

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE**

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1571

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Damien GAROSTE

Le 28 septembre 2016

**ENJEUX DE LA SÉPARATION INDUITE PAR L'HOSPITALISATION
TEMPS PLEIN DES ADOLESCENTS EN PÉDOPSYCHIATRIE :
APPROCHE THÉORIQUE ET CLINIQUE DE LA QUESTION
À PROPOS DE 12 CAS**

Co-direction de thèse :
Docteur Laure MESQUIDA
Docteur Franck HAZANE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, Président

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT, Assesseur

Monsieur le Professeur Stéphane DECRAMER, Assesseur

Madame le Docteur Laure MESQUIDA, Assesseur

Monsieur le Docteur Bernard BENSIDOUN, Suppléant

Monsieur le Docteur Franck HAZANE, membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT]
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie	P.U.	
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Pour la qualité de votre enseignement aux mille anecdotes qui captivent et rendent la clinique si vivante. Merci pour votre disponibilité et votre accueil chaleureux.

À Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Pour votre accueil dans le service universitaire de psychiatrie. Lors de mon passage aux urgences, j'ai appris avec vous qu'un bureau et un ordinateur ne sont pas nécessaires entre un médecin et un patient.

À Monsieur le Professeur Stéphane Decramer

Nous n'avons pas eu l'occasion de nous rencontrer. Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de votre intérêt porté à ce travail.

À Madame le Docteur Laure Mesquida

Je te remercie d'avoir dirigé ma thèse avec enthousiasme et encouragements. Nos rencontres ont toujours été riches en rebondissements cliniques. Nul doute que le plaisir et la capacité à penser le soin se sont enrichis en ta présence.

Trouve ici ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Bernard Bensidoun

Je vous remercie pour votre plaisir et votre générosité à transmettre votre enseignement où clinique, théorie et créativité se confondent. Merci de m'avoir accueilli dans votre cabinet feutré pour éclaircir un point de théorie et de m'avoir fait le plaisir de juger ce travail.

À Monsieur le Dr Franck Hazane

Je te remercie d'avoir dirigé ma thèse et pour ton soutien tout au long de ce travail. La richesse de ton enseignement clinique, ton implication remarquable auprès des patients m'inspirent dans ma pratique. Le temps que tu as consacré à la transmission par l'analyse clinique m'a été précieux.

Sois assuré de ma profonde estime.

Aux douze adolescents de ce travail qui ont guidés ma clinique. Soyez-en remerciés.

À mon entourage

À Mathilde, pour tous les possibles qui ont lieu et se profilent. Tu as été ma première relectrice. Merci pour ton soutien apaisant. Longue route à notre camion.

À mes parents qui me soutiennent inconditionnellement depuis toujours. Ce travail vous est dédié.

À mon frère Sylvain, pour avoir longtemps abrité une part de mes plus belles identifications. À Elise, Jean et Armand qui m'ont offert de belles parenthèses durant le parcours.

À mes amis de longue date de Bordeaux. Nicolas mon ami d'enfance. Joshua, Quentin (pour les repérages nocturnes de la chouette de Tengmalm sur les pentes enneigées), Cyril et Hélène.

À Pierre et Matthieu, longue vie à nos retrouvailles pluriannuelles mes chers petits.

Aux copains toulousains. Ceux trouvés et gardés à St Girons : Etienne (pardon pour l'Alti-Toy), Périne, Mathilde, Adélaïde et Maxime, ravi de travailler avec toi. À Jean pour m'avoir initié aux crampons et piolets (sans ménagement). J'ai hâte de te retrouver pour la suite des aventures.

À mes chers Juliette, Grégoire et Pauline. À mon copain Raphaël. À Etienne et son piano.

À Céline pour ton soutien par des attentions sucrées durant tout l'été.

À Jonas pour ta prose improbable et tes idées farfelues.

À Michel Santa Maria, pour ta présence qui a ponctuée mon travail, tes sourires en coin et ta malice dans ta finesse clinique et ailleurs.

Au Club Caméléon.

Aux équipes rencontrées qui m'ont formé et à celle du PCAMP bien sûr. Merci à tous les médecins de l'équipe et en particulier à Cathy pour m'avoir fait confiance et m'avoir ouvert les portes du pénitencier. Merci à Anne-Hélène pour l'émulation au travail que tu transmets, au cours des séances de bibliographie du CRIAVS notamment.

À Béatrice, Michèle et Magalie, pour m'avoir accueilli à la Villa Ancely et avoir eu le souci de me faciliter la tâche.

À Rémi Gitel enfin, pour m'avoir confirmé dans mon choix lorsque j'ai découvert la psychiatrie en 4^{ème} année d'externat.

ENJEUX DE LA SÉPARATION INDUITE PAR L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN DES
ADOLESCENTS EN PÉDOPSYCHIATRIE :
APPROCHE THÉORIQUE ET CLINIQUE DE LA QUESTION À PROPOS DE 12 CAS

Damien Garoste

28 septembre 2016

Table des matières

Introduction.....	8
1. L'adolescence et ses enjeux.....	11
1.1. Histoire du concept d'adolescence	11
1.2. Le pubertaire, Philippe Gutton	13
1.2.1. La complémentarité des sexes	14
1.2.2. La représentation incestueuse	15
1.2.3. Scènes pubertaires	16
1.2.4. Pubertaire des parents	17
1.2.5. L'adolescence, « fin de l'alliance entre le moi et le surmoi »	17
1.3. Réalité interne, réalité externe : Philippe Jeammet	19
2. La question de la séparation	21
2.1. Historique, la question du rite.....	21
2.2. L'angoisse de séparation	24
2.2.1. Point de vue psychanalytique.....	24
2.2.2. DSM V	26
2.3. Processus de séparation-individuation chez l'enfant : M. Mahler	28
2.3.1. La symbiose	28
2.3.2. Processus de séparation-individuation	29
2.3.3. Le risque de la fonction maternelle.....	31
2.4. Second processus d'individuation chez l'adolescent : P. Blos	32
2.4.1. Les concepts	32
2.4.2. La régression chez l'adolescent	33
2.5. Identité et identification à l'adolescence : E. Kestemberg, R. Cahn	34
2.5.1. La fonction d'organisateur	34
2.5.2. Les remaniements identitaires-identificatoires.....	35
3. Séparation et institution : justification d'un travail exploratoire du vécu des adolescents	37
3.1. Indications d'hospitalisation.....	37
3.2. Fonctions et objectifs de l'hospitalisation	38
3.3. Stigmatisation et psychiatrie	40
3.4. Les pratiques de séparation, tour d'horizon	41
3.4.1. La Villa Ancely	41
3.4.2. Liaison pédopsychiatrique des urgences de l'hôpital des enfants (CHU Purpan de Toulouse)	42
3.4.3. Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents (UCHA) de Toulouse	44
3.4.4. Unités de Soins pour Adolescents : Hospitalisations et Consultations USAHC, Montauban.....	45
3.4.5. Unité de Soins Aigus pour Adolescents (USAA) et unité UPSILON	45

3.5.	Méthodologie des entretiens	46
3.5.1.	L'entretien : structure et justification	47
3.5.1.1.	Entretiens semi-directifs.....	47
3.5.1.2.	Contenu et justification de l'entretien :	48
3.5.2.	Déroulement des entretiens	50
4.	Séparation et prise en charge institutionnelle : analyse d'entretiens	54
4.1.	La préadmission.....	54
4.1.1.	Vécu de la décision d'hospitalisation	54
4.1.1.1.	Opposition à la séparation	54
4.1.1.2.	La séparation assumée	57
4.1.1.3.	La séparation acceptée.....	66
4.1.2.	La négociation de l'hospitalisation	67
4.2.	Travail de l'admission	69
4.2.1.	La famille	69
4.2.1.1.	Famille dans l'institution	70
4.2.1.2.	Perception du vécu de soulagement	71
4.2.1.3.	Perception de vécus de tristesse et d'ambivalence	74
4.2.1.4.	Perception du vécu de réticence	77
4.2.1.5.	Hospitalisations séquentielles	82
4.2.1.6.	Contrat de soin et familles.....	83
4.2.2.	Le cadre de soin.....	85
4.2.2.1.	Psychothérapie institutionnelle.....	85
4.2.2.2.	Contenance psychique et étayage de la réalité externe	88
4.2.2.3.	Cadre et transitionnalité.....	89
4.2.2.4.	Les entretiens	91
4.2.2.4.1.	Cadre et transfert.....	91
4.2.2.4.2.	Mécanismes de défense adolescents	93
4.2.2.5.	La régression.....	95
4.2.3.	Les ateliers médiatisés, liens avec la question de la séparation.....	99
4.2.3.1.	Les ateliers médiatisés à l'échelle du cadre.....	99
4.2.3.2.	Aspects intrasubjectifs.....	100
4.2.3.3.	Aspects intersubjectifs.....	103
4.2.4.	Le groupe.....	104
4.2.4.1.	Jeux de rôles :	105
4.2.4.2.	Fonction régressive du groupe	107
4.2.4.3.	Le groupe normal	107
4.2.4.4.	Faire du même, au bénéfice du risque	108
4.2.4.5.	La suppléance parentale.....	109
4.2.4.6.	Groupe, entre contenance et roulements.....	109
4.2.4.7.	Identifications et psychopathologie, identification à la psychopathologie	111
4.2.4.8.	Groupe d'adolescents contre groupe soignant	112

5. Discussion	114
5.1. Faut-il penser des alternatives ?	114
5.2. Question de la critique parentale par l'adolescent	116
5.3. Des limites de l'entretien	116
5.4. Séparation et psychopathologie.....	117
5.5. Clinique du cas par cas	118
Conclusion	121
Bibliographie	124
Annexes	129

Introduction

L'adolescence est une mise en tension d'enjeux nouveaux dans un corps transformé par la biologie. Les changements physiques de la puberté s'accompagnent de réarrangements psychiques et de leur élaboration. Ces modifications à l'échelle individuelle s'appuient sur l'entourage familial qui, s'il représente un appui suffisamment stable, permet que se passe le « processus de subjectivation, lequel est un processus de différenciation au moins autant que d'individuation-séparation » (1). L'adolescent est tiraillé par deux contraintes aussi impérieuses l'une que l'autre : son besoin de liberté, d'indépendance et son besoin d'attachement, de limites et de dépendance (2).

Ce processus, qui se déroule bien pour la plupart des adolescents, est mis à mal parfois ou se trouve compromis dans l'interférence de processus psychopathologiques plus ou moins réversibles ; maladie psychique et séparation se retrouvent alors dans certaines impasses de développement intriquées l'une et l'autre. Et la séparation qui peine, de manière contingente aux processus psychopathologiques en cours, devient bien réelle, dans son aspect physique du moins, à l'occasion d'une hospitalisation temps plein, quelle qu'en soit l'indication. La problématique est apparue lors d'un semestre en tant qu'interne à la Villa Ancely, unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents du CHU de Toulouse. Un adolescent est hospitalisé, donc séparé, parfois pour la première fois, de ses parents, de sa famille d'accueil, de son foyer. Est-ce une part nécessaire du soin, est-ce indispensable pour le soin, est-ce bénéfique pour lui, et souvent malgré lui, ou est-ce une entrave au projet thérapeutique, faut-il envisager des alternatives à l'hospitalisation temps plein pour contourner cette séparation souvent douloureuse ? Je m'intéressais d'abord aux angoisses de séparation dont la présence et le

retentissement ou l'absence sont recherchés dès l'anamnèse réalisée au cours des rendez-vous de préadmission. Le clinicien peut-il se contenter de l'existence d'angoisses de séparation pour donner une explication à la symptomatologie ? Sont-elles éléments diagnostics d'une problématique établie, prodromiques d'une structuration pathologique, et dans ce cas, laquelle, ou encore facteurs de risque d'une adolescence compliquée ? Puis surtout, l'institution peut-elle parvenir avec l'adolescent et son entourage à métaboliser ces angoisses pour amener ou renforcer les aspects thérapeutiques de l'hospitalisation ? Il n'est pas rare que l'adressage en hospitalisation parte du paradoxe : « il ou elle n'arrive pas à se séparer, il faut l'hospitaliser ». Cette paradoxalité se retrouve dans le soin : se soigner pour retrouver les parents, se séparer des parents pour se soigner. Et qu'il s'agisse d'une indication directe éventuellement discutable ou d'une maladie caractérisée, la séparation, de premier ou d'arrière-plan, est une problématique transversale, toujours là. Si elle est largement explorée chez l'adolescent, elle n'a fait l'objet que de très peu d'études quand elle est induite par l'hospitalisation.

Nous nous sommes attachés, dans ce travail, à l'analyse clinique d'un recueil de 12 entretiens semi-directifs d'adolescents hospitalisés à la Villa Ancely, de profils psychopathologiques variés. Nous les avons rencontrés afin d'explorer leur vécu de la séparation dans ce contexte particulier d'une hospitalisation qui vient toujours faire évènement dans l'histoire familiale et du sujet. Comment la séparation peut-elle faire soin et dans quelle limite ? Comment à partir de ces quelques cas cliniques pouvons-nous penser une pratique professionnelle qui prendrait plus en compte cette dimension inhérente au soin en hospitalisation temps plein ?

Après une revue de la littérature concernant l'adolescence et ses enjeux au regard de la séparation (première et deuxième partie), nous détaillerons les entretiens, pensés pour

explorer le vécu de la séparation par les adolescents, dans leurs familles et dans l'institution (troisième partie).

Nous ferons une analyse clinique de ces entretiens (quatrième partie), construite au plus proche du matériel déposé par les adolescents lors de nos rencontres, pour finalement ouvrir quelques questionnements, perspectives et alternatives à la question de la séparation induite par l'hospitalisation, à la lumière des cas que nous aurons proposés (cinquième partie).

1. L'adolescence et ses enjeux

1.1. Histoire du concept d'adolescence

Étymologiquement, *adolescere* signifie « grandir » et ne se réfère à aucune catégorie d'âge en particulier (3). Le terme apparaît autour de la Révolution Française. Et c'est à la même époque que la transition de l'enfance vers l'âge adulte, l'adolescence, qui existait déjà sous l'Ancien Régime, prend de l'ampleur et touche toutes les couches sociales. Victor Hugo, dans *Les Misérables*, a fait de Gavroche l'archétype de l'adolescent populaire gouailleur des révolutions populaires parisiennes (3).

Le terme apparaît pour désigner les jeunes collégiens poursuivant leurs études et financièrement dépendants. Se développe alors l'idée d'une jeunesse irresponsable qui s'accompagne de mesures de « correction paternelle » dont l'enfermement des enfants à la demande de leur père (étendu par le Code civil de 1804), et l'enrôlement forcé au régiment ou au couvent. Des actions de répression et réactions de révolte s'enchaînent.

