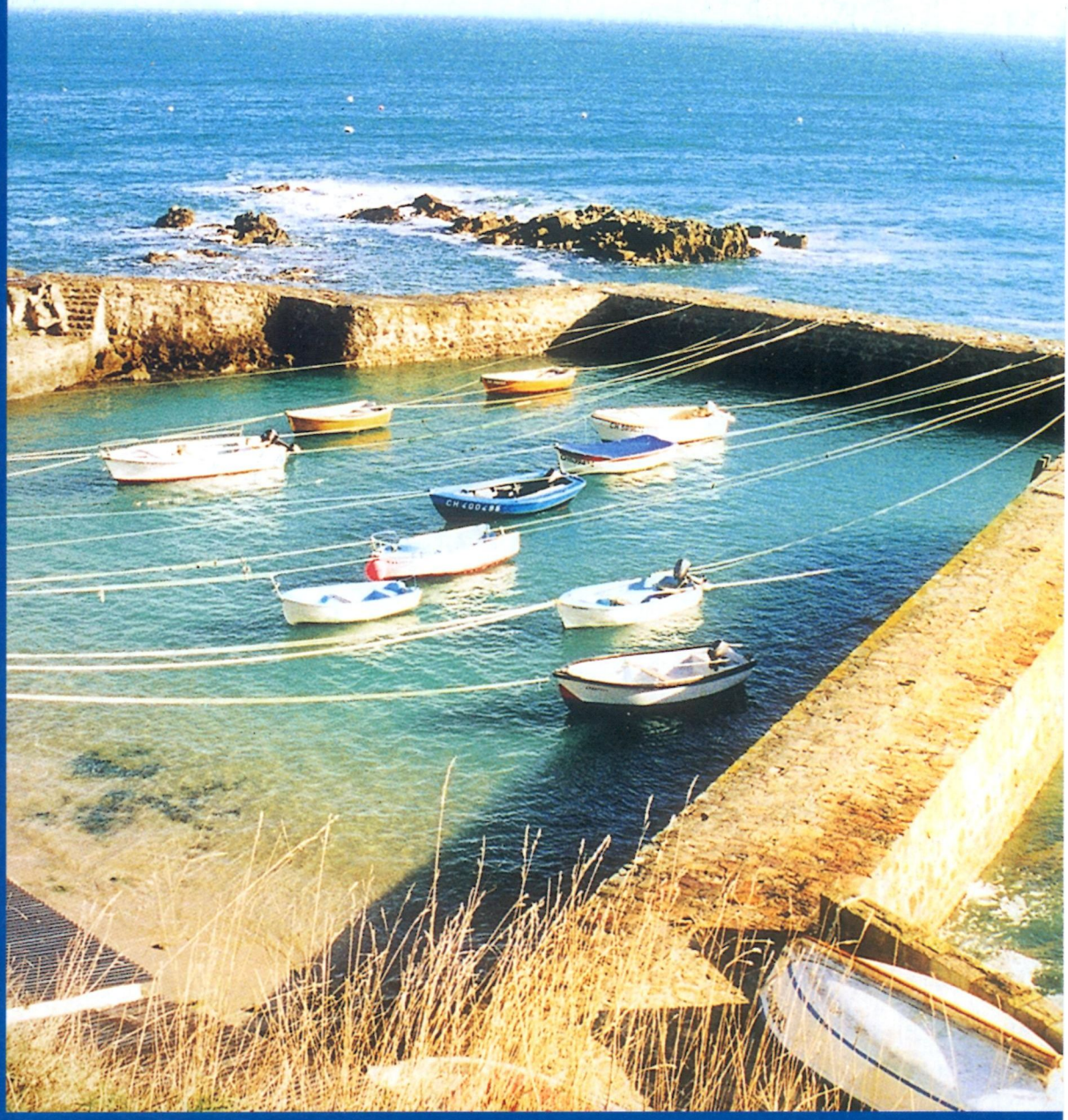
# PRATIQUES & RECHERCHES

*en santé mentale*

Fédération d'aide à la Santé Mentale
CROIX-MARINE



## RÉGION DE BASSE-NORMANDIE

## *Journée d'Alençon*

N° 33
Mars 2003
5 €

# SOMMAIRE


1 **Édito** Docteur J.F. GOLSE

2 **L'ATELIER CAILLOU**
Lenny Wolters, Patrick Guillemin, Christophe Papillon

3 **THÉRAPIE FAMILIALE : POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE**
Susana IRIARTE-FELLER,
Psychologue clinicienne

6 **HOSPITALISER LES ADOLESCENTS ?**
Dr. EDY
Centre médico-psychololologique pour enfants et adolescents - ALENÇON

11 **L'HOSPITALISATION DES ADOLESCENTS EN SERVICES ADULTES, alternative à la mise en place de structures spécialisées ?**
P. GENVRESSE - Pédopsychiatre - CHS CAEN

15 **COMMENT CRÉER DU LIEN EN AMBULATOIRE POUR PROPOSER DU SOIN ?**
Accueil Thérapeutique Adolescents
Secteur Orne-est de Psychiatrie infanto-juvénile
**La prise en charge en ambulatoire d'adolescents en difficulté psychologique**


**La Thérapie Familiale et les Ressources des relations frères/sœurs**
Par Edith TILMANS-OSTYN

Edith Tilmans-Ostyn est psychologue, thérapeute familiale depuis 20 ans
Elle est responsable de la formation en thérapie familiale et en approche systémique à Bruxelles, formatrice des médecins généralistes à l'approche systémique.
Auteur des « Ressources de la fratrie », éd. Relations Eres

**Jeudi 10 avril 2003 à 20h**

Entrée libre, nombre de places limité
Salle de cinéma du CPO, 31, rue Anne-Marie Javouhey-61014 Alençon

Renseignements et réservations auprès de Mme GALLIOZ au 02.33.80.71.00 poste 71.67

Fédération d'aide à la Santé Mentale
CROIX-MARINE

# Edito

Interrogation un peu provocatrice, découragée (nous avons tant rêvé d'une psychiatrie infantojuvénile sans lits et sans médicaments) mais aussi dubitative. Car les grands principes demeurent malgré tout même s'il faut se rendre à l'évidence et que dans la pratique un certain nombre d'enfants et d'adolescents sont hospitalisés.

En fait, il est impossible de raisonner par catégorie d'âge et cette journée Croix-Marine a montré s'il en était besoin tout l'intérêt d'une indispensable analyse clinique qui permet de concevoir des axes structurants ; c'est ainsi que les pathologies psychiatriques sévères (qu'il s'agisse de bouffées délirantes, de dépression sévère etc...) doivent être hospitalisées et le sont généralement en service de psychiatrie adulte (la question d'unité spécifique pour adolescents, qui reste débattue, ne pouvant se concevoir que dans une grande agglomération pour avoir un recrutement suffisant et respecter le principe indispensable en l'occurrence de proximité géographique). Selon les endroits et la qualité des relations locales nombre d'adolescents sont hospitalisés dans les unités de pédiatrie des hôpitaux généraux. C'est ce que préconise d'ailleurs le SROSS de psychiatrie de Basse-Normandie.

Mais il convient de rappeler que l'immense majorité des adolescents ayant besoin de soins sont traités en ambulatoire et cette journée Croix-Marine a mis l'accent notamment sur certaines techniques de groupe : groupe de parole, thérapie familiale... Dans la plupart des cas, ces traitements ambulatoires, souvent multifocaux, réunissent autour de l'adolescent plusieurs professionnels dans un mouvement instituant qui constitue une alternative à l'hospitalisation. Il était important de le souligner.

Et puis, il y a tous ces adolescents en grande difficulté, ici, là et ailleurs, en nombre croissant qui souffrent, c'est indéniable, sans cependant présenter de pathologie psychiatrique et qui sont confrontés à l'institution scolaire, au monde de l'apprentissage, aux institutions gardiennes de l'ordre public, aux collectivités locales etc...
Rappelons simplement à tous ces intervenants que les institutions sociales contenantes dont il est question actuellement, si elles peuvent être nécessaires, ne peuvent pallier les carences des contenances psychiques des citoyens et des institutions. C'est ce qu'il convient de travailler au long cours.

