même pour les équipes de Psychiatrie. Autant il est assez directement accessible à des parents d'adolescents de concevoir le bien fondé des décisions d'hospitalisation pour leur adolescent dans un Service de Médecine ou de Chirurgie, quel que soit le caractère douloureux de la situation, autant une telle démarche pragmatique est difficile à tenir lorsqu'il s'agit d'hospitalisation en Psychiatrie. Il en va souvent de même pour l'adolescent concerné qui est prompt à interpréter la décision d'admission, non pas en fonction de son propre état psychique - même s'il est conscient du bien fondé de cette décision, sur ce plan là - mais plutôt en fonction de ce qu'il suppose être les positions de sa famille à son égard : rejet, abandon, voire mesures de rétorsion ou d'intimidation.

Et puis, il faut bien le reconnaître, l'hospitalisation en Psychiatrie de l'adolescent a eu - ou a - dans notre société sans prétention, une bien mauvaise réputation. Il est inutile d'insister sur le pourquoi de cette mauvaise réputation. Elle tient à des raisons générales concernant les représentations sociales de la folie, de la psychiatrie asilaire, de l'enfermement, les ambiguïtés lorsqu'il s'agit d'élaborer les contradictions entre respect des libertés et maintien de l'ordre social. Concernant l'adolescent, l'hospitalisation en Psychiatrie est encore plus dérangeante : elle va à l'encontre de l'idéalisation de la jeunesse, de ses valeurs, elle semble dévoiler l'envers du décor, à savoir la réalité des difficultés du développement, les souffrances qui en découlent mais aussi des conditions bien souvent inadéquates que la société met en place pour l'accueil des générations à venir.

La psychiatrie de l'adolescent doit tenir compte de ces soubassements idéologiques souvent activés au sein d'une famille par la proposition d'hospitalisation d'un adolescent. Les signifiants sociaux, plutôt que de contribuer à canaliser les angoisses personnelles de l'adolescent et de ses parents, ont tendance à leur donner la consistance de l'évidence et à étayer les résistances au projet de soins. Ceci a été souvent à l'origine de conflits frontaux entre famille et système de soins, rendant difficile le travail initial pourtant si nécessaire, de mise en commun d'un problème et de création de liens.

A l'inverse de ces situations où le rejet de l'hospitalisation, mais aussi plus globalement de la Psychiatrie, est éprouvé, voire énoncé dans un premier temps, il est d'autres situations où des familles expriment une demande trop pressante d'hospitalisation d'un adolescent, et semblent avoir des attentes exagérées quant à sa mise en oeuvre. Chez ces familles, le signifiant médical de "réparation" semble prévalant. L'hospitalisation est imaginée comme un lieu - ou un temps - agissant magiquement et permettant d'effacer souffrances et symptômes de l'adolescent : "nous

²⁶ G.SCHMIT, Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Reims.



le laissons à l'hôpital et nous le reprendrons avec nous lorsqu'il ira bien, lorsqu'il sera comme avant". Cette idéalisation superficielle de l'hospitalisation suscite habituellement chez l'adolescent un accroissement de sa propre inquiétude à changer. L'une de nos patientes hospitalisée en clinique, accueillait chaque visite de ses parents par un geste automutilateur, elle se tailladait les avant-bras. Elle expliquait son comportement en disant qu'il fallait qu'elle montre bien à ses parents qu'elle allait toujours aussi mal, et ceci surtout si quelques éléments évolutifs encourageants semblaient se manifester. Elle pouvait les tolérer en milieu hospitalier mais non dans une séquence de rencontre familiale.