La société du début du XX^e siècle est amenée à encadrer de plus en plus étroitement les jeunes hors de leur temps scolaire : mouvements de jeunesse, sociétés sportives, patronales, colonies de vacances, scoutisme sont fondés à cette période. Parallèlement, sont développées des institutions judiciaires tournées vers l'enfance avec : en 1912, la création des tribunaux pour enfants et de la liberté surveillée ; L'ordonnance de 1945, qui permet l'instauration de l'éducation surveillée et de la rééducation posant la primauté de l'éducatif sur le répressif (création de la Protection Judiciaire de la Jeunesse) ; L'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger renforce la protection civile des mineurs en danger, refond la législation complexe et modernise ses dispositions en les regroupant en un seul texte. Désormais, le juge des enfants peut intervenir rapidement et efficacement en faveur de

tout jeune dont l'avenir est compromis.

La première partie du XX^{ème} siècle voit un essor des théories de l'adolescence. La société recherche dans les théorisations qui vont transformer l'adolescent en objet d'étude, de nouveaux remèdes aux problèmes qu'il pose. Notamment par la délinquance qui émerge avec la croissance des grandes métropoles et de leurs banlieues.

La société semble hésiter entre une approche éducative, moraliste, et une démarche compréhensive, dont s'emparent les champs de la science et de la psychologie.

La psychanalyse est ainsi sollicitée. Freud s'intéresse aux mutations psychologiques qui accompagnent la puberté (« Trois essais sur la théorie de la sexualité », 1905) mais n'évoque jamais la notion d'adolescence. Il faut attendre 1922, avec la publication par le psychanalyste anglo-saxon E. Jones de son livre « Quelques Problèmes de l'Adolescence », pour que le terme supplante celui de puberté. En 1936, Anna Freud, dans « Le Moi et le ça à la puberté et Anxiété instinctuelle pendant la puberté », tente de faire la jonction entre la puberté freudienne et l'adolescence. La production d'après-guerre prend un essor considérable avec une majorité de publications d'origine américaine.

L'adolescence est progressivement assimilée à une maladie dont il faut prévenir les troubles. L'adolescent est de plus en plus souvent considéré comme un être avec lequel le dialogue est difficile, voire impossible.

La fin du XX^{ème} siècle voit se multiplier les enquêtes et les sondages dans le but de mieux cerner les objectifs et les motivations de ce groupe étrange présentant des caractéristiques spécifiques, qu'un retour sur leur adolescence, de la part des adultes, ne permettrait pas d'éclaircir. Les jeunes, certes, ont des difficultés liées à la crise pubertaire dont D.W. Winnicott s'est attaché à rappeler, en 1971, le caractère normal et nécessaire.

Pour Bruner, la caractéristique de nos sociétés occidentales est que « pour la première fois peut-être dans notre tradition culturelle, une place est faite à une génération intermédiaire qui a le pouvoir de proposer le modèle de formes nouvelles de conduite ».

1.2. Le pubertaire, Philippe Gutton (5)

Devant la multiplicité des références à cet ouvrage de Philippe Gutton, il nous a semblé important et intéressant d'en reprendre le contenu comme approche de la question adolescente, bien que la complexité et certains concepts non unanimes lui valent quelques critiques.

« Aucune donne antérieure ne peut anticiper ce que sera l'expérience somatique » nous dit Philippe Gutton. Cette période d'intenses remaniements, narcissiques et objectaux, prend sa source aux origines de l'enfant et de sa relation aux objets parentaux.

C'est par ses origines d'ailleurs qu'il s'agit pour Gutton d'aborder la question adolescente. La partition qui se joue alors en serait une manière de répétition. Mais pas à l'identique.

L'adolescent revient aux éprouvés premiers lors de la rencontre de l'objet, et son actualité trouve le concept « d'éprouvé originaire pubertaire ».

Aux premiers âges, l'unité narcissique du bébé avec sa mère expérimente un « fonctionnement complémentaire idéal ». Cette unité narcissique originaire, par les étapes bien connues et décrites par Winnicott, va s'engager dans l'enfance, en traverser le modèle développemental du sensuel et se complexifier par les processus d'oedipification permettant un éloignement « de la vérité » des éprouvés œdipiens durant la période de latence.

La puberté voit cette force d'adéquation originaire revenir après ce trajet de l'enfance et de la latence. Le réel, le danger du pubertaire est cette possibilité de donner vie au fantasme tout-puissant de l'enfance. Sa génitalité le lui permet et entraîne un

« changement radical du statut de l'objet ». La pulsion à but inhibé de l'enfant « n'ignore plus ses buts » notait S. Freud. Dès lors, la réalisation menace. Le génital pubertaire vient mettre un terme à la séduction infantile.

1.2.1. La complémentarité des sexes

Ce concept central dans le travail de Gutton « reflète une adéquation d'organes sur le modèle du couple zone érogène/objet partiel » faisant référence au fonctionnement complémentaire idéal dans l'unité narcissique originaire.

L'illusion d'incomplétude naissant à cet âge trouverait réparation potentielle en écho au Moi-idéal de l'enfant. Et la potentialité d'unité narcissique pubertaire résulte de l'intuition de l'autre sexe susceptible de combler le manque.

L'éprouvé pubertaire, étant du même modèle que l'unité symbiotique primaire, donnerait une seconde chance de corriger, réparer celui de l'archaïque initial. La complémentarité des sexes « restitue une problématique d'espoir, comparable à l'appropriation du corps maternel et secondairement phallique pour l'enfant, et recompose le manque de l'objet perdu car retrouvable ». C'est ce que l'on peut espérer, en tous les cas, de mouvement vers l'extérieur, la littérature se chargeant de nous rappeler ce que cette conquête peut avoir d'inextinguible selon que la mère aura pu être suffisamment bonne. Ou suffisamment mauvaise pourrait-on dire, et Romain Gary, dont la mère lui écrivait encore après sa mort, de nous rappeler qu' « Avec l'amour maternel, la vie vous fait à l'aube une promesse qu'elle ne tient jamais. »

Pour Peter Blos, l'angoisse de séparation pourrait être atténuée par la croyance en la complémentarité des sexes.

En résumé, le concept de complémentarité des sexes explique autant l'incomplétude si intensément ressentie par les adolescents que l'intégrité narcissique perçue possible dans l'illusion.

« L'autre sexe se trouve à la place de cette mère illusoire qui était susceptible de donner à percevoir tout ce que le sujet imaginait d'elle ». Philippe Gutton souligne ainsi que « la puberté, traumatisme narcissique par excellence, écroulement de la toute-puissance infantile, offre en même temps une solution sexuelle pour sa guérison ».

1.2.2. La représentation incestueuse

Au sujet de la représentation incestueuse, pour Philippe Gutton, le pubertaire est tout l'inverse d'un mouvement de séparation, c'est « une force anti-séparatrice qui anime la frénésie de l'enfant vers le parent œdipien dans une quête du Graal ». La séparation est un travail d'adolescents. Ce dernier est l'élaboration (qui utilise idéal du Moi et identifications), réalisable à partir du matériau pubertaire. Le but est la déssexualisation des représentations incestueuses, de la violence des pulsions, menant au choix d'objet potentiellement adéquat (c'est-à-dire hors l'incestuel parental, dans des investissements de pairs avec lesquels l'attirance sexuelle est permise), et à un travail de subjectivation.

L'interdit de l'inceste vient barrer la route de la potentielle adéquation nouvelle avec l'objet. Le pendant en est le désir meurtrier pour le rival (matricide ou parricide). Cette répétition de l'œdipe infantile, avec une nouvelle donne biologique, est nommée « œdipe pubertaire asymétrique » avec investissement érotique du parent incestueux représentant « la poussée hétérosexuelle » et désinvestissements érotiques du rival, facilitant sa mise à mort symbolique. C'est « la régénération pubertaire du complexe d'Œdipe » de Freud, ou « réactivation œdipienne ».

Il y a à l'adolescence un « trop de jouissance » errant dans le corps. Trouver à cela un sens, une représentativité est la tâche dévolue au Moi de l'adolescent. Il s'agit notamment de comprendre les scénarii fantasmatiques ayant traversé l'enfance jusque-là afin d'assurer le sentiment continu d'exister. Le corps érogène n'est plus dispersé comme chez l'enfant, mais centré sur le génital. Philippe Gutton rappelle que ce

centrage permet l'élaboration des représentations œdipiennes ou au contraire en bloque la représentativité avec son cortège de honte, de pudeur voire de culpabilité.

1.2.3. Scènes pubertaires

Philippe Gutton nomme « rupture de développement » (Breakdown des Laufer) ce qui empêche la crise d'adolescence. Il y a une panne des identifications qui révèle l'échec des procédures constructives du Moi et de l'adaptabilité du Surmoi.

Par le vocable de « scène pubertaire » il regroupe l'ensemble des figurations scéniques, à savoir : le corps érogène de l'enfant centré sur les organes sexuels, le parent incestueux et l'objet du parricide. Et la scène pubertaire marque la réussite de la représentativité de l'éprouvé originaire interprété. Les représentations de plus en plus élaborées assurent le contre-investissement de l'archaïque génital et le délai dans la satisfaction. C'est dans cet interstice que se développe la pensée, les théories, les fantasmes. Il en résulte un formidable investissement de la pensée à l'adolescence.

Cette position œdipienne qui s'élabore ouvre à la recherche de l'objet adéquat.

« L'image génitale parentale, voilà à la fois la motivation de la pensée et l'ennemi d'un fonctionnement intellectuel calme ».

On imagine, avec ce passage périlleux dans le registre idéique, l'importance de ce que Piera Aulagnier appelle les socius, c'est-à-dire l'environnement et la présomption d'innocence partagée autour de ce qui peut se dire d'équivoque en famille. (6)

L'auteur propose une classification en quatre axes du devenir des scènes pubertaires. L'élaboration en serait une voix normale. La scène pubertaire qui resterait à vif et en excès constituerait la folie pubertaire. Un effondrement du principe de réalité mènerait de la folie à la psychose hallucinatoire. Enfin la scène pubertaire impossible, qui n'a pas lieu, donnerait la psychose pubertaire. S'il ne le dit pas ainsi, Philippe Gutton met en lien

la pathologie adolescente avec une possibilité ou non de séparation des imagos parentales par un processus d'élaboration des liens précoces qui se rejouent.

1.2.4. Pubertaire des parents

Le changement au décours de la puberté doit s'accompagner d'un changement parental que Ph. Gutton nomme « le pubertaire des parents ». Il s'agit d'un relatif désinvestissement génital de l'enfant pubère, dans un objectif de séparation des générations. « L'obsolescence des parents » signifie pour le sujet une capacité à se représenter l'objet en dehors de sa présence physique, et cette même capacité chez le parent.

Ainsi, si le désinvestissement du parent par l'adolescent vient faire blessure, la culpabilité ressentie, en lien avec la peur de destruction de l'objet risque de faire obstacle à la séparation. Un parent serait insuffisamment obsolescent à ressentir une blessure infligée. L'adolescent « le blesse là où son adolescence persiste, continuée ou reprise ».

1.2.5. L'adolescence, « fin de l'alliance entre le moi et le surmoi »

Chez l'enfant, l'interdicteur représente un bénéfique narcissique nous rappelle Ph. Gutton. À être contraint, l'enfant retire l'avantage de pouvoir s'imaginer potentiellement puissant. L'obéissance est préférable au constat d'impuissance. Ce mécanisme qui tend à invoquer la protection du père est à mettre en lien avec la genèse du complexe de castration. Cette interdiction fonctionne d'autant mieux qu'elle est anonyme. Et plus elle est figurée, « substituée au surmoi », en la personne du père par exemple, plus le risque est grand de voir surgir des défenses paranoïaques sur des assises narcissiques trop fragiles. Grand est le risque en clinique de se voir assimilé à un

double parental ou de voir surgir des crises clastiques sur des positions trop éducatives chez ces adolescents.

L'adolescence vient modifier ces deux instances. Jusque-là, l'interdit soutenait l'impuissance. Désormais, il empêche une puissance nouvelle, la réalisation de l'accomplissement œdipien.

En résumé, depuis la pression de l'éprouvé originaire, traversant le risque de l'inceste, les nouvelles possibilités biologiques rendent caduques les fonctions jusque-là tenues par le Surmoi infantile qui doit s'adapter. Devant une « épreuve de réalité vacillante », prise entre le Ça et la réalité extérieure, l'avenir est au Moi pour une maîtrise de la possibilité incestueuse.

Si « la puberté est au corps ce que le pubertaire est à la psyché », c'est à « l'adolescent » que revient le travail d'élaboration, de déssexualisation de la pensée menant à une vie possible en famille d'abord, puis en dehors du cercle familial. C'est par l'adolescent qu'a lieu le travail de subjectivation. « L'enfant partage avec sa mère la possession de son propre corps ». « L'adolescent revendique l'indépendance et la libre disposition de son corps » (7).

Le « Je » de l'adolescent doit apprendre à se constituer en l'absence physique de ses parents. Ou du moins en leur présence intermittente. Cela bien sûr repose sur un équilibre entre le Moi de l'adolescent et les objets parentaux, objets narcissiques, dont les liens tissés pourraient se résumer ainsi : la création de l'objet extérieur par l'enfant est récompensée par l'amour donné par l'objet en retour, représentant la fonction narcissique de ce dernier. C'est l'objet narcissique. Les inadéquations de l'objet, la frustration qui en découle, amènent à la construction d'un objet meilleur par une activité fantasmatique du Moi. Une sorte de fonction tampon devant les excès d'excitation ou le risque de la déception. Cette partie narcissique de l'objet, dans ses aspects topographiques, entre réalité interne et externe, n'est pas sans rappeler l'espace transitionnel de Winnicott, et les concepts de réalité interne et réalité externe de Philippe Jeammet.

1.3. Réalité interne, réalité externe : Philippe Jeammet

L'adolescence, est le moment où se renégocie la relation entre narcissisme et relation objectale. L'antagonisme de ce lien tend à s'intensifier. C'est la notion d'écart narcissico-objectal qui fait pivot dans l'œuvre de Ph. Jeammet. Il la construit sur deux grands axes.

Le premier concerne l'appétence naturelle de l'individu pour ses semblables. Il ne peut se passer de l'environnement et y trouve matière à construction de sa personnalité. Le lien le plus précoce à l'autre est l'identification énoncée Freud. « Le moi de l'individu sera donc particulièrement dépendant de ses objets d'investissement qui vont ensuite être le support de mouvements d'intériorisation, d'incorporation, d'identification. » (8).