Docteur J.F. GOLSE

**PRATIQUE ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE**
REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE
Fondation Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Maryse CORBET
Comité de rédaction : J. ANDERSON, Jeanne BERTAUX, Jean FILMONT, Jean-Noël LETELLIER, Serge LOQUET, Marie-Line LAMARE-HAMELIN, Bernard NOUHAUD, M. PITON, Odile SANSON

Mise en page et impression : Imprimerie Artistique LECAUX TOURLAVILLE • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Philippe LAMOTTE
Couverture : "Port Racine" par Léon FALIGOT

Secrétariat : 02 33 21 84 66

ISSN 1157-5135
Dépôt légal : 1er trimestre 2003

# L'ATELIER CAILLOU

## INTRODUCTION

Au printemps de cette année nous avons réuni - avec leur accord préalable - 4 enfants, âgés de dix à treize ans et qui ont connu des maltraitances sexuelles, pour leur proposer dix séances de travail d'expression.

## POURQUOI CE GROUPE ?

Pour les enfants dont l'intégrité psychique a été sévèrement atteinte par des événements traumatiques : abus sexuels ou autres maltraitances physiques ou psychologiques, la thérapie individuelle seule ne semble pas toujours la prise en charge la plus adaptée.
En effet, la relation duelle peut être vécue comme dangereuse par l'enfant. Elle rappelle parfois la situation d'abus sexuel. Ou encore l'enfant peut craindre l'effet que produit son récit chez le thérapeute il pourrait ne pas le croire, le rejeter, l'abandonner...
Cette forte préoccupation à l'égard de l'adulte risque de maintenir le silence sur les souvenirs des violences et de garder ainsi la blessure inchangée ou pire comme endurcie à l'intérieur de l'enfant.
D'où l'idée d'un travail de groupe en espérant que celui-ci offrira un contenant solide, réparateur, incitant le partage, l'échange et le sentiment d'appartenance.
Notez que le groupe d'enfants est animé par un groupe de thérapeutes (deux infirmiers et une psychologue) dont chacun participe également à l'activité d'expression proposée.
Les mouvements transférentiels sont donc multiples et peut-être par conséquent plus dilués mais aussi plus puissants.
Le travail du groupe se veut être ainsi complémentaire des éventuelles autres prises en charge de l'enfant.



## L'ATELIER

Il est donc proposé à chaque enfant de participer de façon hebdomadaire à cet atelier durant deux heures. Chaque participant apporte un caillou, essaye de lui donner vie et raconte son histoire en images et en mots. Ces histoires construites sont alors dessinées ou peintes pour être échangées, commentées et partagées par le groupe.
L'objectif est donc de favoriser l'expression émotionnelle des enfants réunis au travers d'un récit. Ensuite, à la fin de chaque séance, les enfants sélectionnent les images en vue d'une « exposition » à laquelle participent les parents ou éventuellement les substituts parentaux. (ceci étant aménageable en fonction du cadre légal et de l'avis des partenaires). L'idée est alors de permettre un espace d'échanges entre les enfants et les parents autour des images créées par le groupe.

Le propos de l'atelier « Caillou » repose avant tout sur le principe de la « stratégie du détour ». Cette stratégie permet à travers un cadre préalablement et clairement défini de mettre en œuvre les mécanismes projectifs classiques mais aussi de mobiliser l'énergie créatrice psychique du Sujet, au bénéfice peut-être d'une réinvention (réappropriation ?) de soi.

Lors de la présentation de cet atelier, le 7 novembre 2002, nous avons choisi de présenter le parcours de Julien à travers ses créations. Ainsi, tout au long des dix séances, et en passant du support graphique au support narratif, il a pu s'impliquer dans l'aventure d'un personnage

qu'il a lui-même crée, au rythme de ses émotions, à la mesure de sa problématique. Ses productions, tant verbales que plastiques portent la trace de l'inhibition la plus intense, mais vont jusqu'à un dénouement indiqué du seau de la libération, de la jubilation et de l'allégresse.

Cette amorce de « reconquête du Sujet » à travers un récit fictionnel rencontre en son parcours bien des stéréotypes et Julien n'aura de cesse de les explorer soit dans les dessins, soit dans la trame même de la narration : représentations morbides ou/et angoissantes des archétypes ; symbolisation des pulsions ; utilisation des matériaux sur un mode régressif ou/et défensif (frottage compulsif, barbouillage, etc...) ; transfiguration du Sujet, passant du statut de victime à celui de héros ; etc...

On pourra dire d'un atelier d'Art-thérapie qu'il a pour objet de tenter de mettre un mouvement un




sujet « blessé », tapi derrière les remparts inquiétants d'une pathologie péremptoire. Lors de l'atelier « Caillou », Julien et les autres enfants auront été, pour un temps, les « spectateurs » d'une histoire où chacun, à sa manière, a mis en œuvre l'aventure d'une souffrance indicible avec en point d'orgue, ce désir immense et tellement légitime d'une libération.

Lenny Wolters
Patrick Guillemin
Christophe Papillon



# THÉRAPIE FAMILIALE : POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE

A l'époque où Freud mettait en cause la capacité de la psychanalyse à venir à bout des psychoses et soulignait les obstacles pratiques et théoriques inévitables dans la cure (1910 – 1917), l'influence bergsonienne aux Etats-Unis donnait des ailes à des psychanalystes et des psychiatres américains (comme Sullivan, Brill, Putman, etc.) pour expérimenter de nouvelles formes de psychothérapies « d'inspiration psychanalytique » auprès de patients schizophrènes. Leurs convictions environnementalistes, et leur foi dans la malléabilité de la nature humaine et de ses capacités de progrès, contrastaient avec l'insistance de Freud sur la place décisive des « facteurs constitutionnels », l'irréversibilité de la prime enfance, les handicaps sociaux, la persistance des situations névrotiques, les limites des techniques analytiques... Ce qui faisait dire à H.S. Sullivan que « si les chefs de file de la psychiatrie américaine avaient repris la théorie freudienne des maladies narcissiques, la psychiatrie américaine aurait sombré dans la même morosité que celle des Européens. »[1]
C'est dans cette culture psychanalytique typique de la côte est des Etats-Unis pendant cette période, que les premiers travaux et pratiques sur la thérapie familiale virent le jour dans les années 1930 grâce aux esprits marginaux qui, comme H.S. Sullivan, F. Fromm-Reichmann, influencèrent Nathan Ackerman, jeune

pédopsychiatre et psychanalyste juif émigré né en Russie, devenu depuis les années 1940 le père de la thérapie familiale non seulement psychanalytique, mais de la thérapie familiale en général. Il publie en 1936, le premier article sur la famille dans un bulletin psychiatrique où il décrit les démêlés affectifs d'un père avec ses enfants adultes, il écrit le premier livre consacré à la thérapie familiale (The psychodynamics of family life) en 1958 et fonde à New York le premier centre de formation pour thérapeutes familiaux aux Etats-Unis (The family Institute). L'enseignement donné était de nature clinique et impliquait une méthode d'observation directe, qui devint par la suite caractéristique du domaine de la thérapie familiale
Parallèlement à ces approches cliniques et de recherche, dans la côte ouest, la théorie générale des systèmes ( Von Bertalanffy) et la cybernétique (Wiener) se répandent dans les campus universitaires ; avec les théories de la communication (Bateson), et la théorie des lois logiques (Whitehead et Russel), elles fourniront le substrat qui permettra d'unifier des pratiques, jusqu'à là disparates, autour d'un groupe interdisciplinaire de chercheurs qui travaillent depuis les années 1950 à Palo Alto. Au point de vue clinique ces différents courants épistémologiques se cristalliseront dans une démarche théorico-clinique, « la systémique », destinée à appliquer les recherches de l'Ecole de Palo Alto ( la théorie de la communication de Bateson notamment) à la psychothérapie. C'est un psychiatre-psychanalyste travaillant dans ce groupe, D. Jackson, ancien collègue de H. Sullivan et F. Fromm-Recihmann qui fonde, dans ce but, en 1959 le *Mental Research Institute (MRI).*
D. Jackson et N. Acherman ont longtemps travaillé ensemble essayant d'allier les approches systémiques et psychanalytiques dans des buts psychothérapiques. Ce qui intéressait Ackerman était de disséquer la relation entre histoire familiale, structure familiale et psychopathologie individuelle. En conformité avec les théories systémiques et comportementalistes en vogue à l'époque, il considérait la famille avant tout comme un système de « personnalités en interaction », mais la psychanalyse prenait toujours une place nodale : il était de premier ordre pour lui, en effet, de savoir à quoi ces personnalités ressemblaient, quels étaient leur structure et leur caractère et comment on pouvait comprendre leur comportement en fonction de la théorie psychanalytique. On peut remarquer dans son œuvre et sa pratique deux tendances contradictoires : tantôt il conceptualise les « symptômes » en fonction des règles et de l'organisation de la famille comme système, selon les principes de la théorie systémique, tantôt il s'attache, dans une vision tout à fait actuelle de la psychanalyse, à considérer la souffrance et le dysfonctionnement de l'individu comme ce que doit modifier le travail thérapeutique.
Contrairement à ce que peut laisser penser une lecture partielle, et en conséquence réductrice, des textes de Freud donnant une vision de la psychanalyse comme étant une pratique centrée uniquement sur l'individuel et traitant d'un intra-psychique clos sur lui-même, cet intérêt pour l'articulation entre l'individuel et le collectif a été une constante dans l'œuvre freudienne.
Depuis les débuts de la psychanalyse, en effet, (1985 - L'Esquisse d'une psychologie scientifique) alors que Freud avait une vision strictement neurologique de l'appareil psychique (« appareil neuronique » dira-t-il même), il donne à l'intervention concrète de l'objet auprès du nourrisson, une place princeps dans le déclenchement de la première activité psychique : « l'identité de la perception », celle qui est à l'origine de la « satisfaction hallucinatoire du désir ». La place de l'objet « à l'intérieur » même de l'appareil psychique cette