La signification de l'investissement du signifiant médical de "réparation" par les parents mérite d'ailleurs d'être interrogé. Il se peut que cet investissement corresponde à une attente tout à fait authentique et confiante justifiée par les éléments culturels ou par des expériences antérieures. Souvent cependant, cet investissement a d'autres racines : le signifiant "réparation" peut masquer une position de déni d'un rejet de l'adolescent par le groupe familial : "nous ne pourrons te considérer à nouveau comme un des nôtres que si tu acceptes d'être réparé par les soignants", ou encore de déni du sentiment d'incapacité, d'impuissance de la famille : "pour faire face à ton problème, il te faut des gens vraiment spécialisés, ce que nous ne sommes pas", déni qui peut laisser place dans un second temps à une décompensation dépressive, parentale ou familiale. Enfin, dans d'autres situations, se combinent au sein de la famille, le rejet de l'adolescent et le rejet de la Psychiatrie : "tu es tellement insatisfaisant, insupportable et destructeur, que nous n'avons pas d'autre solution que de te placer dans un lieu tout aussi mauvais et insupportable que toi". Comme disait une mère parlant de son fils : "ces gens là n'ont leur place qu'avec des gens comme vous".

Déni, rejet, idéalisation et désillusion, tels sont les processus psychiques souvent rencontrés dans le contexte très souvent dramatisé d'admission d'adolescents en milieu psychiatrique. Ce sont naturellement des mécanismes défensifs répondant aussi aux tensions et à la souffrance vécue par la famille. Ces processus, en effet, ne sont pas forcément révélateurs du fonctionnement habituel du groupe familial. Simplement, le service hospitalier est parfois invité à tenir la fonction d'un espace de projection, sur lequel la famille aura tendance à évacuer des éléments psychiques groupaux qui ont souvent à voir avec la culpabilité, la honte ou l'effondrement du narcissisme parental ou familial. Il faut noter que ces sentiments négatifs peuvent rencontrer des éléments assez complémentaires du côté de l'équipe soignante : la famille peut être perçue par l'équipe comme dysfonctionnelle, défaillante, rejetante, incompétente. Ces perceptions n'ont pas à être déniées par les soignants et peuvent même avoir une certaine pertinence lorsqu'il s'agit d'évaluer la réalité d'une situation. Encore faut-il essayer de construire des représentations d'une situation qui soient des représentations ouvertes et évolutives et non des représentations fermées qui aggravent les difficultés à changer. Ces perceptions surtout sont parfois transmises à la famille et reçues par elle sous forme de jugement. Il est rare que cette transmission se fasse sous forme de messages verbaux clairement exprimés mais ils se font plus souvent sous la forme de messages analogiques. Ainsi, l'isolement du patient, la limitation des visites, signifiés à l'admission sans préalable peuvent prendre pour la famille le sens de : "vous êtes nocif



ou dangereux pour votre adolescent, et nous le savons". Du côté des soignants, il existe également parfois la tentation de vivre l'hospitalisation comme une véritable parentectomie, c'est-à-dire une opération chirurgicale qui va permettre à l'adolescent d'être soulagé et de se trouver libéré d'avoir à supporter le poids de liens familiaux destructeurs pour lui.

Les réflexions qui précèdent peuvent paraître pessimistes. Il est vrai que l'hospitalisation d'adolescents est quelque chose qui fait surgir des émotions assez violentes tant du côté de la famille que des soignants et naturellement de l'adolescent lui-même. L'adolescent vit souvent des angoisses d'abandon ou de rejet de la part de son environnement, il vit aussi souvent des angoisses très importantes de persécution, de dangerosité, lorsqu'il est accueilli pour la première fois dans ce monde non familier pour lui le service de psychiatrie. D'une manière un peu provocante, on pourrait dire que l'hospitalisation est peut-être l'occasion de travailler le transfert de la manière la plus directe. En effet, pour la famille, comme pour l'adolescent, les éléments du problème initial tendent à être transférés massivement sur le cadre même de l'hospitalisation, l'hospitalisation devenant le problème à gérer et suscitant des transferts multiples de l'adolescent et de ses parents sur les différents professionnels rencontrés.

Nous voudrions maintenant énoncer quelques principes concernant la conduite de l'hospitalisation d'adolescent et du travail avec sa famille.