Le second axe, narcissique, est à mettre en lien avec le sentiment d'être soi, différencié de l'environnement. C'est « la fonction représentative » de Gutton (5).

Et Ph. Jeammet de souligner l'articulation de ces notions dans un enrichissement mutuel, « le narcissisme se nourrit de l'intériorisation des relations objectales » (9).

Le lien à la réalité externe est donc primordial à l'adolescence. C'est à cette grande dépendance environnementale que fait référence la notion « d'espace psychique élargi » proposée par Jeammet (10). Cet espace est constitué des différents objets, à qui l'adolescent abandonne inconsciemment telle ou telle partie de ses instances psychiques à différents moments de sa vie. Il délègue à ces objets externes un rôle de suppléance des fonctions de la psyché assurant « une circulation psychique extra-corporelle ».

Les premiers concernés sont bien sûr les objets parentaux. Si durant toute l'enfance ils ont, dans le meilleur des cas, assuré cette fonction d'objets narcissiques, « l'invention est justifiée de nouveaux objets à inclure au « je », tenant compte du déroulement de l'œdipe génital de la façon la plus adaptée possible » (5). Et nous comprenons comment ce qui de narcissique jusqu'alors introjecté, devient incestueux avec l'avènement du sexuel.

Toute la solidité des acquis de l'enfance, leur intériorisation, pourra vaciller avec l'adolescence. Le rapprochement excessif, trop brûlant, des parents incite à aller chercher à l'extérieur. S'ils sont trop près, « l'empiétement », pour reprendre Winnicott faisant référence à l'aire transitionnelle, menace et les angoisses de fusion avec l'objet gagnent. Trop loin, c'est l'angoisse d'abandon. La séparation est un processus, enjeu essentiel de l'adolescence. L'échange avec l'environnement, périlleux en ce qu'il vient confronter les assises narcissiques, est inévitable et souhaitable. Et il ne peut se faire sans un appui sur l'entourage.

Cette forte « appétence objectale » comporte en son sein le risque de l'investissement du lien. C'est le paradoxe qui prend forme à l'adolescence et reste l'un des enjeux d'une vie, d'une cure en tous les cas, nourrir son désir dans l'autre, et le souhaiter indépendant.

Les carences des interactions précoces, le retrait maternel en particulier, se voient réactivées à l'adolescence avec la mise en tension de cet « écart narcissico-objectal ». Le risque de l'investissement du lien contient cette absence première et son potentiel excitant. Le travail d'aide à la séparation ne consiste pas en une séparation physique dont il faudrait faire l'expérience, par l'hospitalisation éventuellement, mais à « aménager la relation pour qu'elle puisse être investie sans pour autant devenir trop excitante ».

La dépendance qui définit « un sujet dont l'équilibre dépend pour une part importante de sa relation aux objets externes et de l'attitude de ceux-ci », ne serait pas plus tolérable que la rupture du lien sans préambule. Les objets externes sont à considérer comme des organisateurs par leur qualité de pare-excitation dont nous ne saurions, lorsque cela est possible, amputer un adolescent puisqu'il s'agit de la voie d'élaboration de la réalité interne.

Le problème du jeune adolescent est de localiser, de séparer, d'étayer entre elles réalité interne et réalité externe. (11)

2. La question de la séparation

2.1. Historique, la question du rite

Les sociétés, de manière quasi universelle, ont depuis longtemps cherché à accompagner le passage de cet âge au suivant. Claude Lévi-Strauss le souligne, « les sociétés archaïques les plus différentes à travers le monde conceptualisent de façon identique les rites d'initiation » (12).

Le modèle initiatique des sociétés dites « primitives » ou à tradition orale propose une manière d'encadrement, par les adultes, souvent dans la violence comme pour mieux la contrôler dans un pressenti de sa présence constitutive. Il s'agit pour les rites adolescents des épreuves physiques les plus dangereuses et spectaculaires relevées parmi tous les rites. Quelles que soient les différences de pratiques d'une société à l'autre, Ph. Jeammet rappelle l'importance que le rite ne soit pas que parlé, mais agi et marqué dans le corps (13). Il voit également en cette violence « une réponse à la violence du risque que l'adolescent représente pour la société, mais aussi pour lui-même ».

Arnold Van Gennep (14) est le premier à énoncer le concept de rite de passage en 1909. Il constatait que "vivre, c'est sans cesse se désagréger puis se reconstituer, changer de forme, mourir et renaître. C'est agir puis s'arrêter, attendre et se reposer pour recommencer ensuite à agir, mais autrement. Et toujours ce sont de nouveaux seuils à franchir : seuil de l'été ou de l'hiver, de la saison ou de l'année, du mois ou de la nuit, seuil de la naissance, de l'adolescence ou de l'âge mûr, de la vieillesse, de la mort, et seuil de l'autre vie pour ceux qui y croient". Il a distingué trois phases dans le rite devenues classiques :

- Les rites préliminaires, qui sont les rites de séparation du monde antérieur. C'est la phase de la séparation ;

- Les rites liminaires, qui sont les rites exécutés pendant le stade de marge. C'est la phase du voyage, de l'entre-deux, de la démarche initiatique ;
- Les rites post-liminaires, qui sont les rites d'agrégation au monde nouveau. C'est le moment du retour, de l'acceptation par le nouveau groupe.

Nous voyons quasiment protocolisés et condensés tout à la fois : une séparation, un devenir adulte à distance et un retour parmi les siens fort d'un lien réaménagé par la maturité acquise et reconnue socialement lors des épreuves accomplies. « Il s'agit d'un modèle initiatique aussi efficace que possible pour réaliser de la façon la plus économique les transformations inhérentes à cet âge » (15). Notons que l'adolescence se passe alors sans « crise ».

Le rite de passage permet d'apprivoiser le temps et les changements identitaires. Il travaille pour le collectif, au niveau groupal, vers une puberté sociale.

C. Lévi-Strauss fait état du processus qui n'a de valeur que parce qu'il est reconnu par le groupe. Ainsi ces tribus d'Amérique du Nord qui placent leurs jeunes à l'âge de la puberté face aux épreuves de l'exil et de ses dangers. Ils en reviennent auréolés faisant partie du monde des adultes parce que le mystère des dangers qu'ils ont affronté dans la solitude les grandit. C'est la mystification qui opère pour le groupe qui accepte de se faire croire. Ainsi l'indien du mythe parti jusqu'au bord de la Terre interroge « les êtres et les choses pour retrouver sa déception », et de conclure « aucun pouvoir de personne ne lui était échu ». Point de révélation magique qui transforme au bout du chemin mais la croyance plus ou moins consciente et collective au retour dans le groupe. Si Lévi-Strauss utilise ce parallèle aux rites pour étayer la vacuité de l'explorateur glorifié à son retour de mission, il nous permet d'envisager ce que l'illusion groupale permet d'aboutir et l'importance dans la perception du soi de ce que l'Autre adresse.

L'intérêt du rituel, pour Watzlawick, dans le langage du changement (16), tient en un processus permettant d'accéder à un ordre symbolique.

L'avènement des sociétés individualistes a-t-il eu raison de ces phénomènes de groupe, les rites de passages si codifiés n'existent plus. Est-ce lié à la dislocation du groupe ne permettant plus l'illusion collective ? Les modalités de passage à l'âge adulte se sont progressivement désagrégées, au fur et à mesure de la complexification de nos sociétés modernes. Marcelli (17) rappelle les travaux de Malinowski, Benedict, Kardiner ou Linton pour souligner qu'il existe un lien entre le degré de complexité de la société étudiée et longueur et conflictualité de l'adolescence. Cette situation de flou entre deux âges est caractéristique des sociétés modernes occidentales. Il y a encore peu de temps, le service militaire ou l'entrée dans la vie active constituaient des repères visibles.

Pour Tobie Nathan, "si les rites disparaissent, perdant leur fonction cognitive, on observe chez les jeunes de nos sociétés des comportements que l'on pourrait considérer comme des rites de substitution : initiation à la violence, à la drogue, à la délinquance ou à l'intégrisme religieux". Francis Saint Dizier note que si les rites transgénérationnels, admis par tous, n'existent plus, un grand nombre rythme encore la fin de l'enfance (4), sans pour autant installer dans la vie adulte pourrions-nous ajouter. Il donne ainsi trois exemples d'actes qui prennent aujourd'hui valeur de rite de passage, admis ou non par les parents : les voyages, loin des parents ; le visionnage à plusieurs d'un film pornographique, devenu très répandue dès le collège avec l'accès à internet, comme façon très crue de sortir virtuellement de la sexualité infantile, mais aussi de construire dans les pratiques sexuelles une vision de domination de genre ultra machiste ; le phénomène de binge-drinking, ce mode d'ivresse rapide, en groupe, au cours de soirées festives, plus seulement réservé aux garçons, les filles étant participantes actives.

Chaque société a ses signes, ses marqueurs d'adolescence. Ils sont plus ou moins adaptés socialement et sont souvent perçus comme des troubles des conduites. Dans ces nouveaux rites, les adolescents sont en recherche identitaire. Ils cherchent une inscription sociale et sont dans un processus de construction de soi, menant P. Bourdieu à affiner le terme pour trouver celui de « rites d'inclusion ». (18)

2.2. L'angoisse de séparation

2.2.1. Point de vue psychanalytique

Abordons la question par la définition de l'angoisse :

« Affect de déplaisir, l'angoisse est la libido transformée. Autant répétition du traumatisme qu'attente de celui-ci, elle est indéterminée et sans objet. Pouvant remplacer tous les affects (dont elle est une altération), à l'origine des symptômes névrotiques, elle apparaît comme le phénomène fondamental et le problème capital de la névrose. D'abord réaction originaire automatique à la détresse dans le traumatisme, elle est ensuite reproduite comme signal d'angoisse face aux situations de danger. Toujours en relation avec la menace d'une séparation, la perte de l'objet la détermine. Signal intentionnel du Moi visant à influencer l'instance plaisir-déplaisir, elle a une composante organique spécifique (tout déplaisir n'est pas angoisse) ; réunion de sensations se rapportant à des organes déterminés (poumons, cœur), accompagnées d'actions de décharge, elle serait la reproduction de l'expérience vécue à la naissance, événement incorporé héréditairement et comparable à l'accès hystérique individuel ».

(19)

Ainsi, la perte de l'objet est la condition déterminante de l'angoisse. Et différentes formes d'angoisse apparaissent successivement : (19)

- L'angoisse originaire de la naissance, réaction à la séparation physiologique d'avec la mère (perception douloureuse de l'anoxie) ;
- L'angoisse automatique, en situation d'insatisfaction du bébé, permet l'appel de la mère afin qu'elle fasse cesser la menace ;
- Le signal d'angoisse, apparaissant au 8^{ème} mois, décrit par R. Spitz, en est une

reproduction intentionnelle, contrairement aux deux précédentes. C'est le moment où le bébé sent son corps « exister entier en dehors de l'objet maternel » nous dit E. Kestemberg (20), et il associe le danger à la perte de l'objet face aux absences de la mère ;

- L'angoisse de castration, qui est aussi une angoisse de séparation, perte de l'objet ;
- L'angoisse morale et l'angoisse sociale, étapes suivante, lorsque l'instance parentale devient impersonnelle et que se constitue le Surmoi ;
- L'angoisse de mort, forme ultime prise par l'angoisse confrontée au Surmoi. (Elle est aussi « angoisse pour la vie »)

Lorsque l'individu se met à la recherche de nouveaux objets, il cherche non seulement à trouver un objet, selon Freud, mais à retrouver l'objet originel perdu (« paradis perdu »), qui avait autrefois apporté une satisfaction réelle. C'est le concept de nostalgie, complémentaire de l'angoisse de séparation (20), qui désigne « le désir douloureux de retrouver les objets primaires de la pulsion ».

Chez Lacan, « il y a deux opérations de causation du sujet, l'aliénation et la séparation » (21). Pierre Bruno (22) revient sur ce qu'il y a d'intrinsèquement résistant chez le bébé, en amont de son image. Au stade du miroir, la naissance du sujet est permise par l'imaginaire. L'image de soi, dans le regard de l'Autre vient donner corps à une existence. Dès lors il y a aliénation. De l'autre dépend la représentation de sa propre existence par le sujet. Le symptôme, constitutif, est cette résistance à l'aliénation. Il sépare de l'autre, mais également de ce soi pris dans l'Autre : « cette résistance n'est pas seulement en effet refus à l'Autre, mais refus fécond à soi, en tant qu'inclus dans l'Autre par le biais de l'assujettissement » (22). L'individu est le cœur même du symptôme qui sépare. L'assujettissement est fait de cette dialectique aliénation-séparation.

Pierre Bruno poursuit « le symptôme est ce qui rend originellement impossible, du fait du vivant, le rapport sexuel en articulant : je ne veux pas être joui par l'Autre ».

2.2.2. DSM V

Les critères du DSM-IV pour l'établissement de diagnostic sont les suivants :

Critère A : anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :

- Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations ;
- Crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver ;
- Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (par exemple, se retrouver perdu ou être kidnappé) ;
- Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ;
- Appréhension ou réticence excessive et persistante à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance ;
- Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison ;

- Cauchemars répétés à thème de séparation ;
- Plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.

Critère B : la durée du trouble est d'au moins quatre semaines.

Critère C : le trouble débute avant l'âge de 18 ans.

Critère D : le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.

Critère E : le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et, chez les adolescents et les adultes, il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie.

Dans le DSM-5, ce trouble qui était classé dans les troubles apparaissant habituellement dans l'enfance, est maintenant classée dans les troubles anxieux. Il demeure essentiellement inchangé mais la formulation des critères a été modifiée pour mieux représenter le trouble chez les adultes. Il n'est plus nécessaire qu'il soit apparu avant 18 ans et il doit être présent depuis six mois ou plus afin de minimiser le sur-diagnostic de peurs passagères.

2.3. Processus de séparation-individuation chez l'enfant : M. Mahler (23)

2.3.1. La symbiose

Margaret Mahler (1897-1985) a décrit les premiers rapports du bébé à la réalité.

Elle s'inspire de ce que Freud a décrit de l'œuf pour figurer un espace psychologique fermé et décrit le concept « d'autisme normal » dans les premières semaines de vie du nourrisson. La « toute-puissance autistique » consiste en cet état où le nouveau-né se trouve d'être en tout point satisfait dans ses demandes. Dans ses tentatives permanentes de préserver l'homéostasie, le bébé ne décèle pas encore les interventions maternelles. Les séquences plaisir-souffrance, les expériences d'apaisement de tension et des gratifications maternelles aideront à différencier les notions de plaisir/déplaisir et de bon/mauvais.