fois-ci, prendra au fur et à mesure de ses avancées théorico-cliniques, une place fondamentale dans son œuvre pour culminer avec sa conceptualisation de la notion d'identification, clé de voûte de cette articulation.
Cette notion deviendra centrale dans l'œuvre de Freud notamment à partir de la deuxième topique (1920). L'Objet cette fois-ci ne reprendra pas seulement sa place primordiale dans la constitution de l'appareil psychique, mais le Moi lui-même, le Sujet (pour parler en termes lacaniens, ce terme est presque inexistant dans l'œuvre de Freud) devient pour Freud « un précipité des investissements objectaux abandonnés », « un condensé des amours du Ça » (1923). L'affect prendra le dessus sur la représentation dans la perspective psychanalytique. « L'objet est investi avant que d'être perçu », comme le formulera très justement S. Lebovici (1960). Le pulsionnel revient en force dans l'œuvre de Freud mais cette fois-ci pour affirmer l'importance de son lien à l'objet et ceci dans la relation la plus précoce que puisse envisager Freud dans la constitution du Moi et de l'appareil psychique lui-même, « l'identification première ».
M. Klein mettra en évidence l'importance de ce processus dans le développement psychique de l'enfant et essaiera de décortiquer ses mécanismes. Elle dégage la notion d' « identification projective » qu'elle décrit comme un fantasme omnipotent par lequel tout ou partie de la personnalité peut « entrer » en fantasme « à l'intérieur du corps » de l'objet et par conséquent du psychisme même de cet objet.

L'apport essentiel de la théorisation kleinienne de l'identification projective à la clinique de la thérapie familiale est de nous permettre d'observer les mécanismes à l'œuvre dans la transmission de traumatismes non élaborés entre les membres d'une même famille ou simplement de constater la persistance de certains mécanismes à l'œuvre dans les relations inconscientes qu'ils entretiennent les uns avec les autres.
W. Bion développera à partir de cette notion sa conceptualisation « contenant-contenu ».
L'identification projective est pour lui non seulement un mécanisme normal propre au développement du moi, mais il est à la base même du processus de pensée. Selon Bion, une des conséquences de ce processus est que, en projetant les parties mauvaises (fantasmes et sentiments mauvais) dans un « bon sein », le nourrisson pourra – à mesure que son développement le lui permettra – réintrojecter, sous une forme modifiée, donc plus supportable, ce qui avait été projeté dans l'objet, grâce à la fonction de « rêverie » de la mère.
L'apport de Bion a permis de faire d'importantes avancées dans la compréhension des phénomènes à l'œuvre dans toute prise en charge psychique, tant dans la situation de transfert dans une cure classique ou celles dites « d'inspiration psychanalytique », comme dans la prise en charge des patients en institution en général.

Deux exemples cliniques viendront illustrer comment des expériences traumatiques vécues et non élaborées pendant l'enfance d'un des parents d'une famille sont projetées dans le « monde interne » d'un des enfants, lequel présentera à l'adolescence d'importants symptômes d'inhibition sociale pour un des cas, de phobies de mort pour l'autre, et comment le groupe familial s'organise autour de ces formes archaïques de communication inconsciente.



Susana IRIARTE-FELLER,
Psychologue clinicienne

1 Hale, N. *Freud et les Américains. Implantation de la psychanalyse aux Etats-Unis (1876-1917). Paris,* Les empêcheurs de penser en rond, 2002, p.392-393.

# HOSPITALISER LES ADOLESCENTS ?

- Selon le dictionnaire « Petit Robert », hôpital vient du latin Hostire :
- le 1er sens est égaliser, traiter d'égal à égal l'hôte, l'étranger, même l'armée hostile
- le 2e sens est donner la nourriture, la maison, donner une compensation pour la victime, donner l'hostie au sens chrétien.

Si à hostire on ajoute l'élément « pot » du latin potere, qui donne « pit » de hô-pit-al, c'est le maître de maison qui reçoit l'hôte. Jupiter hospitalier qualifiait le bon accueil des hôtes (déjà la qualité). Dans ces définitions, l'on trouve : maison, maître de maison. Les maisons rappellent des dessins d'enfants qui se représentent eux-mêmes souvent de cette façon, les maisons traduisent leurs organisations et leurs sentiments.

Cet exposé cherche principalement à éclairer dans une perspective inspirée de la psychanalyse, le point de vue du monde interne de l'adolescent, celui de sa maison intérieure, et à ne pas développer les aspects de la réalité extérieure. La réalité du monde intérieur est souvent plus réelle que celle du monde extérieur, ces deux mondes sont importants.

Aujourd'hui si l'on parle de plus en plus de contenant, de contenance professionnelle, c'est à BION qu'on attribue la forme la plus achevée de ce modèle. BION est le descendant d'une famille protestante française émigrée en Angleterre. Il est né aux Indes. Revenu en Angleterre, il est psychanalysé par Mélanie KLEIN, et LACAN le fera connaître en FRANCE.

En FRANCE, Philippe JEAMMET considère que le paradoxe spécifique de l'adolescence est le suivant : ce dont l'adolescent a le plus besoin pour se nourrir, intérioriser, s'identifier dans des relations riches et vivantes, est aussi ce qui le menace le plus dans le besoin de se différencier pour être un sujet moins dépendant, plus lui-même, avec une identité plus assurée au moment où ses pulsions sexuelles et agressives entrent en puissance et au moment où il lui devient possible de procréer.

Pour BION, l'adolescent est l'un des modèles de croissance révélateur aussi de tous les changements de contenant/contenu. La première définition de la contenance est psychanalytique, plus tard elle sera appliquée à d'autres domaines, hors psychanalyse. Voici ce que dit BION à propos d'un adulte et à propos de la première contenance, celle de la mère :

« La situation analytique finissait par me donner le sentiment que j'étais le témoin d'une scène extrêmement reculée dans le temps. J'avais l'impression que le patient avait connu dans sa petite enfance une mère qui répondait consciencieusement aux manifestations émotionnelles de son nourrisson. Cette réponse consciencieuse comportait un soupçon d'impatience, un « je ne sais pas ce que peut bien vouloir cet enfant ». Je faisais l'hypothèse que pour comprendre ce que son enfant désirait, la mère aurait dû entendre dans les pleurs du nourrisson autre chose qu'une simple demande de la présence maternelle. Du point de vue du nourrisson, la mère aurait dû prendre en elle, et éprouver par là même, la peur qu'il était en train de mourir. C'est cette peur que l'enfant ne pouvait contenir. Il s'efforçait de s'en détacher par clivage (split off), en même temps que la partie de sa personnalité qui la renfermait, et de la projeter dans sa mère. Une mère compréhensive est capable d'éprouver le sentiment d'épouvante -que ce bébé s'efforçait de traiter au moyen de l'identification projective-, tout en conservant une attitude équilibrée ». HANNA SEGAL ajoute : « Il peut alors réintrojecter non seulement son angoisse originelle, mais une angoisse modifiée par le fait d'avoir été contenue. Il introjecte également un objet capable de contenir et de traiter l'angoisse. La contention (containment) de l'angoisse par un objet externe capable de compréhension est le début de la stabilité mentale ».