1 - L'hospitalisation doit être soigneusement préparée, c'est-à-dire qu'à partir du moment où l'idée d'une admission éventuelle est amenée, il convient de laisser cette idée faire son chemin. Au cours de consultations successives, cette idée sera reprise et travaillée avec l'adolescent et sa famille. Ceci peut aboutir à un refus de l'hospitalisation mais alors restera à en élaborer les raisons tout en ayant installé, dans le suivi, l'idée que cette possibilité existe. Cette idée pourra au contraire être reprise et acceptée par la famille et elle doit alors conduire à un projet impliquant le prescripteur, l'adolescent et la famille. Cette implication du prescripteur est très importante. Elle suppose de sa part un engagement à soutenir la famille tout au long de cette hospitalisation. Il s'agit en quelque sorte d'une expérience qu'ils vont vivre ensemble. Cette manière de voir implique qu'il n'y a pas d'admission directe constituant le premier temps de la mise en place d'une cure, et laissant aux prises l'adolescent sa famille et le seul service hospitalisation. En effet, il nous semble très important que se soit installé avant l'hospitalisation un premier lien entre l'adolescent et une équipe de soins ambulatoires de façon à signifier que l'hospitalisation ne constitue pas le lieu unique de la cure mais qu'il existe un espace tiers où une réflexion sur le vécu par la famille de l'hospitalisation elle-même pourra être discutée en dehors du lieu d'hospitalisation.

Certes, il est des situations où l'hospitalisation en urgence semble inévitable. Il faut ici noter que cette hospitalisation en urgence constitue souvent un court-circuit permettant d'éviter précisément un travail d'élaboration préalable parfois douloureux. Il



arrive que l'adolescent soit réellement abandonné ou rejeté par un milieu familial ou par un milieu institutionnel du fait de la violence des processus et de la souffrance sous-jacente comme nous l'avons déjà évoqué. Dans ces cas cependant, il conviendrait de considérer l'admission en urgence comme une admission en attente, une admission en suspens pas encore vraiment réalisée, tant que le projet d'admission n'a pu être construit dans un travail avec l'environnement de l'adolescent et avec l'adolescent. Ceci est parfois difficile, car l'admission a souvent pour effet de faire tomber les tensions dans la famille, d'apaiser apparemment la crise et d'entraîner une banalisation du problème de l'adolescent. Il arrive même que des familles utilisent l'hôpital comme un lieu annexe de la maison, permettant le maintien du statut quo et traitant simplement la montée des tensions ou de la violence. Nous avons déjà analysé un cas où l'hospitalisation répétée d'une adolescente pendant plusieurs années faisait de l'hôpital un des sous-systèmes d'un système familial pris dans la répétition.

2 - Deuxième principe, l'hospitalisation ne constitue pas l'ensemble d'une cure mais n'en représente qu'un temps fort. Il convient ainsi de bien distinguer le travail de prescription d'une admission de celui de réalisation d'une admission. Il nous semble que le médecin hospitalier est celui qui doit décider du bien fondé ou non d'une admission compte tenu de ce qu'il pense des services que peut rendre son organisation à un adolescent. Cependant, l'idée de l'admission est proposée en amont, par le clinicien qui s'est impliqué dans le problème présenté par l'adolescent et sa famille. Ainsi, l'admission ne s'indique qu'à partir d'un lien transférentiel déjà installé entre un psychiatre et un adolescent et sa famille. Ceci est très important car ce lien transférentiel permet le déplacement et le traitement des fantasmes ou des affects très forts que nous avons évoqués en début d'exposé concernant l'hospitalisation d'un adolescent en Psychiatrie. Ce lien est aussi une garantie pour la famille que l'hospitalisation n'entraînera pas de rupture ni entre l'adolescent et les parents ni entre la famille et le clinicien référent ni, et cela est souhaitable, entre le clinicien référent et le service d'hospitalisation. Il s'agit en effet de construire un réseau de liens permettant de tamponner, au sens physico-chimique du terme les angoisses désorganisantes ou les mouvements dépressifs qui surviennent très souvent dans la famille au moment de l'hospitalisation d'un adolescent. Cet établissement d'un ensemble de liens a aussi l'intérêt de relier le service hospitalier et d'éviter qu'il ne soit lui-même coupé de l'ensemble du tissu relationnel qui soutient la vie psychique de l'adolescent. La pratique de l'isolement de l'adolescent de son environnement habituel, à l'hôpital, peut être indiquée dans certains cas, notamment dans des cas d'anorexie mentale, mais cet isolement ne peut avoir d'effet positif que s'il n'équivaut pas pour les protagonistes à une rupture des liens psychiques. La garantie que l'hospitalisation ne constitue qu'un temps du traitement vient soutenir l'idée qu'à un certain moment les protagonistes pourront se retrouver. Naturellement, ces retrouvailles se feront déjà au cours de l'hospitalisation, mais il nous semble que le transfert sur le consultant pré-hospitalier peut éviter les doutes quant à la réalité de ces retrouvailles. Il ne s'agit pas pour ce consultant de représenter le maintien dans le passé, celui de l'avant-hospitalisation, mais plutôt de tenir quelque chose d'une continuité indiquant que le but de l'hospitalisation n'est pas de régler définitivement le problème mais de réaliser un