La phase symbiotique normale débute à partir du deuxième mois avec « une vague conscience de l'objet-satisfaisant-les-besoins ». La mère est prise dans l'enveloppe commune, l'unité duelle toute-puissante. Il s'agit d'un état de fusion psychique mère-bébé, où l'enfant est dans une dépendance totale à la mère, non seulement sur le plan des besoins physiologiques mais également en ce que la mère participe à la construction du Moi, par ce qu'elle prête de vécu émotionnel. Si la mère, comme au stade d'autisme normal, est prise dans l'unité, le bébé commence à ce stade à la distinguer en qualité d'« d'objet partiel » pour reprendre le terme de Mélanie Klein. Cette phase pouvant en outre s'apparenter à la position schizo-paranoïde qu'elle décrit. La mère a une fonction d'organisateur symbiotique. Cette disponibilité de chaque instant qui soutient ce processus rejoint le concept de « préoccupation maternelle primaire » décrit par Winnicott.

Pour M. Mahler, ce serait à ce stade que régresserait un sujet pris dans un trouble grave de l'individuation qu'elle nomme psychose infantile.

2.3.2. Processus de séparation-individuation

A condition que durant les premiers mois le « Moi-auxiliaire » de l'unité ait pu épargner des états de tensions trop intenses, le processus de séparation peut se mettre en place dans un mouvement centrifuge de l'investissement libidinal. Au départ tournée vers l'intérieur, l'attention se dirige progressivement vers l'extérieur dans un va-et-vient entre les stimuli externes sensoriels et le visage de la mère. Ce modèle « biphasé » permet le détournement en sécurité vers l'extérieur et « l'étrange ». Le fonctionnement symbiotique est optimum quand l'investissement de l'extérieur, favorisé par la poussée maturationnelle est soutenu par le plaisir interne de l'expérience. La Vierge à l'enfant Notre Dame de Grasse, exposée au musée des Augustins de Toulouse, nous semble dire beaucoup de cette possibilité de début d'exploration du monde, d'autant plus téméraire que les mains de la mère encadrent de douceur et retiennent encore le mouvement. Les regards se détournent mais l'unité qui en est la condition persiste dans le corps. Il est aisé d'imaginer un instant plus tard « le contrôle auprès de la mère » que l'enfant pourrait adresser en arrière. A condition que le regard de cette mère se rende disponible à ce moment-là. C'est ce que M. Mahler appelle le « premier déplacement libidinal » qui initie l'éclosion de la bulle symbiotique, ou première « sub-phase du processus d'éclosion ».

Un deuxième déplacement fondamental a lieu entre neuf mois et un an avec l'acquisition de la locomotion, garante d'une séparation physique vers l'exploration de l'environnement immédiat. Et du retour.

A l'origine de l'individuation, l'auteure repère un processus crucial de communication

basé sur la « sélection mutuelle des comportements ». L'enfant dispose d'une palette de comportements pour transmettre ses besoins, tensions et plaisirs. Il existe une « réponse sélective » de la mère. Cette boucle de communication en miroir sélectionne les comportements innés du bébé pour aboutir à une communication originale, constituée de dispositions innées de l'enfant, sélectionnées par les attentes et aptitudes particulières de la mère. Et M. Mahler de le souligner ainsi : « C'est un besoin inconscient spécifique de la mère qui active, parmi toutes les potentialités de son enfant, celles qui créent, pour chaque mère, « l'enfant » qui reflète ses propres besoins uniques et individuels. Ce processus se situe naturellement dans le cadre des dons innés de l'enfant. »

C'est alors qu' « une grande partie de l'investissement disponible se déplace [...] de l'intérieur de l'orbite symbiotique pour investir les systèmes autonomes du Self et les fonctions du Moi : locomotion, perception et apprentissage. »

Une troisième sub-phase se déroule entre 18 mois et 2 ans. Elle poursuit le processus de séparation-individuation en libérant l'enfant de « la plus-value illusoire » de toute-puissance conférée par la continuité psychique mère-enfant. Le Moi s'étoffe par les mécanismes plus élaborés de l'identification aux imagos parentales. L'enfant a de plus en plus conscience d'être séparé et ce mouvement est permis par la prévalence du plaisir de cette expérience sur les angoisses de séparation.

La consolidation du processus s'opère jusqu'à 36 mois avec le développement de l'intelligence représentationnelle, des fonctions cognitives, du langage, de l'imagination. L'enfant acquiert la permanence de l'objet internalisé.

2.3.3. Le risque de la fonction maternelle

Si pour l'enfant cette période, qui atteint son acmé vers l'âge d'un an et demi, contient la première crainte de la perte de l'objet accompagnée des angoisses de séparation, la mère doit également faire face à ce que cela mobilise chez elle. Ces premiers pas de séparation physique ne sont pas synchrones de la séparation psychique. L'expérience physique sera d'ailleurs d'autant plus tranquille que psychiquement le petit enfant sera encore baigné dans cette croyance en sa toute-puissance magique prêtée par le Moi-auxiliaire.

Le risque chez la mère serait d'interpréter ce mouvement d'autonomie en lien avec la manière dont elle-même se représente le lien, prolongement narcissique ou être indépendant, en méconnaissant la nature du lien symbiotique encore présent. Et d'assister à ces situations de relatif abandon où la mère se met en situation « de manquer à son enfant ». Là encore une référence à Notre Dame de Grasse nous apparaît parlante, dans le regard mélancolique et détourné de la vierge qui donne à voir la souffrance de la séparation qu'il faudrait se représenter.

L'enfant ainsi délaissé de manière précoce pourrait s'attribuer certaines fonctions maternelles, en apparence du moins, se construisant un Moi hautement fragilisé, menant à ce que Winnicott nomme le « faux-self » ou M. Mahler mécanisme « as-if ». Ce défaut de noyau solide, de construction de l'objet se retrouve chez ces adolescents qui recherchent éperdument une identité et compensent par un mécanisme de faux-self.

Les apports de M. Mahler ont par la suite connu des critiques importantes. La notion d'autisme normal comme phase inéluctable du développement a été abandonnée de la plupart des cliniciens, le peu de cas qu'elle porte au sexuel dans la formation du psychisme ou l'absence d'intérêt pour le monde fantasmatique des mères (Cramer 1985) lui valent nombre de reproches (24).

Dans notre travail, reste cependant la conceptualisation de cette séparation et la mise en valeur de ces trois premières années qui représentent un enjeu central où un traumatisme peut avoir des conséquences profondes dans la construction de l'identité et la capacité ultérieure de l'adolescent à se séparer du milieu familial. Cette première représentation de la scène séparatrice pour la vie autonome grève en grande partie celle qui se jouera bien des années plus tard.

2.4. Second processus d'individuation chez l'adolescent : P. Blos (25)

2.4.1. Les concepts

Le second processus d'individuation inspiré des travaux de M. Mahler, pris dans un cadre développemental, est décrit par Peter Blos (1904-1997) dans son ouvrage *princeps* en 1962.

L'achèvement du processus premier, nous l'avons vu, à l'âge de 3 ans, par la permanence de l'objet, soit l'internalisation des figures parentales, permet l'autonomisation de la vie psychique. A l'adolescence c'est un désinvestissement libidinal des objets d'amour qui est à l'œuvre. Le processus d'individuation de P. Blos est imprégné des concepts d'individuation, de régression et d'identité, sans insister sur la notion de séparation. L'individuation subjectivante à l'adolescence passe par « l'attraction régressive à la mère omnipotente » dans l'impossible de l'actualité du lien par trop sexualisé. Et l'échec de ce processus explique pour une part importante la psychopathologie adolescente comme les troubles des apprentissages, la morosité, le négativisme ou les acting-out (fugues, vols, consommation de drogues, promiscuité sexuelle).

2.4.2. La régression chez l'adolescent

Le terme général de régression, décrit par la psychanalyse « tient à la capacité des éléments les plus avancés du développement psychique de faire retour à un point de fixation d'une phase antérieure [...] ». « [...] Elle résulte de la conjonction de la résistance à l'accès à la conscience avec l'attraction par des souvenirs encore vifs ». Ainsi, « le retour du refoulé se fait à partir du point de fixation que va atteindre la régression ». (19). Il s'agit d'un retour à un niveau plus archaïque de fonctionnement.

La régression peut donc être un mécanisme de défense. Elle est une force régrédiente, de retour aux assises narcissiques, non péjorative, afin de retrouver un équilibre. Le sujet peut en faire un tremplin pour perlaborer une position actuelle entravée.

Certains sujets en revanche, loin de s'en servir et d'y trouver in fine une voie à la progrédience, à la pulsion de vie, y restent fixés. La notion de « régression à la dépendance » de Winnicott (26) nous semble à ce titre incontournable. Le risque du « retrait » de Winnicott, ou « repli » de Jeammet est à prendre en compte quand précisément, et nous y reviendrons, l'hospitalisation d'un adolescent peut permettre la régression.

Pour P. Blos, l'accès à la régression représente une nécessité dans le processus d'individuation. Contrairement au modèle défensif de l'enfant ou de l'adulte avec retour à un point de fixation, elle représente une étape du développement donnant accès au travail de deuil des figures parentales œdipiennes, via le désinvestissement des éprouvés émotionnels infantiles.

Et P. Blos de nous proposer une lecture du « langage d'action » ayant valeur de régression vers « une voie de l'auto-solution trouvée-crée par l'adolescent pour reprendre les conflits infantiles et les exposer dans l'environnement, conçu comme un espace intermédiaire entre le sujet et les figures parentales. » (27). Dans cette vision, le langage d'action, mode de réponse historique à la menace, est réinvesti afin de traiter le « résidu traumatique », après-coup de l'histoire infantile.

Ce second processus d'individuation, œuvrant pour le réaménagement des objets internes et le nouveau rapport aux parents réels, ouvre la porte à ce que R. Cahn a nommé processus de subjectivation (2002) et à la question de l'identité à l'adolescence.

2.5. Identité et identification à l'adolescence : E. Kestemberg (20), R. Cahn (28, 29)

Evelyne Kestemberg (1918-1989), dans le creuset de l'apport des psychanalystes généticiens sur la relation mère-enfant au sein de laquelle « se posent et se construisent la connaissance et l'assomption du corps et de la personne » (30), introduit son concept phare chez l'adolescent : « identité et identification sont alors pratiquement un seul et même mouvement. *On retrouvera dans l'adolescence, à la faveur du remaniement biologique et avec une acuité particulière, cette constante communication anxieuse entre l'autre et soi-même, entre l'identification et l'identité.* »

2.5.1. La fonction d'organisateur

E. Kestemberg emprunte à Spitz le terme d'organisateur qu'il avait lui-même su déplacer depuis la biologie pour déterminer les caps de maturation dans la relation d'objet du petit enfant (trois organisateurs décrits par Spitz : le sourire du 3^{ème} mois, l'angoisse du 8^{ème} mois, la préfiguration du langage vers le 18^{ème} mois). L'auteure souligne préférer ce terme à celui de crise pour ce qu'il contient d'angoisse accompagnant la réorganisation et de nécessaire dans le développement.

A ce Non qui survient juste en amont du langage et dont se saisit l'enfant pour affirmer une position autonome, différenciée de la mère, elle fait succéder l'organisateur œdipien entre 3 et 6 ans et son angoisse de castration. Durant la période de latence dont le début marque la résolution temporaire du conflit, l'enfant pourra s'identifier au

parent du même sexe et y trouver réassurance narcissique et idéal du Moi structurant. La période de latence s'achèvera par un nouvel organisateur, la crise pubertaire. « C'est à partir des mouvements pulsionnels et des modifications de son corps propre que s'organise et se réorganise le mode relationnel de l'enfant ».

Pour l'auteure, cet organisateur psychique a à faire à l'adolescence aux difficultés relationnelles avec l'environnement, dont les parents sont au premier plan. L'adolescent doit composer avec les changements corporels de la puberté dans son système relationnel libidinal.

2.5.2. Les remaniements identitaires-identificatoires

Alors que la latence avait réalisé une distanciation entre l'investissement des objets d'amour et l'investissement narcissique, l'adolescence assiste à un risque de rupture de l'équilibre par « fusion entre la libido objectale et la libido narcissique, tout conflit concernant la première retentissant en profondeur sur la seconde ».

L'adolescent doit pouvoir intégrer ce nouveau corps. Il doit être capable de s'investir narcissiquement. Or l'appareil génital adulte, nous l'avons vu avec le pubertaire notamment, confronte l'adolescent à la reviviscence des conflits fantasmatiques de deux natures : œdipiens et archaïques. Le « système relationnel » avec les parents jusque-là opérant devient obsolète et l'adolescent se trouve « en proie au désir conscient de rejeter brutalement ces imagos parentales pour pouvoir s'affirmer » et faire face à l'angoisse œdipienne de castration, et archaïque de morcellement issue de la période de la construction de l'objet.

Pour comprendre ce qu'il y aurait de dangereux à poursuivre sur le mode identificatoire de la latence, E. Kestemberg fait appel à la notion d'identification projective de l'école anglaise.

Le rejet parental cependant n'empêche pas l'adolescent d'éprouver une « angoisse identitaire concernant la cohésion de sa personne ». Et de le souligner fortement « il se veut étranger aux autres et se retrouve étranger à lui-même ».

Voilà ici résumée la nécessité pour l'adolescent de se séparer de ses modèles d'identification devenus incestueux et en même temps toute la difficulté qu'il doit affronter de se retrouver replié dans un narcissisme vacillant car privé de son terreau identificatoire : « l'adolescent qui ne veut ni ne peut s'identifier aux autres [...] ne peut non plus s'identifier en quelque sorte à lui-même ». L'identité devra tenir.

A cette fin, le Moi est alors en quête d'un idéal du Moi, cette vision fantasmée, prolongée de lui-même qui pourrait combler pour un temps la blessure narcissique et suppléer à l'image cristallisée des parents qui commence à perdre de sa superbe, et d'autant plus que de réelles défaillances de leur part peuvent à ce moment-là affleurer à la vue de l'adolescent. Mais ce mécanisme n'est pas sans risque. La conscience diffuse de l'écart entre le Moi et cet idéal peut aussi être source d'angoisse, comme un nouveau défi inatteignable, nouvelle atteinte à l'estime de soi.

Le rejet des parents, et plus globalement des adultes ne va pas sans poser une variété d'obstacles dans une prise en charge institutionnelle. Et la connaissance de ce cheminement, nous y reviendrons dans la partie suivante, pourra permettre une lecture clinique plus adaptée, plus souple, tant dans les liens avec les adultes de l'hospitalisation, et notamment dans les particularités du transfert à cet âge, que dans la vie quotidienne et en groupe de pairs de l'hospitalisation. L'idée que nous ne perdons pas de vue étant celle, selon ce que peut en dire et en vivre l'adolescent, de lui proposer les conditions favorables à la mise en jeu de sa subjectivité.