Ainsi selon le modèle contenant/contenu, il y a projection en force, d'angoisses, d'excitations débordantes et projection en même temps de parties de leurs personnalités. Par exemple, un adolescent suivi 3 fois/semaine, rêve qu'il est

Ostwald qui tire sur Kennedy, il voit la balle entrer dans la tête (contenant) de Ken-Edy. Ensuite ce même adolescent ressent qu'il a perdu son cœur parti avec son grand-père décédé.

Puis, si ces projections sont partagées, modulées par une personne, un objet externe, un soignant, elles sont alors intériorisées par cet adolescent qui intériorise en même temps un objet interne contenant, pour l'adolescent cité ici un psychothérapeute grand-père dans une ferme bien-aimée où il retrouve son cœur et déroule le film, le fil de sa vie.
Ces objets internes contenant, notamment parentaux, sont très différents des parents extérieurs par leurs qualités (par exemple un père très gentil un père interne trop persécuteur, un père extérieur violent un père intérieur admiré pour son pouvoir), par leurs expériences et significations émotionnelles.

Pour BION, l'élément projeté, intrusif, se rattache à une problématique masculine, il doit rencontrer l'élément récepteur contenant de la symbolique féminine.

C'est une dynamique de couple, d'un couple femme/homme qui travaille ensemble, par exemple :

1) de soi-même contenant/contenu avec soi-même,
2) de soi-même contenant/contenu avec les autres.

Cependant, contenant/contenu peuvent aussi se détruire l'un l'autre, c'est un auto-sabotage qui renvoie à un surmoi primitif très destructeur.
BION distingue trois formes principales de croissance psychique, elles sont particulièrement à l'œuvre pendant l'adolescence.

## A - D'abord la croissance intra-psychique

Plus que rendre conscient l'inconscient selon FREUD, plus qu'intégrer la personnalité clivée selon M. KLEIN, pour BION, la croissance c'est plus de vie et de vérité, elle se fait par strates successives de croissance, comme les pelures d'oignon, les lamelles de champignon. Entre chaque lamelle, il y a continuité à la base et discontinuité entre chacune.
Ce sont ces discontinuités que BION appelle césures. Si FREUD a parlé de césure de la naissance, BION en fait la métaphore de toutes les discontinuités, de toutes les failles et fissures. Par exemple chez un adolescent, c'est la catastrophe de couler hors de sa peau, et pendant qu'il est couché la nuit c'est de planer au-dessus de lui, se regardant lui-même. Pour un autre c'est être contenu dans la planète terre, comme dans un grand cercueil avec sa mère, enveloppé d'un millier de tee-shirts puis trouver plus tard un autre contenant, un seul tee-shirt, et être bien dans son tee-shirt bien ajusté. Ces césures entre ces différentes strates, ces différents contenants sont pour BION les lieux de changements catastrophiques. Le changement catastrophique se retrouve à des degrés divers dans toutes les formes de croissance. Il n'y a croissance véritable que si les premiers contenants sont abandonnés et désarticulés, si ensuite les angoisses, confusions et dislocations sont élaborées, digérées. Et si finalement une nouvelle articulation, un pont avec un autre point de vue (autres points de vue comme les autres facettes d'un diamant), un nouveau contenant sont trouvés.
Alors la terreur primitive du changement se transforme, trouve une forme, un nom, une place plus ou moins grande, avec un clivage plus adéquat, avec des césures plus souples.
Pour ceci, une relation contenant/contenu, un couple soignant/soigné, peut aider à métaboliser ces changements catastrophiques intérieurs, parfois débordant à l'extérieur.

## B - La croissance de la pensée

Après la croissance intrapsychique, c'est la croissance de la pensée.
Par exemple, un adolescent découvre que ses difficultés de lecture sont liées au fait que chaque mot veut dire soixante mille choses, chaque mot peut se fractionner en soixante mille

sens ce qui les rend incompréhensibles.
Pour BION, beaucoup d'éléments sensitivo-sensoriels et perceptuels sont impensables et empêchent de penser. Ce sont des pensées sauvages en quête d'un abri, d'un nid, à la recherche d'un contenant.
Si ces pensées sauvages sont contenues, elles peuvent se rassembler, s'articuler, d'abord en désordre dans les rêves, le rêve n'est pas seulement l'expression de désirs censurés, c'est déjà un travail de mise en images. Les images s'articulent entre elles, comme les lettres de l'alphabet qui s'articulent en mots, mots contenant de signifiés ou à l'inverse signifiés contenant des mots. Les mots s'articulent à d'autres éléments similaires pour faire des descriptions, des abstractions, des théories jusque des systèmes scientifiques déductifs, ou algébriques.
Ces liens favorisent peu à peu la construction d'un appareil à penser les pensées, qui effectue la transformation d'une expérience émotionnelle en activité cognitive.
Le mot connaissance veut dire naissance - avec, ceci suppose un couple contenant/contenu et pour Bion, les connaissances s'articulent, s'ajoutent les unes aux autres pour un univers de connaissances en expansion.

## C - Après la croissance intrapsychique, après la croissance de la pensée, c'est la croissance entre l'adolescent et les groupes.

Juste un rappel des rituels adolescents collectifs.
BION utilise ici aussi le modèle contenant/contenu pour élaborer les relations sociales de l'adolescent. Entre les contenants individuels, ceux de la famille, des groupes, de la société, des institutions, il y a aussi des discontinuités avec leurs césures et leurs changements catastrophiques à traverser, césures parfois aussi épaisses que les murs, parfois inexistantes, au mieux césures suffisamment souples pour permettre les échanges, les ponts entre les deux rives de la rivière.
Nous connaissons tous les adolescents rejetés/rejetant qui vont de cascades en cascades, de leurs familles, des groupes, de la société, des institutions jusque l'H.P.d'Alençon, environ 80 à 90 % des adolescents hospitalisés viennent de l'A.S.E. ceux-là même qui ont perdu leurs premiers contenants. Ces adolescents de l'A.S.E. méritent d'être mieux protégés.

BION propose trois types de relation entre l'adolescent et ces différents groupes :

- la 1ère : la relation commensale où deux objets l'adolescent et le groupe partagent une relation un 3e objet dans l'intérêt des 3
- la seconde : la relation symbiotique où l'adolescent et le groupe sont dépendants l'un de l'autre pour un avantage mutuel. C'est celle qui réalise la meilleure relation contenant/contenu au service de la vie, c'est-à-dire dans le sens premier de symbiose c'est-à-dire vie ensemble.
- la troisième : la relation parasitique, où l'un dépend de l'autre pour produire un troisième destructeur pour tous les trois. C'est l'exemple du premier adolescent présenté qui se dépersonnalise à l'école dans un conflit avec un professeur et avec d'autres élèves. Une autre adolescente s'effondre pendant la projection d'un film où le sang coule dans une salle obscure de cinéma.

Si l'on considère la qualité de cette croissance adolescent/groupes, et **principalement la qualité intériorisée** par les adolescents, les questions pourraient se formuler ainsi :
Dans le travail en famille, quels objets familles intériorisés ont pu grandir pour faire face aux conflits, rendre familier le non-familier étrangement inquiétant ?
Dans le travail en groupe, quel objet groupe intérieur a pu grandir chez l'adolescent pour l'aider à se développer ?

En institution, à l'hôpital : quel objet intériorisé soignant a pu être ou non intégré par l'adolescent pour prendre en charge ses propres aspects patients dans son petit hôpital interne ?

## UN RISQUE POUR LA CROISSANCE : EN L'ABSENCE D'UN MONDE EXTÉRIEUR SUFFISAMMENT CONTENANT, S'ENFERMER DANS UN MONDE INTÉRIEUR.

Parfois les adolescents se retirent dans leurs mondes intérieurs, s'enferment dans ce monde clos d'objets internes narcissiques de fantasmes sexuels concrets. Entrer en identifications projectives avec ses objets internes signifie perdre l'essentiel de la relation vivante et des investissements avec les personnes extérieures. Ceci est bien exprimé par le tableau de Jérôme Bosch, « Le Jardin des délices ». Le tableau s'inspire des mystères de la tradition populaire et du mysticisme flamand des 14e et 15e siècle.