temps particulier permettant la mobilisation chez les différents protagonistes de nouvelles représentations et de nouvelles émotions.

3 - Ceci amène à réfléchir sur l'implication de la famille dans la question même de l'indication d'hospitalisation. Naturellement, cette indication tient le plus souvent à des éléments psychopathologiques exprimés par des symptômes. Cependant, ces éléments ne doivent pas être les seuls pris en compte. On n'hospitalise pas quelqu'un parce qu'il est psychotique, phobique ou anorexique mais parce que, à un certain moment, il est possible de rêver qu'une hospitalisation pourrait aider ce patient psychotique, phobique ou anorexique.

J'emploie le mot "rêve" pour insister sur le fait que l'hospitalisation ne se décide pas forcément sur des éléments objectifs mais implique l'évolution d'une situation d'ensemble avec ses éléments manifestes et ses éléments latents.

Il y a tout intérêt à travailler suffisamment ces éléments latents ou à les repérer notamment lorsqu'il s'agit d'éléments concernant l'ambivalence de l'adolescent ou de ses parents. Dans des cas de plus en plus fréquents de familles dispersées ou de liens parentaux complexes autour de l'adolescent, il convient de veiller à travailler suffisamment avec toutes les personnes intéressées par le projet. Le fait de laisser sur la touche un des parents voire un des beaux-parents peut avoir des conséquences tout à fait négatives au cours de l'hospitalisation. Ainsi, l'indication d'admission relève de ce que j'appelle volontiers une clinique de situation, c'est-à-dire une clinique qui tient compte des éléments relationnels dans lesquels est engagé l'adolescent et au sein desquels il exprime son malaise et sa pathologie.

4 - Nous avons évoqué le rôle du consultant qui propose l'admission, Nous souhaitons maintenant nous intéresser à la relation entre la famille, les parents et l'équipe hospitalière qui reçoit l'adolescent. En Psychiatrie de l'adolescent, nous pourrions retenir ce principe : **l'hospitalisation n'est pas un traitement individuel**. Certes, le service hospitalier constitue un lieu où l'adolescent va vivre des expériences personnelles, nouvelles, avec de nouveaux objets d'investissement et ces expériences probablement vont lui permettre d'évoluer. Pour certains grands adolescents ou adultes jeunes, l'aspect de cheminement individuel du sujet peut être l'aspect prévalent tout au long de l'hospitalisation. Dans la plupart des cas cependant, la pathologie de l'adolescence est précisément marquée par le questionnement autour du lien de l'adolescent à sa famille. Qu'il s'agisse d'excès, d'insuffisance ou de paradoxalité du lien, cas le plus fréquent, il semble que cette problématique du lien soit toujours à considérer malgré les apparences. Il arrive quelquefois que les équipes hospitalières s'emploient avec de gros efforts à privilégier l'autonomisation de l'adolescent, à soutenir l'expression de ses désirs et de ses projets sans pour autant aboutir à des résultats satisfaisants. Certes, il convient de soutenir le narcissisme de l'adolescent, de l'aider à prendre confiance en lui mais d'un autre côté ces efforts nécessitent en même temps que soit travaillé le lien de l'adolescent avec sa famille. Au sein du système hospitalier, il est souhaitable d'ailleurs que des tâches diversifiées soient tenues par des personnes différentes qui peuvent être repérées par l'adolescent et ses parents comme ayant des fonctions et des places différentes. Il n'en reste pas moins que le lien entre