3. Séparation et institution : justification d'un travail exploratoire du vécu des adolescents

3.1. Indications d'hospitalisation

Daniel Marcelli (17) regroupe les indications d'hospitalisation à l'adolescence en cinq items.

- Recours face aux situations en impasse. Se servir de la réalité d'une séparation concrète de l'environnement permet d'engager un travail psychothérapeutique au sens large. Appel à l'aide de l'adolescent sur le mode d'une symptomatologie médicale (crise de nerf, syncope, prise de drogue, TS). Il n'est pas possible de signaler, en ambulatoire, une situation d'impasse par rapport au milieu habituel scolaire, amical et/ou familial.
- Constat d'une menace grave sur la vie relationnelle ou le monde intrapsychique de l'adolescent : gestes suicidaires à répétition, escalade dans la délinquance, toxicomanie, apparition d'hallucination ou délire.
- Risque de rupture relationnelle brutale et totale avec l'entourage du sujet. La recherche de rupture chez l'adolescent coexiste avec un souhait profond et intense de maintien du lien, même sous la forme d'une révolte. Il rappelle ce que Winnicott précise de ce danger : « Ce qui compte, c'est que le défi de l'adolescent soit rencontré », sinon la rupture relationnelle brutale et totale va confronter l'adolescent au vide ou à une régression avec un risque grave de dépression.
- La quatrième indication est l'existence chez l'adolescent d'un déficit sévère qui l'exclut du circuit scolaire, universitaire, ou professionnel habituel. La prise en

charge se situe souvent dans la continuité d'une aide au cours de l'enfance.

- Enfin, la prévention des troubles graves du comportement et du caractère. Il s'agit de ces adolescents dont les conditions de vie sont compromises en raison d'un environnement familial et social défectueux.

3.2. Fonctions et objectifs de l'hospitalisation

P. Ayoun résume en cinq points les fonctions d'une hospitalisation temps plein (31) :

- Substitutivité : l'ensemble institutionnel représente un substitut parental. L'adolescent projette ses images parentales : l'une idéaliste, l'autre agresseur, l'autre aimé... Elle est le tiers sans les enjeux affectifs et incestueux sur lequel pourront se rejouer les scènes adolescentes dans les conditions d'un transfert.
- Médiation entre adolescents et monde adulte.
- Protection : l'adolescent trouve un répit à ses conflits et une aide chaleureuse.
- Tolérance : l'adolescent provoque l'institution par la mise en acte des conflits. La capacité de l'institution à supporter ces provocations peut désamorcer ces processus d'escalade dans une répétition du cycle agression-répression.
- Contenance : permanence et organisation stable permettent l'expression des besoins à l'intérieur des limites.

Les objectifs d'une hospitalisation :

- Permettre une double approche concernant l'adolescent et son environnement, surtout dans les situations où les effets négatifs mutuels s'auto-entretiennent et se renforcent, vouant à l'échec les tentatives de changement.

- Permettre à l'adolescent de parvenir à prendre soin de lui par le biais de cette immersion en milieu psychiatrique hospitalier dans lequel il reçoit des soins. Cette orientation suppose une possibilité d'intériorisation du modèle proposé. Elle constitue un des points critiques pour que l'effet d'une hospitalisation aille au-delà du seul apaisement des symptômes aigus, variable existentielle en psychiatrie.
- Permettre à l'adolescent de devenir porteur d'un projet de soins qui le concerne.

Rappelons que la possibilité d'intériorisation et d'appropriation du modèle de soin est un des objectifs de l'hospitalisation, afin que l'adolescent se saisisse du projet thérapeutique et développe ses capacités à prendre soin de lui-même. L'absence de ces capacités est une indication majeure d'hospitalisation ; si cette appropriation subjective ne se produit pas, des hospitalisations itératives peuvent survenir et ne doivent pas être considérées comme des « rechutes » mais comme des reprises de subjectivation.

Il s'agit d'assurer une protection maximale empêchant l'adolescent de se mettre en danger. L'équipe et les soins permettent la restauration d'un équilibre et d'une sécurité intérieure, la reprise des liens relationnels, d'activités, à un rythme adapté à ses possibilités.

L'hospitalisation doit pouvoir constituer une expérience de vie à distance du milieu habituel. Séparé de ses proches, l'adolescent se trouve d'autres jeunes et d'autres adultes avec qui ébaucher des relations nouvelles.

3.3. Stigmatisation et psychiatrie

La demande d'aide est souvent entravée en psychiatrie, et en particulier chez l'adolescent et sa famille, par des représentations sociétales négatives. Les préjugés sont nombreux parmi lesquels les plus représentés sont le risque de la violence et de l'agressivité avec imprévisibilité (32).

Or un enfant ou adolescent sur dix souffre de troubles psychologiques et moins d'un tiers a recours aux soins, révèle une revue de littérature américaine récente. (33)

Parmi les jeunes à risque de psychose, l'attitude envers les soins psychiatriques, médicamenteux et psychothérapeutiques est améliorée quand la pression de stigmatisation diminue. (34)

Une revue de littérature de P. Corrigan estime que la stigmatisation entraîne deux types de préjudices pouvant empêcher l'adhésion à un traitement : elle diminue l'estime de soi, et menace d'une désapprobation sociale avec la perte d'opportunités conséquente (35).

Une étude qualitative américaine étudiait, en 2010, le vécu de 56 adolescents bénéficiant de soins psychiatriques, quant à la possibilité d'un traitement « différent » en raison de problèmes de santé mentale, de la part de leur famille, de leurs pairs et du milieu professionnel scolaire. (36)

Parmi les participants, 62% ont eu un vécu de stigmatisation de la part de leurs pairs, menant toujours à la perte d'un ami. Près de la moitié (46%) a dit se sentir stigmatisée par des membres de leur famille, prenant toujours la forme de commentaires déplacés, d'une perte de confiance, d'un évitement, de pitié, ou de commérages. Environ un tiers (35%) rapportait une stigmatisation de la part des professionnels de l'éducation, qui exprimaient de la peur, une aversion, un évitement, une sous-estimation de leurs compétences. Et 22% quand même ont dit ressentir un traitement « différent », par l'équipe scolaire, mais favorable et soutenant. Les résultats ont finalement montré

qu'un vécu de stigmatisation dans un domaine était associé à un vécu de stigmatisation dans d'autres domaines.

Concernant la famille, une étude examine le vécu et les réactions à la stigmatisation parmi 156 parents et conjoints, dans une population de patients faisant l'expérience d'une première hospitalisation. (37) Alors que la plupart des familles ne percevait pas d'évitement de l'entourage à leur égard en raison de l'hospitalisation de leur proche (enfant ou conjoint), la moitié rapportait cacher l'hospitalisation, au moins dans une certaine mesure. Les membres de la famille cachaient plus volontiers la maladie mentale s'ils ne vivaient pas avec leur proche, si elle était une femme, ou si le patient avait moins de symptômes positifs. Les familles de niveau éducatif plus élevé et dont le proche avait fait un épisode ayant nécessité une hospitalisation dans les 6 derniers mois rapportait un plus grand évitement de la part de l'entourage.

3.4. Les pratiques de séparation, tour d'horizon

3.4.1. La Villa Ancely

A l'admission, une visite du service est proposée aux deux parents, avec leur adolescent. Les membres de l'équipe leur sont présentés.

Les permissions au domicile sont possibles à partir du deuxième week-end. A la journée ou demi-journée d'abord selon le contexte familial. Elles sont ensuite augmentées progressivement selon la clinique. De deux fois une journée avec la nuit du samedi au dimanche à la Villa Ancely, jusqu'à des permissions du vendredi soir au dimanche en fin d'après-midi, avec les nuit au domicile. Elles n'excèdent jamais 48h.

Durant le premier week-end, l'adolescent reste dans le service afin de ne pas différer la possibilité de son investissement (lieu, groupe, soignants...) qui augmenterait

l'appréhension de la séparation. Cela reculerait l'échéance et diluerait l'investissement du soin dont la représentation serait atermoyée par le travail des angoisses de séparation. L'objectif est également une observation clinique rapprochée. Les parents peuvent en revanche venir visiter leur enfant lors des créneaux horaires qui leurs sont communiqués à l'admission (14h00 à 18h00) le samedi et le dimanche.

Lorsque la situation clinique l'indique, dans des cas exceptionnels, une permission peut être autorisée dès le premier week-end, considérant que le cadre est au service du fonctionnement psychique du patient.

Les visites sur la suite de l'hospitalisation sont possibles, le week-end sur les créneaux énoncés plus haut, et le mercredi de 16h à 18h.

L'adolescent, au cours de l'hospitalisation, a droit à deux appels par jour. Un appel donné et un reçu de ses parents (modulable si les parents sont séparés).

Le cadre est ouvert. L'adolescent peut circuler dans le service et dans la cour à l'extérieur.

A tout moment, les parents peuvent joindre le service pour prendre des nouvelles. Un système de référence est mis en place pour un meilleur repérage, une meilleure cohésion des soins et transmission des informations.

3.4.2. Liaison pédopsychiatrique des urgences de l'hôpital des enfants (CHU Purpan de Toulouse)

Deux types « d'activités » interpellent le service de la liaison. L'activité de consultation dans les services dans les cas de maladie grave ou traumatisme physique (AVP, trauma) ou la séparation ne se pense pas, du moins pas dans l'actualité des soins somatiques qui prédominent, et l'activité aux urgences qui nous intéresse ici.

La seule séparation protocolisée concerne les adolescents suicidaires ou suicidants. Une séparation de 48 heures est systématiquement mise en place, à partir du moment où le

bilan somatique est rassurant. Durant le séjour hospitalier, un entretien par jour est proposé à l'adolescent avec un médecin ou interne de l'équipe. Un entretien parental, en l'absence de l'adolescent, est prescrit, en général au terme des 48 heures. Au cours de la séparation, l'adolescent peut appeler ses parents une fois par jours s'il le souhaite mais ne dispose pas de son téléphone portable. Les parents ne peuvent l'appeler, ils joignent le service pour prendre des nouvelles. Il y a une séparation avec la fratrie et les amis durant toute la durée de l'hospitalisation. Enfin, un entretien familial a lieu à la sortie, qui se fait à domicile avec la mise en place d'un suivi, ou en hospitalisation en service de psychiatrie pour adolescent si la gravité l'indique.

Cette séparation intervient immédiatement, à ce moment où peut se saisir un état de plus grande réceptivité, d'abaissement des défenses qui peut permettre de mettre en lumière les relations conflictuelles avant que ne se rétablissent des défenses personnelles aussi bien que des mécanismes de défense familiaux. Ce temps de non-confrontation permet de reformuler, ou de formuler ce qui a jusqu'alors échappé à l'élaboration. Il permet également de protéger l'adolescent de projection agressives fréquentes des parents sur leur adolescent.

Cette prise en charge, à distance du milieu conflictuel, dans un espace protégé et maternant (soins de nursing, repas apporté en chambre, sollicitude des équipes de somatique) est propice à la régression en sécurité et éventuellement à l'effondrement. A partir de là, sur des bases fragiles mais saines et soutenues, peut s'établir le travail psychique. Celui du sujet face à l'acte et de l'acte du sujet dans sa famille. Xavier Pommereau souligne en ce sens que la complexité du comportement suicidaire tient à ce que l'acte n'a pas seulement une valence personnelle mais s'inscrit également dans le fonctionnement familial, dont il vient en dénoncer ou en révéler les aspects mortifères. Et dire qu'il n'est pas acte individuel seulement est d'autant plus juste que c'est bien de difficultés d'individuation dont il procède. L'auteur de *L'adolescent suicidaire* (38) rappelle que « la plupart des adolescents suicidaires sont en effet prisonniers de liens de dépendance à leurs parents qui mettent en tension les ressorts

incestueux de la période œdipienne ». Le passage à l'acte qui semble vouloir défaire les liens délétères comprend aussi, par la rupture qu'il signifie, « l'espoir ou la volonté toute-puissante de modifier la nature des attaches ou d'en assurer la perpétuation ». C'est dans cette « attente des remaniements affectifs familiaux » que se situe notamment le soin et la séparation comme soin.

3.4.3. Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents (UCHA) de Toulouse

À l'admission, un protocole de 48h sans visite et sans appel est instauré. Durant ces deux premières journées, les parents peuvent joindre le service pour prendre des nouvelles.

Au terme de ces 48h ont lieu en général une visite familiale et un entretien familial avec le médecin.

Les permissions s'élargissent au fil de l'hospitalisation, jusqu'à évaluation lors d'une permission de 48h en prévision de la sortie.

Les visites sont possibles tous les jours de 16h30 à 18h30 et le week-end de 15h30 à 18h30. Les adolescents peuvent à cette occasion aller en promenade avec leurs parents.

Les appels téléphoniques sont possibles après les 48h de coupure, avec des téléphones portables du service (un pour chaque adolescent) dans lesquels ils placent leurs propres carte SIM. Ils peuvent ainsi de 16h30 à 18h30 appeler qui ils souhaitent et se rendre dans leurs chambres pour téléphoner. Les parents peuvent également les joindre sur ce créneau.

Ce cadre de séparation est encore fois adaptable selon la clinique de l'adolescent.

3.4.4. Unités de Soins pour Adolescents : Hospitalisations et Consultations USAHC, Montauban

À l'admission, un protocole de 48h est également instauré, sans appel, sans visite et sans permission. Les parents peuvent appeler dans le service quand ils le souhaitent pour prendre des nouvelles.

Au-delà des 48 premières heures, les adolescents ont droit à un appel reçu et un appel émis par jour à leurs parents.

Les visites et permissions se mettent en place, selon la clinique. Les visites ont lieu le mercredi de 16h30 à 19h00 et le week-end. Les permissions se font sur ces mêmes créneaux et doivent être inférieures à 48h le week-end.

3.4.5. Unité de Soins Aigus pour Adolescents (U.S.A.A.) et unité U.P.S.I.L.O.N.

À l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux, l'U.S.A.A. accueille sur cinq lits des adolescents majoritairement en provenance des urgences psychiatriques ou pédiatriques.

Là aussi, il existe un protocole de 48h sans contact avec l'extérieur. Le service en revanche est en lien avec les parents, reçus par le médecin de l'unité. Dans les cas moins fréquents d'une hospitalisation programmée, l'adolescent peut être présent.

À partir de 48h, est instauré un appel médiatisé par jour si la clinique le permet (modulable si les parents sont séparés). Ces appels sont préparés avant et débriefés ensuite. Ils concernent d'abord uniquement les parents, puis sont élargis aux personnes ressources s'il y en a.