L'imagination débordante du peintre traduit en images la lutte constante de l'homme avec son éternel ennemi « le Malin ». Ce motif central se réfléchit, se décline comme toujours chez Bosch, en un grand nombre de scènes mineures réalisées avec une minutie hallucinante.
Le panneau central représenterait la sexualité innocente polymorphe toujours omnipotente très proche de l'instinct animal, avec des accouplements multiples variés, très fantaisistes, parfois humoristiques. C'est l'enfant omnipotent enfermé de façon plus ou moins claustrophobe dans le sein et la tête de sa mère.
Le panneau de gauche serait la punition : Du Jardin de l'Eden, jardin de l'excitation phallique, de la scène primitive, de la fiesta du groupe adolescent, Dieu chasse Adam et Eve. C'est l'enfant enfermé de façon claustrophyle dans l'excitation des organes sexuels.

Le panneau de droite serait l'enfer, avec des expressions du noir sado-masochisme et des perversions caractérisées. C'est la tyrannie au niveau des objets internes, être bourreaux ou être victimes.

Entre ces 3 panneaux, ces formes de sexualité vont en se dégradant. Si elles ne sont pas maîtrisées dans le monde intérieur elles vont :
- se projeter dans le monde extérieur, c'est le sado-masochisme sexuel addictif social,
- se traduire dans des conduites à risques :
  - agies (le passage à l'acte est un rêve qui n'a pu se rêver)
  - répétées
  - elles répètent au présent les tragédies passées, personnelles, familiales, transgénérationnelles

Parfois les 5 actes de la tragédie :
- se réduisent à quelques minutes, tout se télescope dans l'excitation ou dans la violence
- ou traînent en longueur, c'est la mort lente :
  - à travers son corps, l'image de son corps, une anorexique regardait avec avidité les étalages des grands magasins pour se procurer l'orgasme du plaisir de maîtriser sa faim
  * à travers de faux substituts qui deviennent addictifs, raisons de vivre, et qui remplacent les relations riches et vivantes avec les autres.
- au centre de toutes les tragédies c'est toujours la mort. Le suicide est une forme radicale de « défense », de remède tout-puissant à tout, qui vise à détruire la partie de soi identifiée aux mauvais objets et pulsions dangereuses.

Je regrette de traduire en « langue de bois » les tragédies adolescentes de Narcisse et écho, d'Iphygénie, d'Œdipe, des enfants d'Œdipe, de Roméo et Juliette, d'Hamlet et en psychiatrie d'Orange Mécanique.

## LES RISQUES CHEZ LES PROFESSIONNELS

› Au début des antibiotiques, la poudre était mise sur la langue des chevaux, il fallait souffler



# HOSPITALISER LES ADOLESCENTS ?

dessus pour qu'elle entre. Malheureusement le cheval soufflait souvent le premier et ne ressoufflait pas que de la poudre antibiotique. (H. Williams)

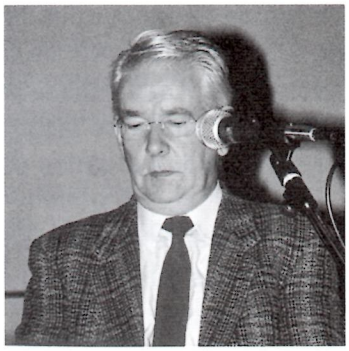
L'adolescent peut souffler le premier :
• il communique à trois niveaux, adolescent, adulte et enfant, si l'enfant chez l'adolescent est le plus important, c'est aussi le plus nié
• il est souvent très séducteur. C'est :
  - soit l'enfant qui séduit, il réclame amour et approbation mais à ses propres conditions.
  - soit la séduction délinquante et l'art de distribuer les rôles pour rendre complice.
  - soit la séduction de rester dans la confusion sans clarifier les désirs et enjeux.
- Le risque héroïque : les belles âmes ont tellement de plaisir à faire la chasse aux sorcières
- Le syndrome de Richard III : les handicaps dispenseraient des devoirs de tout un chacun
- Le pire service est de fournir aux adolescents des griefs justifiés

› D'où une contenance professionnelle pour un retour modulé de ce qui est projeté. Cette contenance suppose une bonne connaissance de soi-même, de ses limites, du va-et-vient en balançoire des menaces internes et des menaces externes, de ses talons d'Achille qui peuvent entraîner quatre réactions :
• de déni des difficultés qui poussent l'adolescent au contredéni
• d'angoisses, de peurs, de suicide, elles poussent aux acting et aux contre-acting, au lieu d'élaborer ces angoisses
• de la répression autoritaire
• du renversement sur l'adolescent, c'est lui qui doit contenir les difficultés du soignant

› Avec au centre des soins et sur plusieurs mois ou années :
1) les thérapies **individuelles, de familles, de groupes,** ou ambulatoires, ces thérapies sont longues, pas toujours gratifiantes.
2) En périphérie de ses soins le besoin pour l'adolescent d'une personne représentant une autorité et si besoin une figure de continuité c'est-à-dire une personne représentant un idéal et choisie par l'adolescent pour être conseillé dans cette transition, par exemple, un professeur, un directeur...
3) Le recours à l'hôpital est rare. Les adolescents fuient l'hôpital, et l'hôpital par ses séjours très courts, a des actions de plus en plus ponctuelles, réservées aux besoins de contention lors des débordements importants. Si l'adolescent refuse la protection, l'enfant en lui peut se sentir plus gravement abandonné, et l'entourage aussi.

Pour terminer, comment faire face et rester en bonne santé mentale ? Voici quelques moyens qui s'emboîtent les uns dans les autres comme des poupées russes
1°) une expérience et un travail personnel pour bien se connaître, la psychanalyse personnelle est un moyen précieux
2°) une formation solide et continue
3°) des supervisions
4°) le soutien des collègues de l'équipe
5°) un service d'aide rapide pour les soignants en difficulté évitant toute perte de dignité
6°) de bons candidats.

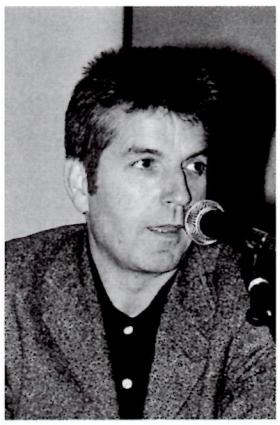
Dr. EDY
Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
ALENÇON



# L'HOSPITALISATION DES ADOLESCENTS EN SERVICES ADULTES, alternative à la mise en place de structures spécialisées ?

L'hospitalisation temps plein des adolescents en psychiatrie nous préoccupe depuis plus de 20 ans. Où les mettre ? Comment les accueillir au mieux ? La spécificité psychodynamique reconnue à cet âge nous impose t'elle de concevoir des unités spécifiques dans l'entre-deux psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte, et si oui, à qui l'élaboration en revient-elle principalement ? On le voit, à tout le moins, ce sujet suscite discussion au mieux, divergence et désaccord souvent, entre les équipes de psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile... Quoi de plus normal, lorsque l'on sait que la limite administrative d'accueil en psychiatrie adulte reste 16 ans, que la durée de vie s'allonge et avec elle l'appréhension du temps « adolescence ». Quoi de plus normal lorsqu'on pense que l'exercice de la pédopsychiatrie s'arrêterait administrativement à cet âge et que, tant des prises en charge les plus difficiles que des échecs de leurs prises en charge antérieures, les équipes de pédopsychiatrie en « passant la main » seraient soupçonnées de s'en laver... les mains.
Entre 0 et 16 ans et entre 16 et 77 ans, la partition est diablement inégale... !!

## Quelques repères historiques au préalable



P. GENVRESSE
Pédopsychiatre
CHS CAEN

- Le premier centre de consultation pour adolescents s'est ouvert à Sainte-Anne en 1948 sur l'initiative de Pierre Mâle
- Le premier service ouvert pour adolescents du Professeur Flavigny voit le jour en 1964 à l'hôpital international de la Cité Universitaire
- en 1971 est créé à la Salpetrière, dans le service du Pr. DUCHE, une unité d'urgence comportant des lits réservés à l'accueil des adolescents.