famille et service hospitalier doit être l'objet de soins très attentifs. Il est plus facile de s'occuper de l'adolescent qui est présent que de penser suffisamment à ses parents qui quelquefois se font tout à fait discrets voire fuyants. Au-delà de la méfiance ou de la confiance que les parents portent au système de soins, il est très important que le système de soins puisse nouer avec eux une alliance réelle témoignant d'un engagement réciproque dans un projet commun autour de l'adolescent.

Ceci a plusieurs effets : il permet aux parents d'être confirmés dans leur fonction parentale. Beaucoup d'adolescents sont en grande difficulté car précisément ils ont du mal à rencontrer « du parental ». L'hospitalisation peut être un moment fort où la fonction parentale de certains parents est réaffirmée et soutenue. Le deuxième effet est d'atténuer les effets chez l'adolescent d'un conflit de fidélité entre les soignants et ses parents. En même temps qu'il investit des soignants de manière très positive, l'adolescent peut avoir le sentiment qu'il trahit ses parents, qu'il se détourne d'eux, qu'il ne les aime plus et que donc, en retour, ceux-ci vont l'abandonner. Il est important que l'adolescent puisse avoir une grande liberté dans ses investissements au cours de l'hospitalisation mais il est également important que cette liberté soit cadrée par une assurance suffisante que ses investissements seront respectés et tolérés. Certaines hospitalisations peuvent être centrées sur des conflits de fidélité insolubles. Nous avons eu récemment à travailler sur le cas d'un adolescent mort par suicide au cours de son hospitalisation dans une situation où il nous avait semblé que l'impossibilité de la famille de faire alliance avec le service hospitalier avait eu des conséquences tout à fait désastreuses amenant à une impossibilité pour l'adolescent de faire confiance à l'équipe soignante. Le troisième effet de l'alliance parents équipe de soins est de permettre la construction de représentations de l'adolescent autre que celle d'un patient hospitalisé. Certes, dans les services de psychiatrie d'adolescent, la qualité des personnels, la qualité du travail d'élaboration nous protègent un peu des risques d'un retour à l'asilaire. Ce retour cependant n'est jamais totalement impossible notamment dans les cas les plus difficiles, où l'adolescent donne peu de choses à voir de la partie saine de lui-même.

L'hospitalisation est également une occasion pour l'adolescent et son environnement familial d'éprouver - ce qui quelquefois ne leur est pas arrivé depuis très longtemps voire même jamais arrivé - des expériences différentes dans des temps simultanés. Ceci amène une distanciation à l'égard du fonctionnement familial antérieur. Il est assez courant que les parents d'anorexique puissent faire état, au cours de l'hospitalisation de leur adolescente, de perceptions, de souvenirs, de questionnements qui auparavant étaient tout à fait refoulés. Cet éprouvé simultané d'expériences différentes crée une disjonction favorable au travail sur la séparation psychique. Il est important que les parents soient soutenus dans ce travail pendant ce temps fort qu'est l'hospitalisation. Les laisser seuls au prise avec cette expérience, peut conduire à des impasses, soit dans le registre de la rupture de liens avec leur adolescent, soit dans le registre de l'impossibilité de supporter la séparation ouvrant sur l'interruption du traitement. Ce travail sur la séparation psychique peut être assumé en partie par l'équipe qui a suivi l'adolescent dans la période de pré-hospitalisation. Il est cependant très important que l'équipe hospitalière elle-même puisse accueillir les parents et les soutenir dans la mesure où, au cours de l'hospitalisation, le transfert parental va se réorienter