Les visites, au terme des 48 premières heures, sont également médiatisées. Le médecin reçoit les parents sans l'adolescent dans un bureau de consultation du bâtiment, à l'écart du service. Puis ils viennent rencontrer leur adolescent dans le service.

Ensuite, des sorties en promenade dans le parc sont possibles, avant d'établir des

permissions un peu plus longues et de prévoir la sortie définitive (durée moyenne de séjour de 13 jours).

Il n'y a pas de téléphone et les parents peuvent joindre le service quand ils le souhaitent.

L'unité U.P.S.I.L.O.N. (Unité de Psychiatrie Infanto-juvénile et de Liaison de Gironde) de pédopsychiatrie générale possède vingt lits et accueille principalement des adolescents, dont certains sont transférés depuis l'USAA. Les visites y sont médiatisées et des permissions ont lieu le week-end. Un téléphone est disponible dans l'unité. Ils peuvent s'isoler dans leurs chambres pour appeler.

3.5. Méthodologie des entretiens

Nous avons souhaité aborder la question de la séparation lors d'une hospitalisation temps plein dans le service d'adolescents de la Villa Ancely sous l'angle du vécu des jeunes patients.

Nous avons proposé l'entretien à tous les adolescents hospitalisés depuis au moins un à deux mois sur une période de 3 mois, quels que soient leurs profils psychopathologiques, avec une volonté de recueillir des profils diagnostics variés.

Les critères d'exclusion étaient un accès insuffisant au langage, un comportement qui ne leur permettait pas de tenir dans la pièce pour la durée de l'entretien, et les cas de séparations contractualisées dans l'anorexie mentale. Nous voulons parler de ces cas qui nécessitent, sur des critères de gravité, une rupture complète avec le milieu familial (pas de visite, pas d'appel, pas de permission) jusqu'à atteindre un poids contractualisé signant la fin de la séparation. Ces derniers nous semblaient faire l'objet d'une question particulière.

Nous avons recueilli le consentement des parents par le biais du Dr Mesquida, pédopsychiatre responsable de la structure, et du Dr Journot-Reverbel, chef de clinique, à l'occasion des entretiens de famille.

Le consentement des adolescents était recueilli par ces mêmes médecins ou les deux internes du service qui présentaient le thème de l'entretien. Chaque adolescent était bien entendu libre de refuser ou d'interrompre l'entretien.

3.5.1. L'entretien : structure et justification

3.5.1.1. Entretiens semi-directifs

G. Imbert définit la démarche de l'entretien semi-directif en ce qu'ils sont compréhensifs, inductifs et souples. (39)

L'intérêt de ce type de recueil de données était de s'inscrire dans une démarche compréhensive, non suggestive et non affranchie de la rencontre, en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes. La logique est inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive.

Toutes les questions ne sont pas analysées comme telles, mais nous considérons que toutes participent à l'ambiance autour du thème de la séparation et que si certaines sont non répondues ou non analysées en tant que telles, elles ont pu participer à mettre l'adolescent dans les dispositions psychiques de la problématique de la séparation, et toutes ont été les mêmes pour chaque adolescent.

L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu, ou non perçu, par les participants et « l'interviewer » dans une dynamique de co-construction du sens. (39)

L'entretien semi-directif est un moment privilégié d'écoute empathique, de

reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur nous dit G. Imbert.

L'entretien n'est donc pas l'application d'un questionnaire ou un interrogatoire au cours duquel on pose une série de questions sans laisser la personne libre de s'exprimer et de développer ses propres arguments. Cela n'empêche pas que l'on puisse parfois poser des questions dont on connaît déjà la réponse ; l'absence de réponse ou la manière de répondre sont des informations utiles à collecter.

En l'occurrence, nous avons voulu alterner, dans les thèmes définis, des questions ouvertes et certaines plus fermées, directives, afin de s'adapter à notre population adolescente. En premier lieu en effet, le propre adolescent n'est pas de passer par la verbalisation duelle avec l'adulte pour parvenir à communiquer des vécus. Ensuite, la variabilité, correspondant à la réalité d'un service d'adolescents, quant aux âges, (de 12 à 17 ans ici, eu égard aux aboutissement cognitifs imparfaits avec des écarts possibles d'accès à la pensée formelle), et aux profils psychopathologiques (avec des accès à la pensée symbolique variables par exemple), nécessitait une variabilité de questions plus ou moins explicites. En gardant en tête de demeurer le moins suggestif possible. À ce propos, les possibilités d'indigence signalées entre parenthèse étaient réservées au dernier recours, en cas d'absence totale de réponse sur des questions importantes, et les réponses subséquentes étaient regardées avec circonspection.

3.5.1.2. Contenu et justification de l'entretien :

Nous avons élaboré un entretien en trois parties afin d'explorer différents aspects de la séparation induite par l'hospitalisation.

La première partie explore le vécu en préadmission, que l'hospitalisation ait été programmée ou non, et au moment de l'hospitalisation.

La deuxième partie explore le vécu durant l'hospitalisation, à distance de l'admission. Elle permet en outre de recueillir l'évolution du vécu.

La troisième et dernière partie s'intéresse à la manière dont l'adolescent parvient à investir l'institution, à se saisir du matériel et de l'ambiance institutionnels au regard de la possibilité d'élaboration séparatrice.

Les thèmes abordés peuvent être retrouvés dans ces trois parties, selon le moment où nous proposons à l'adolescent de se situer (avant ou au cours de l'hospitalisation) et sont les suivants :

- La demande (questions I.1. et II.4.,5.) ;
- Le vécu de la séparation par l'adolescent (questions I.2.a et II.1.) ;
- Le vécu de la séparation par les parents selon l'adolescent (questions I.2.b., II.2.) ;
- Exploration des angoisses de séparation. Certaines questions sont directes (I.4., II.3.b), permettant d'aborder la question de la séparation familiale quand elle ne l'a pas été spontanément par des questions plus ouvertes (II.3.a., II.6.) ;
- La manière dont l'adolescent peut se saisir de l'hospitalisation et de ce qui y est proposé (correspond à la 3^{ème} partie). Nous y explorons, dans le cadre de soin, le vécu de l'adolescent dans le groupe, dans les ateliers, avec les soignants et dans l'investissement du lieu, au regard de la problématique de la séparation familiale ;
- Capacité d'appropriation des fonctions accomplies par les parents ;

- Conséquences dans le soin de la séparation selon l'adolescent (III.12.) ;
- Nous y explorons enfin différents indices d'une subjectivation en cours (III.6.,9. a.b., 11,12, pour les plus caractéristiques), ce thème étant souvent inclus dans les précédents.

Nous ne nous sommes pas, dans l'analyse, tenus à cette stricte catégorisation, des éléments cliniques ayant pu émerger au hasard des associations d'idées des adolescents.

Nous avons souhaité être au plus près du ressenti des adolescents, et il semblait difficile de tenter de se départir de la part subjective d'un tel recueil. C'est pour cette raison que nous avons choisi une méthode d'entretiens semi-directifs. À la fin des recueils, il nous a semblé que les adolescents se sont emparés du dispositif et ont pu pour la plupart d'entre eux déposer avec authenticité leur vécu de la séparation, que nous avons tenté de retranscrire, d'intégrer et de comprendre au sein de leur parcours psychique.

3.5.2. Déroulement des entretiens

Nous commençons les entretiens par une nouvelle présentation de notre travail et du cadre dans lequel il se déroulait. Il était précisé que mon stage d'interne à la Villa Ancely s'était terminé un an plus tôt, que je n'avais pas de place dans le soin et que mon intervention pouvait être considérée comme extérieure au cadre du service.

L'attitude était de laisser venir les réponses en acceptant les temps de silence, puis de relancer ou de réagir pour relancer, sans orienter la qualité de l'échange. Si certains adolescents accédaient fort bien à la verbalisation, d'autres en faisaient une utilisation plus parcimonieuse.

Les adolescents étaient animés sur ce thème, et heureux globalement d'avoir la possibilité que je prenne en compte leur récit par écrit. Ils semblaient intéressés par le fait d'être sollicités en leurs noms, pour ce qu'ils pouvaient dire en propre. Aucun n'a manifesté de surprise sur le thème de la séparation. Il n'y a pas eu de question avant l'entretien lorsque je leur proposais. Le thème semblait leur paraître familier en même temps qu'inconnu. Il nous semble intéressant de noter que malgré les mises en garde par l'équipe au sujet de l'attitude générale de réticence de certains adolescents (qui refusaient notamment les entretiens dans le cadre du soin), tous ont accepté, et tous sont allés au terme de la rencontre. Il n'y a jamais eu de négociation. J'ai eu le sentiment qu'ils participaient avec plaisir. Ils étaient touchés que je les remercie d'avoir participé. Seule Alice a manifesté clairement sa douleur à parler de ce thème mais a souhaité aller jusqu'au bout quand je lui proposais à plusieurs reprises d'arrêter ou de faire une pause. Seul Benjamin m'a donné l'impression d'être indifférent au thème (il a cependant accepté aussitôt que l'entretien lui a été proposé, à la surprise de l'équipe). Le mode d'entretien m'est apparu particulièrement adapté pour permettre de transmettre une ambiance paisible autour d'un thème et de contenus livrés fréquemment sensibles.

Les réponses étaient reportées à l'écrit le plus fidèlement possible.

La trame de l'entretien était la suivante :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisé ?
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision ?
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue ?
3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation ?
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une

hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile ?
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation ?
Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile ?

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisé ? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents ?
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissé ?
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisé ?
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais ?
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer ? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien ?
/qui te permettent de gérer ton angoisse ?
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service ?
b- (si oui) En fais-tu partie ?
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte ?

3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis ?
 4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison ?
 5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre ?
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service ?
 6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi ? Faut-il que les soignants te le demandent ? Est-ce que tu en as envie ?
 7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants ?
 8. a- Est-ce que tu participes à des ateliers ?
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service ?
 9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service ?
b- En as-tu envie ?
 10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service ?
b- que tu n'aimes pas ?
 11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents ?
 12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux ?
-

4. Séparation et prise en charge institutionnelle : analyse d'entretiens

4.1. La préadmission

4.1.1. Vécu de la décision d'hospitalisation

Nous pouvons séparer les vécus de l'annonce de la séparation par l'hospitalisation en trois catégories qui rejoignent celles établies par D. Marcelli (17) : Ceux qui s'y opposent et rentrent dans le cadre d'une hospitalisation imposée ; ceux qui ne manifestent pas d'opposition franche, pouvant entendre le bénéfice attendu d'une séparation acceptée ; et ceux qui peuvent prendre à leur propre compte une demande de séparation assumée.

4.1.1.1. Opposition à la séparation

Les sentiments exprimés qui dominent chez ces trois adolescents opposés à l'hospitalisation sont la colère et la trahison. Une trahison mal délimitée qui semble englober famille et médecins.

Thomas, 16 ans, hospitalisé pour la deuxième fois dans le cadre d'un refus scolaire anxieux, semble être le plus déterminé dans son opposition au monde des adultes. Ses parents ont divorcé trois ans plus tôt, son père ne vit plus à la maison, il le voit très peu. Il ne s'était jamais présenté aux entretiens avant l'admission et avait laissé ses parents venir seuls. Ce qui est touchant avec Thomas, dont on m'avait dit qu'il refuserait probablement l'entretien, c'est l'énergie qu'il met à tenir sa position d'opposition et ce qu'il laisse filtrer malgré lui d'ouverture possible, mais hautement risquée, tant dans le langage que le non-verbal, adressant au détour quelques sourires entiers.

L'intransigeance de sa position néanmoins, est mise en lien d'emblée avec le vécu de passivité « *[mes parents] m'ont pas laissé le choix, ils ont appelé l'ambulance* ». Passivité insupportable menaçant son intégrité dans une menace d'intrusion, qu'il semble pourtant appeler de ses vœux dans son symptôme : « *Je ne voulais pas en entendre parler [de l'hospitalisation]. C'était sûr que je serai hospitalisé* ». La rigidité de son fonctionnement, dont il n'est pas totalement dupe « *L'hospitalisation m'aidera pas à aller mieux. Je me suis fait une idée toute faite que je ne savais pas à quoi ça allait servir* », est à la mesure du risque qu'il prendrait à la souplesse de reconnaître des attentes à l'endroit de ses parents. C'est un adolescent « déçu » dirait Ph. Jeammet. Mais tant que le rejet parental est actif, le lien existe. Le risque auquel l'institution doit échapper, fil sur lequel nous fait marcher cet adolescent, serait la rupture de ce lien et le retrait, le dénuement sans auto-érotisme, pris dans la pulsion de mort. Le travail de la préadmission à cet égard est capital. Si l'hospitalisation doit avoir des ambitions clairement exprimées, il s'agit de rester modeste dans la place qu'elle occupe dans le parcours de soin. Elle n'est pas magique, et cela doit être signifié autant à l'adolescent dont nous savons la promptitude à l'idéalisation, qu'à ses parents. Nous reviendrons sur l'importance de poser nos limites de soignants.

A cette passivité face à l'hospitalisation dont il amène cependant à prendre la décision, comment pouvoir entendre quelque chose de sa subjectivité ? Comment travailler avec ces adolescents qui nous mettent en position de faire le choix de les contraindre ? Comment les amener à se saisir du soin ?

La première réponse apportée par Thomas semble se loger dans la possibilité de dialectique passivité/activité. Et son premier choix se pose dans le rejet actif de ses parents dans un espace de sécurité qui le lui permet : « *Pensais-tu que te séparer de tes parents serait difficile ? Non, je demandais à ne plus les voir. Je refuse leurs appels, les visites...* ». L'institution prend sur elle de tolérer cette attitude de prestance face à la blessure narcissique que représente le fait de consulter (20). Bien évocatrice est son

entrée en matière lors de la question ouverte qui lui propose de nommer ce qui a été le plus difficile pour lui « *Pas vraiment la séparation avec mes parents* ».

Claire, 14 ans, est également hospitalisée pour un refus scolaire anxieux dans un contexte de mélancolie. Au cours des entretiens avant l'admission elle est physiquement collée à ses parents. Dans le service son visage dit l'angoisse, pris dans une constriction autour d'un oméga mélancolique qu'elle ne peut détendre, creusant des rides profondes pour son âge. Les questions que je lui propose sont suivies de longues latences. Je me demande si le ralentissement psychique va lui permettre d'élaborer une réponse mais elle déclare « *Ça a été très difficile. Comme une trahison envers mes parents et moi* ». Alors qu'elle semble faire seule les frais de l'hospitalisation, cette sentence suffit à se représenter l'arrachement vécu d'être physiquement seule quand ses parents appartiennent à la même enveloppe psychique. Quand je lui demande de préciser d'où vient cette trahison elle peut dire « *Mes parents m'ont trahie, c'est ce que je pensais* ». Un peu plus loin, effectivement nous percevons ce qu'elle ne se permet plus de colère. Après cinq semaines d'hospitalisation, est-ce le travail de culpabilité quand elle dit « *Je n'ai plus de colère, mes parents me manquent alors je peux pas leur en vouloir. Ils ont fait ça pour mon bien* » ?