Le constat récurrent fait état, dans nos régions comme partout en France, d'un manque patent de structures spécifiques d'accueil pour adolescents. Les quelques structures existantes, souvent mises à l'honneur sur nos petits écrans (Le centre Abadie de Bordeaux, le service de Philippe JEAMMET à l'Institut Mutualiste Montsouris et le service de la Salpetrière à Paris, Le centre Arthur de Marseille et l'unité d'adolescents de Montpellier) sont d'autant plus sollicitées qu'elles font figures d'exception, et donc saturées de façon chronique.

## 1/ Alternative à la structure spécialisée : la notion de complémentarité, de partenariat et la constitution d'un réseau de prise en charge

Il est bien évident que les structures d'hospitalisation spécialisées pour adolescents manquent dans notre pays. Il ne s'agit pas ici de nier la nécessité d'en créer de nouvelles, mais de mettre en perspective ce constat de manque d'un côté, avec le fantasme de l'institution toute bonne, idéalisée, taillée sur mesure pour l'accueil et la prise en compte psychothérapeutique des adolescents souffrants, de l'autre. Nous avons d'ailleurs souvent entendu le témoignage des soignants de telles structures spécialisées quant à leurs limites et au sentiment d'incomplétude qu'elles génèrent. Limites qui ne sont d'ailleurs pas seulement numériques : certes, elles sont tellement saturées qu'elles ne répondent plus à la demande, mais les limites concernent également leurs réponses inadaptées à certaines situations singulières. Il est frappant d'ailleurs de constater, dans certaines régions, que des services de psychiatrie adulte se sont organisés pour recevoir des adolescents après qu'une ou plusieurs unités d'accueil spécialisées pour adolescents aient été créées. Ceci illustre bien la nécessité d'une approche en

complémentarité des adolescents en difficultés, dépassant les clivages des idéologies et des pratiques.
Ainsi, dans notre département, nous tentons de développer l'idée d'un réseau de compétences et de prise en charge des adolescents qui associerait :
- La création d'une ou deux unités spécialisées pour adolescents
- Une convention pratique de travail partenarial autour des adolescents hospitalisés entre les services de psychiatrie adulte et les services de pédopsychiatrie (sur le modèle du CH Saint Jacques de Besançon)
- La création d'une équipe d'intervention et d'accueil pour les adolescents en difficultés (le centre EMPA et son extension)
- La proposition par le service de pédopsychiatrie depuis 4 ans d'une formation spécialisée autour de l'adolescence destinée aux soignants du CHS (30 d'entre eux s'inscrivent à cette formation chaque année).
- Des conventions de travail partenarial avec l'inspection académique, la PJJ et certaines institutions médico-éducatives.

## 2/ Dans quel contexte a lieu la demande d'hospitalisation d'un adolescent ? Pour quel type de demande ?

La question de l'hospitalisation d'un adolescent se pose le plus souvent dans une atmosphère critique. L'urgence en est le moteur, que celle-ci soit psychopathologique, sociale ou judiciaire :
1- Lorsqu'il s'agit, c'est le cas le plus fréquent, de situations pathologiques avérées telles les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire ou les conduites sociales perturbatrices, voir même l'expression de la souffrance psychique empruntant la voie somatique, les jeunes trouvent souvent un lieu d'accueil, soit en service de pédiatrie, parfois en service de médecine générale ou dans les unités dites de crise, qu'elles soient polyvalentes ou spécifiques aux adolescents lorsqu'elles existent.
2- Mais ces lieux d'accueil éprouvent leurs limites confrontés à certains jeunes que l'on considère comme « adolescents difficiles », qui associent troubles de la personnalité (type border-line, personnalités anti sociales ex-psychopathie) à des déviances comportementales. Ces jeunes partagent avec d'autres plus manifestement engagés dans la psychopathologie, je veux parler des adolescents pris dans un trouble de l'humeur grave ou un processus psychotique, la nécessité d'un temps d'hospitalisation plus long en service spécialisé. Ces situations sont fréquentes, elles sont en exergue de la stigmatisation du manque de structures ad hoc. Or si la pathologie avérée est généralement bien prise en charge, nos collègues de psychiatrie adulte s'attachent à faire sortir le plus rapidement possible les adolescents difficiles de leur service, estimant que, nous reprenons les paroles le plus souvent prononcées par nos collègues soignants lors d'une enquête sur l'accueil des adolescents au C.H.S. de Caen, je les cite :
*« Ce n'est pas sa place ici...*
*C'est terrible de psychiatriser des gens aussi jeunes...*
*La cohabitation avec des patients adultes est pathogène, à la fois par le potentiel d'identification négative que présentent certains jeunes, mais aussi en raison du risque d'abus que pourraient subir ces jeunes...*
*On ne sait pas bien s'en occuper et que l'on a peur de faire des bêtises !*
*Ils ne savent pas quoi faire quand ils sont à l'hôpital... »*

3- Concernant ces mêmes jeunes (les adolescents difficiles), évoquons également les interventions du juge des enfants qui, se trouvant parfois confronté à des situations dramatiques ou bloquées, ne trouve pour seul

recours que l'hospitalisation psychiatrique, avec une demande d'évaluation psychopathologique qui parfois accompagne l'absence de solution d'accueil alternative. Au-delà de la nécessaire concertation avec les magistrats et la PJJ, nous savons bien qu'il en est, parmi ces situations, qui durent plus qu'elles ne devraient, radicalisant alors les positions de chacun, et cela en raison notamment du manque d'autres lieux d'accueil pour ces jeunes.
4- N'oublions pas enfin le cas des enfants autistes et psychotiques qui, en grandissant, nécessiteraient une adaptation des réponses en terme de structure.

Il ne s'agit pas là d'exonérer de toute responsabilité les services de pédopsychiatrie, la fermeture progressive de leurs lits d'hospitalisation dans bien des secteurs n'a pas donné lieu à la reconversion nécessaire en « équivalent – accueil » des adolescents, mais il semble, à tout le moins, réaliste d'affirmer que la création d'unités spécialisées pour adolescents est certes une réponse nécessaire, mais pas suffisante...
Une équipe de psychiatrie générale dans un contexte intersectoriel peut parfaitement développer des compétences et un savoir-faire adapté aux besoins des adolescents et de leurs familles.

## 3/ L'hospitalisation des adolescents en service de psychiatrie est possible et efficiente. A quelles conditions ?

**Les spécificités d'une organisation institutionnelle**

Avec les adolescents, l'élaboration de la position de chaque soignant constitue une part importante du travail institutionnel, souvent plus exigeante que ce à quoi nous ont habitué les cures d'adultes. Les soignants doivent en effet évoluer entre les fantasmes de sauvetage, la tentation maternante et la neutralité, tout en étant constamment sollicités par l'exacerbation pulsionnelle impérieuse de jeunes pour lesquels tout apparaît **urgent**. La temporalité n'est pas la même pour tous et les notions de distance, de réponses différées et de diffraction au travers du prisme hiérarchique de l'unité sont souvent mises à mal par les adolescents qui réclament une réponse immédiate.

Philippe JEAMMET parle d'*« espace psychique élargi »* pour décrire le fonctionnement de l'équipe qui doit suppléer un temps à un fonctionnement psychique adolescent provisoirement défaillant.
Des réponses rapides et concrètes pour les adolescents sont souvent utiles, non pas pour nourrir des exigences et la position toute-puissante de certains, mais pour aider à sortir de la confusion et restaurer la capacité à penser.
L'accompagnement hospitalier d'un adolescent dépend beaucoup de la qualité des rencontres auxquelles il est soumis. Le rôle thérapeutique du vécu quotidien est certainement plus important chez les adolescents que chez les adultes, comme le soutient notamment R. CAHN qui énonce que *« c'est de la dimension concrète des relations que va advenir la problématique spécifique de chacun »*.
La question de la motivation de l'équipe accompagne inévitablement celle de sa formation, deux sujets de réflexions liminaires pour ceux qui souhaitent accueillir des adolescents.
Des repères pédopsychiatriques sont utiles pour comprendre l'anamnèse des difficultés des jeunes. Une enquête récente de MONZANO (1997) montre le caractère pronostique de certains symptômes de l'enfance quant à l'organisation de pathologies à l'âge adulte et conclue à une relative continuité entre la psychopathologie de l'enfant et celle de l'adulte.
En miroir, l'expérience de la psychiatrie générale constitue un atout précieux, il est tout aussi utile qu'une équipe de pédopsychiatrie y soit sensibilisée, car c'est bien au cours de l'adolescence que se mettent en place les grands modes d'organisation de la psychopathologie adulte, que la compréhension en soit psychiatrique ou psychanalytique.
**Autrement dit, toute approche nosographique doit apprécier le double mouvement de l'adolescence : reconnaître les signes témoins d'une pathologie infantile et repérer l'émergence d'une organisation de l'adulte.**