massivement sur cette équipe hospitalière. C'est souvent à travers les échanges sur des aspects très quotidiens de la prise en charge, organisation des visites, des sorties, des nouvelles données par l'équipe de l'adolescent, des récits par la famille des week-ends que vont pouvoir être abordés des éléments tout à fait fondamentaux du fonctionnement familial. D'une certaine manière, ce travail sur le quotidien s'inscrivant dans des éléments transférentiels souvent massifs peut ouvrir à des prises de conscience et à des mobilisations qui précisément peuvent survenir du fait de l'expérience de séparation psychique que représente l'hospitalisation. Naturellement, la séparation géographique n'équivaut pas à la séparation psychique et il peut arriver, avec certaines familles, que l'hospitalisation constitue déjà une mise à distance trop grande entre l'adolescent et les parents. Ceci peut entraîner chez les parents des attaques contre le cadre, la réactivation d'éléments persécutifs et projectifs et peut mettre en difficulté l'équipe soignante. Là aussi, la mise en place préalable d'un réseau de liens solides incluant le consultant initial peut permettre de surmonter des moments très difficiles. Rétrospectivement, lorsqu'il y a rupture entre la famille et l'hospitalisation, il est très fréquent de constater que l'hospitalisation en fait a été prématurée et insuffisamment préparée. Ceci peut peser lourdement sur l'évolution ultérieure de l'adolescent. Ainsi, dans plusieurs cas d'anorexie chronique, nous avons été frappés par la répétition des ruptures avec plusieurs services d'hospitalisation.

Ceci nous amènera à notre conclusion : l'hospitalisation d'un adolescent devrait résulter de l'émergence d'un projet dans un groupe concernant l'adolescent, ses parents et une équipe de soins ambulatoires, plutôt que comme une indication médicale au sens stricte. Les situations d'urgence devraient être traitées en deux temps, le deuxième temps étant celui où l'on peut mettre des mots sur ce qui s'est passé sans avoir pu être d'abord pensé.

En fait, l'hospitalisation devrait se réaliser dans une démarche de subjectivation préalable où l'adolescent ne serait pas confondu avec la définition psychiatrique de son problème. Contrairement à l'évolution actuelle d'une partie de la psychiatrie, il nous semble que l'hospitalisation en Psychiatrie d'adolescent est un geste hautement psychothérapique qui nécessite à la fois un cadre hospitalier thérapeutique se prêtant aux soins psychiques mais aussi un travail préalable sur les représentations et les affects mobilisés par l'idée même de l'hospitalisation lorsque celle-ci est avancée.



TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----|
| <i>AVANT PROPOS</i> _____ | 5 |
| Le trajet de soin : Temps et Espace à l'Adolescence. _____ | 11 |
| <i>LE TEMPS DE L'URGENCE</i> _____ | 16 |
| Urgence et violence, violence de l'urgence. _____ | 17 |
| Urgence et passage à l'acte : l'expérience du CPOA _____ | 30 |
| <i>LE TEMPS DE L'HOSPITALISATION</i> _____ | 54 |
| Le Contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires ? _____ | 55 |
| Le travail de séparation dans la prise en charge institutionnelle. _____ | 70 |
| Il doit sortir ce soir : une urgence en pédiatrie _____ | 77 |
| <i>LE TEMPS DE L'ELABORATION</i> _____ | 85 |
| Le temps de l'alliance _____ | 86 |
| Séparation et élaboration. _____ | 95 |
| La psychothérapie devant l'événement pubertaire _____ | 100 |
| <i>ET LA FAMILLE...</i> _____ | 111 |
| L'hospitalisation de l'adolescent -Travail avec les familles _____ | 112 |