Claire ne peut se saisir à ce moment-là de l'hospitalisation, contrairement à Anaïs, de la colère pour un accès à l'ambivalence.

Cela pose la question, quand le travail de la séparation s'avère trop douloureux, du déploiement possible de l'agressivité nécessaire. Cette agressivité comme force séparatrice issue de la position dépressive kleinienne, où l'objet total est menacé de destruction face aux pulsions agressives. Position au cours de laquelle l'enfant fait l'expérience de la permanence de l'objet par sa survie, et de la possibilité de réparation.

Nous percevons bien ici la force de « l'agrippement » (13) devant le danger d'aller plus avant et la marche-arrière opérée sur le sentiment de colère qu'elle ne parvient plus à assumer. Elle est réfugiée dans sa douleur, et chaque entretien familial est l'occasion d'adieux déchirants lors desquels Claire met en scène physiquement et dramatiquement son effondrement.

Le risque nous dit D. Marcelli, est de voir les interactions les plus pathogènes et pathologiques, un instant suspendues par la séparation, se reconstituer dès le retour en famille ou de provoquer en cascade des décompensations dont l'adolescent se sentira implicitement responsable (dépression et TS d'un ou des parents, rupture de couple etc.) et en attribuera la faute à la séparation. Partant, l'hospitalisation nécessite un travail avec la famille (cf. chapitre famille).

4.1.1.2. La séparation assumée

Une demande adressée est déjà une position de sujet peut-on présumer. S'il y a rapport à l'autre, il y a deux, ou plutôt trois avec des imagos parentales représentées différenciées du soi. C'est déjà une manière de faire cas du symptôme qui parle à la place, qui pointe quelque chose. Nous avons vu par exemple comment l'une des fonctions du symptôme de Thomas, sans prétendre le réduire à cela, lui permet en refusant le lycée de faire événement et de déclencher une réaction de l'environnement. Il y a déjà une idée que la séparation peut faire soin. Sans aller jusqu'à dire que parce qu'il y a demande on est séparé, c'est une étape (qui permet en outre l'accès à la psychothérapie).

Avec Céline, 13 ans, il n'a pas été question d'hospitalisation durant le suivi avant l'admission à la Villa Ancely (nous rappelons que l'indication d'un suivi à la Villa Ancely peut être l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation). Il s'est mis en place dans un contexte de trouble du comportement alimentaire de type anorexie restrictive évoluant depuis la période néonatale. Avec un petit poids constitutif durant la latence, l'anorexie

s'est réinstallée à l'entrée en 5^{ème}, et en adolescence pourrait-on dire, avec un refus scolaire anxieux en fin d'année qu'elle met sur le compte des moqueries subies de la part de ses pairs. Malgré son jeune âge et une présentation dans le corps particulièrement décalée (un retard staturo-pondéral important) sa vivacité d'esprit s'impose. Et son choix est clair : « *Oui. C'est moi qui ai décidé [l'hospitalisation]. Je ne mangeais plus du tout* ».

Il est troublant de constater comment un suivi ambulatoire s'est transformé, dans sa représentation, en hospitalisation à l'occasion d'une perte de poids brutale, précipitant ainsi la séparation : « A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédé l'hospitalisation ? *Non. On n'en parlait pas, la perte de poids est venue d'un coup* ». « *C'est moi qui ai décidé* » pose la question de ce que signifie le choix pour cette adolescente qui a dû être sondée. Précisons que si pour Céline l'hospitalisation n'est pas nommée on peut faire l'hypothèse que la patiente l'a en tête puisque le lieu de consultation est le même.

La clairvoyance de cette adolescente quant au bienfait de la distance nous met sur la piste d'une fonction de tiers séparateur du symptôme quand l'énoncé de la volonté de mise à distance parentale lui aurait semblé trop violent « *J'étais triste de quitter mes parents. Parce que je les voyais pas très bien* » (Nous ne balayons pas ici la complexité de l'anorexie mentale pour le sujet et son environnement, nous souhaitons aborder ce qui nous semble pertinent pour la question posée). Comment exercer la violence de la volonté de séparation avec une culpabilité tenable sur une mère fragile, dont la grossesse était marquée par un épisode dépressif majeur ?

Ici les entretiens ambulatoires n'ont pas permis l'élaboration de cette question et Céline s'est saisie de l'hospitalisation qui sépare « grâce » au symptôme. La difficulté du soin hospitalier consiste alors en une sortie du paradoxe suivant : le symptôme est solution et impasse. Solution parce qu'il sépare, ou pour le dire autrement, il rend la fusion impossible. Impasse pour le non-choix qu'il impose. Il s'agit de rendre représentable sur la scène psychique, aussi bien par l'adolescente que par ses parents la fonction du

symptôme. Et si la position de l'un des parents s'avérait effectivement néfaste dans la réalité, le principe ne serait pas tant de corriger cet aspect que de permettre à l'adolescent de réaliser un pas de côté pour faire avec. C'est bien d'un travail de séparation dont il est question. La fonction de tiers séparateur du symptôme doit être substituée par la fonction de tiers que représente l'institution soignante.

Mais la formulation d'une demande peut-elle être systématiquement associée à une position subjectivée ? Malia a 13 ans. Elle accepte de bon gré de participer à cet entretien. Elle se présente apprêtée avec force maquillage et souriante. Une adolescente normale au point que l'on négligerait de remarquer sa maigreur et le tuyau qui lui barre le visage, ou le maniérisme d'un langage adultifié. Elle a été sondée au cours de son bref passage à l'hôpital des enfants qu'elle nous dit avoir souhaité, comme elle a souhaité être hospitalisée à la Villa Ancely ensuite. Il n'y a pas eu de phase de préadmission à proprement parler, simplement quelques rencontres à l'hôpital des enfants pour proposer l'hospitalisation. Le discours est séduisant, nous parlons bien de séduction, lorsqu'une question directe sur ce qu'elle se représentait de la séparation lui est posée : « *Je pensais vraiment [que se séparer de ses parents serait difficile]. C'était en quelques sortes pour être séparée que j'ai demandé à être hospitalisée* ». Elle parle de soulagement. Et l'authenticité ne fait pas question, en témoigne la suite : « *Mais quelques semaines après j'étais encore malade et je n'ai pas pu faire marche-arrière. Ça m'a aidé les premiers temps* ». Tout indique une représentation claire de la problématique familiale et une démarche de soin saisie pour ce qu'elle propose de séparation.

La suite de l'entretien révèle un positionnement non encore élaboré au point de l'ambivalence où nous l'aurions attendu. Il nous donne plutôt les indices du mécanisme de défense plus archaïque de clivage par les contradictions du discours : « *Ils sont énervés [ses parents] de voir que rien n'avance. Moi je pense que ça avance, même si je*

*perds [du poids], je vois que dans ma tête ça avance » et « J'aimerais continuer comme avant à perdre du poids. Mais si je veux sortir d'ici il faut que je me plie à leurs quatre volontés ». On retrouve le thème de la passivité induite mais insupportable dont on pourrait faire l'hypothèse qu'elle la conjure par la maîtrise, certes illusoire, de l'assurance de la continuité de *leurs quatre volontés*. Qu'ils aient de la volonté, du désir, pour moi aussi longtemps que possible semble-t-elle adresser. Encore que cette allusion au temps soit peu à propos quand celui-ci n'est plus représenté, sinon figé. Ou encore par la transgression, puisque Malia était attrapée le matin même de notre entretien avec un téléphone portable qui lui permettait d'appeler ses parents (avec leur complicité donc). « Qu'est-ce que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais ? Rien. Je dis « si si ça m'aide », mais je ne sens rien qui ait changé ». « Je sais que ça avance, mais pas grâce à l'hospitalisation ».*

Ce que nous voudrions souligner est le risque de dévoiement de la séparation physique, eu égard à la conclusion d'entretien de Malia, et de complicité au symptôme. Contrairement à Céline dont l'agressivité n'est pas permise, au risque de la crainte de destruction maternelle, Malia, nous allons le voir, repère bien l'agressivité qu'elle adresse et la souffrance engendrée sur la famille. Dans son symptôme, elle fait porter à l'autre le désir de la soigner. Prise entre la culpabilité « *Ça les soulage, mais ça les rend triste* », et la jubilation. L'emprise consiste à loger chez ses parents, comme chez les médecins, le désir de la soigner, sous peine de mort, et à les tenir en échec, sur ce fil. Une manière redoutablement efficace de maintenir le lien par l'emprise. Le moment de l'entretien est saisissant quand elle imprime chez l'autre sa jubilation à évoquer le pire « *C'était trop dangereux qu'on me laisse perdre du poids comme ça. Je pouvais y passer* ». Les yeux droits plantés dans les miens en quête de l'effet d'inquiétude produit, visage détendu présentant une belle indifférence à la crudité de l'expression. C'est en venant confronter l'autre à l'impuissance qu'elle le maintient sous sa coupe par une préoccupation maximale. Susciter le désir de fusion chez ses parents qu'elle ne peut porter. Faire manque pour raffermir le lien aliénant, jusqu'à faire fantasmer le manque

irréversible de la mort. Celle que le tuyau rappelle parce qu'il est au milieu du visage mais qui lui est permis d'oublier, si collé à sa peau qu'elle ne le voit pas. Le tragique vient du risque vital objectif et de l'aliénation à la souffrance endurée par cette adolescente. Le regard de l'Autre qui pourrait se détourner confinerait à la dérélition.

Voilà une tâche bien difficile pour une équipe soignante que R. Cahn résume par l'aporie de la démarche de « ne pas jouer son jeu, tout en le jouant aussi longtemps que nécessaire ». (28) Ne pas être dupe mais entendre, être tolérant face à ce qu'elle fait vivre (impuissance, projections d'angoisse de mort...) mais ferme dans le cap à tenir, s'inquiéter sans s'alarmer pour éviter l'escalade d'un symptôme qui marcherait trop bien. Plus notre désir de soigner est signifié, plus elle se dérobe. Nous parlons de deux enjeux difficiles : à la fois maîtriser (donc repérer) les attitudes contre-transférentielles vers le rejet et l'abandon, et à l'opposé nous prémunir de notre complicité dans sa demande dont elle est prisonnière et dont il nous semble qu'elle dit bien la finalité quand elle conclut : « *La séparation va renforcer les liens avec mes parents. C'est pas rien de vivre une anorexie dans une famille et j'en suis bien consciente parce-que je sais que je suis pas la seule à souffrir.* »

Quels sont les moyens à notre disposition pour assouplir ce mouvement de non-séparation et déplacer l'intelligence manifeste de cette adolescente vers le plaisir d'un fonctionnement autonome de la pensée (Plaisir à penser d'E. Kestemberg) ? Outre la capacité à tenir, comment faire soin ?

L'hospitalisation, nous semble-t-il, garde son indication d'abord parce-que, de fait, la vie en famille n'est momentanément plus possible. Malia dit le soulagement que nous pouvons mettre sur le compte d'éprouvés pubertaires. Les traits hystériques ou le maintien de l'apparence infantile par l'anorexie ne manquent pas d'évoquer la crainte des rapprochements incestueux familiaux.

Bien qu'indispensables, les entretiens médicaux (travail de repérage, de mise en mot de l'agressivité, accès à l'ambivalence, identification au plaisir à penser...) apparaissent périlleux comme elle ne semble pas en être à un travail psychothérapeutique et encline à l'emprise de la relation duelle. Il faut miser sur l'institution et le transfert multi-référencé (cf. chapitre cadre de soin).

Peut-on compter sur la contrainte seule de la durée de l'hospitalisation ? L'éloignement apaisant est là. Il faut éviter l'installation en hospitalisation par le bénéfice que l'on imagine à répandre son fonctionnement quant au lien, à l'abri du lien incestuel.

L'hospitalisation reste l'expérience d'un fonctionnement à distance, pourvu que nous ne soyons pas dupes de mécanismes qui se déplaceraient dans l'institution. Autrement dit nous devons rester vigilant à faire de cette expérience autre chose qu'une répétition. Et tout le jeu du cadre, du groupe adolescent (cf chapitre Groupe), des ateliers entre en scène pour surprendre sans nommer. Sans oublier le travail avec la famille (l'épisode du téléphone portable est sans appel) au risque de nous répéter.

Nous voudrions finalement discuter le cas des séparations acceptées après une ou plusieurs hospitalisations contraintes, qui nous est apparu avec trois des adolescents rencontrés.

Laurent, Aurore et Samia ont fait plus tôt l'expérience d'hospitalisations qui leurs étaient imposées et adressent à présent une demande en leurs propres noms. Ils nous permettent une mise en perspective de cette hospitalisation par rapport aux précédentes et éclairent par extrapolation un point de clinique important. D'abord ils rappellent l'humilité dans laquelle doit se tenir une hospitalisation qui ne représente qu'un instant « t » du soin au regard du processus de séparation-individuation qui nous intéresse (autant qu'auprès de la plupart des processus psychopathologiques). Cependant l'humilité ne doit faire négliger la possibilité d'infléchir le processus qui, dès

lors, est pensé sur le long terme. Car pour pouvoir adresser une demande à ceux-là même qui ont imposés, il a fallu que le bénéfice du soin se fasse sentir. Et c'est cet aspect du soin sur lequel nous nous penchons. Celui de la fin de l'hospitalisation précédente, où la séparation de l'institution a été possible, et les perspectives subjectivantes, ici dans l'appropriation du soin, qui ont pu s'ouvrir.

Laurent est un de ces adolescents si connus du service qu'ils y ont déposés une histoire. Le diagnostic de psychose a été posé tôt. Avec la puberté, l'installation de la maladie et l'augmentation des angoisses, des ruptures fréquentes et violentes survenaient à la maison et précipitaient les hospitalisations, avec peu de temps pour les préparer et une opposition violente. Laurent a vite déplacé sa persécution sur le service et les médecins. Ces magnas tout-puissants et étrangers qui intrusaient son intimité, le sortaient de chez lui et le déplaçaient dans un endroit hostile, séparé, arraché plutôt. Il a fallu de nombreuses hospitalisations à tenir et contenir ses projections pour que son psychiatre référent parvienne à lui signifier ses limites, marquant un tournant dans la prise en charge. Cette limite nous semble fondamentale. C'est pour le sujet la limite à notre toute-puissance insupportable.