**Les conditions d'accueil dans un service de psychiatrie adulte**

• **Une proportion faible d'adolescents hospitalisés au long cours** : ESMAN dans un article de 1993 « la psychiatrie de l'adolescent aux USA, historique et diverses modalités de soins » convient, c'est ce que nous pouvons

vérifier en clinique courante, que les hospitalisations des adolescents en service adulte sont plutôt moins chaotiques si leur proportion ne dépasse pas 20 %. Il souligne également la fonction contenante d'un tel accueil, en comparant les comportements des jeunes dans les services spécialisés pour adolescents et dans les services de psychiatrie adulte, et en notant que les transgressions sont moins fréquentes dans le deuxième cas de figure. Il fait l'hypothèse, dans les unités spécialisées pour adolescents, de la perception par le jeune d'un monde irréel où les adultes se résument à des soignants et sont la cible des projections provocatrices et agressives du groupe.

- **Des locaux adaptés** : chambres individuelles, poste des soignants facilement accessible
- **Une acceptation de la compétence partagée par l'ensemble des membres de l'équipe**
- **La ressource active clinique et théorique d'une équipe de pédopsychiatrie**
- **Une formation théorico-clinique**
- **Une disponibilité qui permet des temps individuels pour chaque adolescent**

**L'accueil d'adolescents en service adulte est-il traumatique ?**

Il est fréquemment affirmé comme un postulat qu'il n'est pas raisonnable d'hospitaliser un jeune dans un service de psychiatrie pour adultes, et qu'assurément cette immersion dans le monde de la folie a toutes les chances (tous les risques) d'être pathogène, possiblement traumatique, voire même d'instituer les troubles du jeune du côté de la psychopathologie avérée (notamment dans la rencontre avec des patients psychotiques ou à potentialité perverse).

A la petite expérience que nous avons au CHS de Caen, celle-ci est d'ailleurs corrélée par l'expérience du Centre Henri ROUSSELLE de Sainte-Anne, il n'apparaît pas qu'un tel accueil soit obligatoirement néfaste et traumatique, tant les carences et dysfonctionnements familiaux sont fréquents pour ces jeunes, tant est fréquente également la psychopathologie d'un ou des deux parents (un cas sur deux dans notre pratique). Nous sommes même souvent frappés par la similitude fréquente entre le tableau symptomatique et/ou syndromique de l'adolescent et celui décrit du parent malade, confirmant s'il était besoin que la pathogénie est antérieure à l'accueil hospitalier.

Dans ce contexte, dans la rencontre concrète avec des patients adultes, autres que leurs parents, les adolescents peuvent tout aussi bien prendre quelques distances avec la fascination mortifère de la psychose et se dégager d'identifications pathologiques (« *pourquoi m'a-t-on mis dans un truc de ouf...* »), ce d'autant qu'on est en droit d'attendre de la part des soignants des transactions basées sur l'empathie, le bon sens et la cohérence éducative.

Je n'insisterai que peu sur l'importance du travail à mener avec l'environnement usuel du jeune pendant son hospitalisation, cette notion n'est guère spécifique de l'adolescence, seule la dimension d'une temporalité particulière, plus ramassée est à prendre en compte.

Enfin, l'école à l'hôpital, c'est possible ; chacun s'accorde à penser qu'il ne faut pas négliger cet aspect du quotidien des jeunes lorsqu'ils sont hospitalisés pour plusieurs semaines : la dimension pédagogique est importante en raison de la mobilisation psychoaffective qu'elle suscite et des interactions complexes entre troubles affectifs et cognitifs. Les cours à l'hôpital permettent en effet de maintenir le jeune dans une certaine réalité en l'arrimant à sa condition d'élève ou d'apprenant.

La convention établie avec l'Inspection Académique nous permet assez aisément de bénéficier de l'intervention des professeurs dans l'enceinte de l'hôpital.

## 4/ Pourquoi peut-il être utile de relativiser la spécialisation en matière d'adolescence ?

L'adolescence est un passage, un entre-deux qu'il convient d'accompagner comme tel en évitant de la figer dans des structures spécialement formatées pour l'épouser... Vous savez que se pose de façon récurrente la question de la fin de l'adolescence, au-delà de la classique borne sociale de l'autonomie matérielle. Certains théoriciens la font volontiers perdurer, c'est manifeste pour certains jeunes, jusqu'à la disparition du dernier point d'ossification du squelette, c'est-à-dire jusqu'à 25 ans ! Vous imaginez dans ce cas la taille des unités spécialisées et la question intangible de la continuité des soins.

L'adolescent en souffrance nous interroge souvent au sujet de la structure spécialement adaptée qui pourrait lui convenir (le nombre de lits, la tranche d'âge, la fonction contenante, la spécialisation psychopathologique etc..). L'idée de l'institution idéale n'est souvent que la poursuite séductrice du piège auquel nous invite l'adolescent dans ce qu'il met en jeu d'idéalité insatisfaite. La voie souhaitable serait peut-être celle qui le conduirait à en faire avec nous son deuil, car il y a bien dans le mouvement même de l'adolescence ce travail de désillusion et d'affiliation au réel.

Conformément à cette notion d'entre deux, il nous semble préférable de privilégier autour de l'adolescent le regroupement de soignants qui partagent le même intérêt et engagement à travailler auprès des jeunes en difficultés : émanant de la psychiatrie infanto-juvénile, de la psychiatrie adulte et du secteur médico-éducatif peut se constituer progressivement un groupe de compétence, qui va contribuer à tisser, au-delà du clivage entre les approches différenciées en pédopsychiatrie et psychiatrie, un réseau de partenaires concernés par les adolescents.

**BIBLIOGRAPHIE**


**ALVIN P, JEAMMET P, POMMEREAU X.** *L'hospitalisation des adolescents, état des lieux et perspectives.* Ed. Fondation de France 1997

**BIZOUARD P., NEZELOF S., VANDEL P.** *L'hospitalisation des adolescents en psychiatrie: une expérience de collaboration entre équipes de soins d'adultes et d'enfants,* in Pratiques en santé mentale N°1 1999

**BOURCIER G.** *Faut-il des structures spécifiques pour les adolescents ?* in perspectives psychiatriques 1993/1994 32 /332ème année N° 40

**BRIAN M., MISDRAHI D., MASSE G.** *L'hospitalisation des adolescents en unité de psychiatrie générale, l'expérience du Centre Henri Rousselle,* in l'information psychiatrique N° 9 nov. 2000

**ESMAN A.** *La psychiatrie de l'adolescent aux USA, historique et diverses modalités de soins,* in Perspectives Psychiatriques, 2, 1993 pp 97-99

**GENVRESSE P.** *Convention entre les secteurs de psychiatrie adulte et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile autour de l'hospitalisation des adolescents au CHS,* document du projet d'établissement CHS de Caen 2000

**GENVRESSE P.** *Les structures de prise en charge pour adolescents : états des lieux et perspectives au travers des PRS,* in La Lettre de l'ORS de Basse-Normandie N°6 oct.2002

**JEAMMET P.** *Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence,* in Revue Française de Psychanalyse, 1980 pp 481-521


# COMMENT CRÉER DU LIEN EN AMBULATOIRE POUR PROPOSER DU SOIN ?




Accueil Thérapeutique Adolescents

Secteur Orne-est de Psychiatrie infanto-juvénile


## La prise en charge en ambulatoire d'adolescents en difficulté psychologique

Peu d'adolescents viennent consulter dans les CMP. Le constat admis est que les adolescents les plus en difficulté n'utilisent pas les structures de santé que nous leur proposons. Lorsqu'ils le font, c'est sous la contrainte d'une obligation. L'établissement d'une alliance thérapeutique dépend de la manière dont elle va être présentée et offerte à ces adolescents, afin qu'elle leur devienne accessible et familière, condition préalable à l'émergence d'une demande de leur part. Notre travail se fait en ambulatoire. Nous essayons d'intervenir au plus tôt, dès l'identification d'une situation de crise sans convoquer ou attendre que l'adolescent vienne de lui-même, et nous favorisons les rencontres sur le terrain, c'est-à-dire en sortant de notre institution psychiatrique.

## L'ACCUEIL

L'accueil, c'est d'abord une rencontre, et la rencontre avec l'adolescent en difficulté psychologique est difficile car il ne demande pas d'aide. Par contre, nos services spécialisés sont très souvent sollicités par les familles ou par nos partenaires du champ social et médical qui, eux, en difficulté, débordés et souvent dans une impasse de réflexion, demandent une aide pour des adolescents en situation de souffrance. C'est donc à partir de cette demande, celle de l'entourage proche, que l'on va pouvoir rencontrer l'adolescent, et ainsi faciliter un accrochage. Il va s'agir d'aller sur "son territoire" (dans sa famille, à la sortie du collège ou du lycée, dans la rue, son quartier, un endroit de son choix, dans une institution d'accueil...), et de s'y faire accepter...
La rencontre avec l'adolescent est toujours un moment privilégié qui doit susciter son envie de s'intéresser à ce qui se passe en lui et ne pas servir à renforcer le déni.
La primauté est donnée à la nécessité de créer une relation vivante et tolérable à la fois, de se rendre « utilisable », tout en gardant une attitude psychothérapique.
Il y a dans ces moments une intensité de la relation, et un mot mal prononcé, une conversation mal engagée peuvent rompre de manière presque définitive le lien. Il est alors indispensable d'être dans ce que Carl Rogers définit de « L'acceptation positive inconditionnelle » et de « L'attitude congruente ». C'est-à-dire dans une attitude chaleureuse, réceptive, sans possessivité ni maternage, où on considère l'adolescent comme une personne digne de respect et où on accepte ce qu'il est (sans approuver forcément ce qu'il fait ou a fait). Etre avec, accompagner plutôt que diriger. Laisser de côté nos propres jugements, nos propres valeurs, afin de saisir avec précision le sens exact de ce que vit l'adolescent.

## L'ESPACE DE SOINS

**1 - Soit la famille demande :** La rencontre de la famille lorsqu'elle est possible est un temps que nous favorisons et que nous proposons pratiquement toujours au domicile. Il s'agit alors d'un cadre d'évaluation et d'aide qui mobilise l'ensemble de la famille.
**2 - Soit une institution demande :** Les professionnels du champ social sont déjà dans un lien privilégié avec certains adolescents en difficulté, et cela au quotidien. Il est important de ne pas "briser" ce lien, fragilisé par la situation de crise, mais de s'appuyer sur cette relation pour faciliter un contact.
Dans ces moments de crise, où une institution fait appel à nous, nous proposons et organisons un espace où peuvent s'exprimer les conflits, les peurs et les angoisses à l'ensemble des personnes concernées par la situation. Ce n'est pas un endroit de décision ou d'information. Nous le proposons aussi longtemps que les personnes le souhaitent. Parfois, ce dispositif se suffit en lui-même, parfois, il peut permettre qu'un projet se re-formule ou se construise. Parfois il conduit à l'accompagnement du jeune vers une prise en charge plus spécialisée, individuelle ou familiale.

## LE SOIN

L'aspect thérapeutique de notre travail peut se résumer en trois points :
**1er point :** Aider à clarifier, préciser et soutenir les rôles et places de chacun ainsi que les limites, les fonctions et les choix des différents acteurs.
**2ème point :** Prendre en charge, dans le sens de recevoir et élaborer.
Cela peut être une relation d'aide thérapeutique, individuelle ou familiale, avec accompagnement ou médiation ou une orientation de thérapie (systémique ou analytique)
**3ème point :** Assurer un lien de continuité.

### Quand la famille demande

*Jonathan - 13 ans*
Les parents de Jonathan ont déjà fait appel, dans le passé, à un CMP, pour des problèmes de comportement, signalés par l'école, en classe primaire. D'après les parents de Jonathan, cela n'a pas été satisfaisant. La demande qui initie cette fois notre travail se fait à nouveau à partir de problèmes de comportement à l'école lors de l'entrée en 6ème de Jonathan. La proposition faite à la famille par le collège est de venir consulter au

CMP. Jonathan et son père voient le Pédopsychiatre en janvier 2001. Celui-ci me demande alors d'intervenir. Après avoir pris contact avec sa mère, je rencontre une première fois Jonathan avec sa famille - son père, sa mère, sa sœur - à leur domicile. Une rencontre pendant laquelle nous évoquons les précédentes demandes d'aide, et les difficultés actuelles, à l'école et à la maison.
**Jonathan est en résumé un adolescent hyperactif +++.**

A la suite de cette rencontre, je vois Jonathan, régulièrement, sur des temps scolaires, en dehors du Collège. Jonathan me parle beaucoup. C'est un garçon plutôt sympathique et bavard. Jonathan aborde parfois des choses intimes de son univers. Sa mère m'appelle alors, inquiète car à l'école, cela ne va plus du tout, bien au contraire, puisqu'il y a menace de conseil de discipline, et donc de renvoi. Je propose donc de rencontrer l'ensemble de la famille, Jonathan, ses parents et sa grande sœur, afin de solliciter leur aide pour aider Jonathan (C'est de cette façon que j'ai proposé mon intervention).
Les entretiens familiaux, au domicile durent, dans un premier temps 6 mois, (toutes les 3 semaines environ). Il est souvent abordé le quotidien et ses difficultés, mais aussi de manière plus sporadique, quelques événements de l'histoire familiale. La rentrée scolaire suivante arrive et Jonathan ne pose plus de problèmes au Collège jusqu'aux vacances de La Toussaint. Cela ne dure pas ! Appel de la mère ! Nous nous voyons cette fois, au CMP. Jonathan est très replié sur sa chaise. Ses parents sont en colère contre lui et lui font beaucoup de reproches. Ce jour-là, Jonathan nous dit qu'il n'a pas besoin d'aide, qu'il se "débrouille" très bien tout seul, qu'il n'est pas "Gogol" et n'a pas besoin de "psy".

Je propose alors plusieurs possibilités à ses parents :

1- reprendre les entretiens familiaux
2- revoir Jonathan, seul, à sa demande
3- rencontrer le couple

C'est la 3ème proposition qui m'amène à rencontrer les parents de Jonathan. Les entretiens sont intenses en émotions (pleurs et colères). Ils s'arrêtent à la demande du père de Jonathan (*...tout ça, ça sert à rien, rien ne changera jamais,* nous dit-il).
Ensuite, plus de nouvelles pendant 6 semaines, puis appel du Collège (le médecin scolaire) puis de la mère de Jonathan. Jonathan est renvoyé du Collège. Il est alors question d'une orientation vers un autre établissement, adapté, et donc d'un nécessaire certificat médical, ce que je reprends avec le pédopsychiatre. Nous proposons alors de réunir l'ensemble des personnes concernées ; Jonathan et sa famille, le médecin scolaire, l'assistante sociale du collège, le pédopsychiatre et moi-même.
En reprenant l'historique de la prise en charge, en abordant certains événements de l'histoire familiale, et en particulier un Grand-Père (résistant pendant la dernière guerre), les problèmes psychologiques individuels du couple parental, le problème conjugal, en réactualisant les conflits ; la rencontre a permis à Jonathan, d'articuler ensemble des événements familiaux, de faire des liens entre les générations et peut-être, de se libérer de certains symptômes.

Aujourd'hui, Jonathan est re-scolarisé et il y a moins de « folie » dans son comportement.
Dans cette situation, j'ai d'abord eu le sentiment de m'être laissé utiliser et d'avoir facilité un accrochage qui a permis à Jonathan d'accepter une relation thérapeutique. En sortant de l'institution, dès l'identification de la crise, en proposant la rencontre avec Jonathan sur son territoire, en cherchant l'aide de la famille, en rencontrant d'autres professionnels, j'ai contribué à rendre accessible à Jonathan un espace de soins. Une attitude psychothérapique, axée sur la qualité de la relation dans l'ici et maintenant, et sur une disponibilité devant les choix de Jonathan, a permis de proposer et de rendre acceptable par lui les tentatives de clarification proposées et de comprendre les dysfonctionnements et les articulations non faites à l'intérieur de sa famille, à son rythme et de manière progressive afin de respecter l'homéostasie familiale.

Jean-Yves VOURCH
Cadre de santé