Rappelons brièvement le déroulement du concept d'aire transitionnelle de Winnicott. (40) Cet espace mis en place dans le développement de l'enfant, dans un échange avec l'environnement maternant suffisamment bon. Une mère suffisamment bonne (41), qui passée l'étape de fusion de la préoccupation maternelle primaire, saura s'absenter de manière adéquate, ou être suffisamment inadéquate dans les réponses apportées à son enfant en demande. Ces petites absences, réponses non-immédiates, pas tout à fait en adéquation avec l'attente sont la condition pour l'enfant à la représentation interne, à l'introjection progressive de l'objet. Une mère trop bonne reviendrait immédiatement, ne laisserait pas éprouver l'absence à son enfant et ne lui permettrait pas d'apprendre progressivement la séparation. Cette activité de représentation est celle qui permet la capacité d'être seul (42), en présence de l'autre d'abord, avec des objets introjectés solides ensuite. L'enfant est aidé dans ce travail par des astuces de son génie. L'objet

transitionnel est la « première possession non-Moi » (40,43) (le doudou), substitut maternel sur lequel l'enfant peut encore pour un temps imprimer sa maîtrise toute-puissante pour y trouver réassurance en l'absence physique. Il sera progressivement désinvesti au profit de l'élaboration d'une aire transitionnelle reconnue comme n'étant pas tout à fait dedans et permettant d'accueillir la rencontre sans intrusion et de ne pas faire arrachement à la séparation. Il faut un espace transitionnel pour aider à prendre conscience de l'existence du monde extérieur, de l'autre, mais il faut avoir conscience de l'existence de ce monde extérieur pour s'y adapter en créant l'espace transitionnel.

Lorsque cet espace est fragile, en défaut comme dans les pathologies graves psychotiques, les risques sont ceux que nous souhaitons discuter. La persécution dans le trop près à l'autre et l'abandon quand il s'éloigne.

L'intérêt d'avoir pu dire à Laurent les limites de nos capacités à prendre soin de lui réside probablement là. Pouvoir dire la limite, c'est du soin qui limite le fantasme, chez le sujet, que nous serions cette mère toute-puissante, anticipant ses désirs et les tuant dans l'œuf, effrayante pour la potentialité d'effraction et d'anéantissement. C'est la crainte, nous l'avons vu avec tous les vécus de passivité, qui a lieu lorsqu'une hospitalisation est contrainte. Winnicott parle d'empiètement. L'espace libéré par cette réassurance est celui où peut se déployer quelque chose de la subjectivité. Une demande en l'occurrence.

Ce point appelle une autre remarque. Poser une limite peut se manifester sous les aspects d'une fin d'hospitalisation demandée par l'adolescent : « d'accord, pour l'instant nous ne pouvons pas t'aider, pas au-delà de ce que tu nous permets » pourrions-nous lui dire. Il fait alors l'expérience de sa parole qui compte. Même malade, cela ne l'ampute pas d'une parole de sujet. La maladie alors n'a plus ce pouvoir de désobjectivation. Elle n'enlève pas au sujet son humanité que contient sa capacité à faire des choix pour lui, sa responsabilité (pourrions-nous imaginer un impact sur la reconnaissance des troubles ?). Cela nous semble important à souligner. Loin de dire qu'à chaque fois qu'un adolescent rejette les soins il faut accéder à sa demande, dans

certaines dispositions, nous voulons parler du bénéfice thérapeutique de l'acte de se séparer à la demande du patient.

Pouvoir l'entendre, c'est en outre préparer une sortie, de la même façon que l'on prépare une admission. C'est repérer le mouvement de séparation du sujet, accepter qu'il fasse son expérience et pouvoir lui dire que sa décision ne nous détruit pas. Nous serons là s'il va mal et le désire. Et cela peut prémunir d'un point de rupture par un passage à l'acte du côté du patient (fugue, mises en danger...) mais également du côté soignant (travail permettant de ne pas envisager une sortie en réaction à un passage à l'acte par exemple).

Pouvoir envisager sous cet angle une fin d'hospitalisation (pas un arrêt des soins) c'est enfin travailler avec une équipe la gestion de l'agressivité qui peut nous saisir et la remettre du côté de la clinique et du soin.

Autre exemple celui d'Aurore, 16 ans, qui était hospitalisée quelques mois plus tôt dans un autre service de pédopsychiatrie. Le soin avait été interrompu devant les angoisses de séparation trop violentes. Elle avait trop peur d'être « gardée en psychiatrie ». Le diagnostic était alors celui d'une anorexie mentale avec les comorbidités de déscolarisation et d'alcoolisations aiguës. Aujourd'hui ces diagnostics apparaissent plutôt dans le champ d'une structure psychotique. « *Pendant le mois d'attente [de la première hospitalisation], on n'en parlait pas. J'étais dans le déni aussi, mais eux non plus n'en parlaient pas. Ça m'arrangeait. La deuxième fois a été plus claire* ». Probablement a-t-elle pu en effet se représenter plus clairement, ou simplement se représenter la séparation qui devenait envisageable. Ou comment, depuis la crainte de ne pouvoir se défaire de la psychiatrie, l'expérience de la séparation hospitalière précédente a pu entamer le déni, pour cette adolescente qui clame son autonomie, enserrée dans la « double dépendance » (44) (nous entendons ainsi avec Winnicott qu'il existe une dépendance consciente contre laquelle l'adolescent lutte et une totalement inconsciente) : « *Je ne suis pas très dépendante de ma famille. Il y a beaucoup d'amour, mais je peux vivre sans ma famille* ».

4.1.1.3. La séparation acceptée

Parmi les deux adolescents au départ opposés à l'hospitalisation, avec qui la période de préadmission a permis de travailler la demande, se trouve Alice.

Adolescente de 17 ans, hospitalisée pour la première fois à la Villa Ancely, et à deux reprises déjà en service de psychiatrie pour adolescent. Elle est suivie en hôpital de jour, l'indication concerne principalement l'introduction d'un traitement anti-psychotique (Clozapine) pour endiguer un délire d'infestation par des poux, accompagné de fortes angoisses. Elle garde un souvenir douloureux des séparations au cours des précédentes hospitalisations. Cette grande adolescente se présente heureuse de pouvoir rendre service. L'équipe me prévient qu'elle est fragile quant à la question qui nous occupe, et je prends toutes les précautions pour m'assurer de son désir de participer. Alice s'engage sans manifester d'inquiétude. Mais rapidement je vois l'adresse que je représente à ses angoisses. La réalité de la séparation déborde dans l'entretien, il ne s'agit plus de voir ce qu'elle peut en dire mais de parvenir à en maîtriser la réalité. Elle pleure à plusieurs reprises mais ne souhaite jamais arrêter l'entretien. Elle vérifie régulièrement auprès de moi l'engagement pris avec les soignants du service d'une hospitalisation courte. Elle fait montre d'une séduction toute infantile, usant dans le langage et le comportement d'un maniérisme de type régressif, cherchant à réveiller ce qu'il y aurait de plus maternant dans la rencontre, indistinctement.

Alice décrit bien l'anticipation anxieuse durant la pré-hospitalisation et l'ambivalence conséquente : « *J'étais d'accord pour aller mieux, mais l'hospitalisation me faisait peur* ». Le champ sémantique utilisé, « peur, panique, terrorisée » à l'annonce de l'hospitalisation indice un grand décalage maturatif et le risque de rupture du « sentiment continu d'exister ». Ne nous risquons pas à établir ici un lien trop resserré ou une causalité entre cette symptomatologie majeure de la séparation et la psychopathologie, apparentée à ce moment-là à une entrée dans la psychose, mais

cette situation nous semble tout à fait illustrer ce qui, de remaniement lié à la puberté et au pressenti de nécessité de la séparation, vient aggraver les symptômes. Elle le souligne ainsi : « *Les deux jours d'avant, j'allais moins bien. D'un côté j'étais d'accord, d'un autre terrorisée* » et « *Ils savent que des fois quand je suis hospitalisée, je vais encore plus mal tellement qu'ils me manquent* ».

Tout le fil de l'entretien nous indique ce qui tient l'engagement dans le soin de cette adolescente et représente pour elle une bouée directive à laquelle elle se tient quand l'angoisse la submerge. C'est bien la fonction de la préadmission qui apparaît, sinon dans l'émergence d'une demande, à minima dans le sens d'une adhésion aux soins. L'expérience, dont elle fait un retour négatif, des précédentes hospitalisations a pu faire repère pour les soignants dans l'intensité de ses angoisses de séparation. Le travail préliminaire a pu consister à travailler un contrat de soin dont l'hospitalisation courte et les visites fréquentes et programmées sont au centre. C'est la question de la fiabilité de la parole contre l'envahissement paranoïaque : « *Ça m'a rassurée [les entretiens avant l'admission]. Même beaucoup. On m'a expliqué que j'aurais des permissions. Souvent j'ai eu peur qu'on me dise ça que pour me rassurer et m'hospitaliser. Mais pour l'instant ils tiennent ce qu'ils disent* ».

4.1.2. La négociation de l'hospitalisation

La phase de préadmission est donc un temps essentiel à la préparation de la séparation par l'hospitalisation. Elle participe, nous l'avons vu, à l'appropriation du soin, à l'émergence d'une demande propre, indice d'une subjectivation en cours par un désir autonome.

C'est le temps de l'établissement d'un contrat de soin plus ou moins formalisé, et en tout cas d'un accord entre les parties qui, dans l'idéal, cesseraient d'être opposées pour devenir « des partenaires co-thérapeutes ». (45)

À la Villa Ancely, cette phase procède d'entretiens réguliers en deux temps. Avec l'adolescent d'abord et avec ses parents ensuite. Le thérapeute prenant soin de demander à l'adolescent ce qui peut être dit et ses réticences à divulguer telle ou telle partie de l'entretien. Il ne s'agit, en somme, que de respecter le secret médical. Mais cela est primordial pour situer le soin et dire sa fonction de soutien et de repérage des limites de son intimité qu'il s'engage à respecter. La limite cesse déjà d'être poreuse et le secret médical prend la fonction de pare-excitation. Les choses pourront d'autant plus être dites que l'adolescent aura l'assurance qu'il en maîtrise le flux.

Il existe également un temps, quand l'hospitalisation est envisagée, de visite de la structure, avec les parents, accompagnés d'un membre de l'équipe (infirmier ou éducateur).

Nous avons vu, avec Alice par exemple, que la fonction de représentation et de projection dans la suite de l'hospitalisation (visites, permissions, appels) lui a permis l'apaisement de ses angoisses de séparations.

C'est par la « négociation » avec l'adolescent que s'installe la rencontre, et l'ambiance de la nature du lien thérapeutique. Il s'agit de pouvoir surprendre le patient, en proposant une oreille attentive et non coercitive à ses prises de position et un jeu de compromis que les deux auront à tenir. « Les questions ne sont pas qui décide ? qui est le maître ? Mais sur quoi pouvons-nous nous accorder ? » (45). Et nous avons souvent constaté la portée de l'humour dans ce jeu.

Ce contrat ne dicte pas des valeurs et n'énonce pas un sens moral nous rappelle M. Corcos qui évince ainsi radicalement l'aspect juridique que le terme pourrait contenir. Il n'a pas pour mission d'entraver la liberté individuelle, eu égard aux règles de fonctionnement de la vie en groupe, mais vise au contraire l'extension de cette liberté entravée, par l'accession à la capacité de choisir.

Particulièrement intéressante est la « fonction protectrice du moi » de ce contrat dans un but d'économie narcissique. Il permet, nous dit Ph. Jeammet, « 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 » (11). La répétition symptomatique de la demande, prise dans l'aliénation à l'autre, lui est épargnée avec la composante « d'humiliation » qu'elle contient et la tentation avide de la passivité.

Ce contrat prépare le travail de l'hospitalisation, non pas en réglant au millimètre ce qui pourrait y advenir, mais en assumant que la subjectivité du patient pourra y trouver un terreau de déploiement favorable.

Le contrat, qui a « pour fonctions essentielles de se représenter pour le patient et le thérapeute la pulsionnalité et les limites [...] est in fine la référence tierce qui permet le travail thérapeutique dans un rapproché suffisamment sûr » résume M. Corcos.

Il annonce le cadre, tiers séparateur reprenant la fonction paternelle.

4.2. Travail de l'admission

4.2.1. La famille

Nous aborderons ici la famille à travers le vécu du patient, c'est-à-dire par ce qu'il se représente à lui-même du vécu parental de la séparation. Qu'est-ce qu'un adolescent hospitalisé peut s'en représenter ? Quelles conséquences sur son vécu de la séparation ? Comment ces représentations évoluent-elles au cours de l'hospitalisation ?

4.2.1.1. Famille dans l'institution

L'adolescent n'est pas encore un adulte. Une différence de poids dans la prise en charge de cette tranche d'âge consiste à faire une place de choix à la famille dans les soins, tout en respectant les conditions d'émergence de la subjectivité du patient. L'enjeu, sans faire effraction, en respectant les limites, voire en les signifiant est de remettre la problématique dans la dynamique familiale. L'adolescence est le temps du processus. S'il se trouve en panne, il faut rétablir le lien pour le réaménager. Se séparer n'est pas rompre le lien, mais bien plus le retravailler, et favoriser les liens investis à l'extérieur de la famille. L'institution doit donc aménager son action thérapeutique car « l'hospitalisation n'est pas un traitement individuel (G. Schmit, 2001) ». (17)

À la Villa Ancely, les parents sont accueillis sur un temps d'entretien conjoint en préadmission après avoir rencontré l'adolescent seul.

Au cours de l'hospitalisation, ils sont reçus seuls une fois par semaine, puis en présence de l'adolescent qui rejoint l'entretien.

Une référence familiale avec infirmiers et éducateurs est mise en place de sorte que les interlocuteurs sont fixes lors des appels dans le service et des rencontres informelles ou formelles.

La visite au moment de la préadmission et de l'admission se fait avec un soignant du service disponible à ce moment-là. Elle se veut transparente, sans mise en scène. Toutes les pièces sont montrées et le fonctionnement expliqué. La chambre d'isolement ne fait pas exception, avec son lit scellé et les contentions. Un discours rassurant accompagne cette visite quant à la rareté de la nécessité de son utilisation et la fonction apaisante qu'elle recouvre, en présence continue d'un soignant qui assure une contenance psychique. Le traitement si besoin est soumis à un accord avec eux en début d'hospitalisation. Ils sont informés enfin que le service ne procure jamais de soin spécifique (adaptation ou changement de traitement, usage de la contention, prise de

sang...) sans leur accord. Ils sont prévenus avant et si le temps manque, au plus vite après.

4.2.1.2. Perception du vécu de soulagement

Il y a les familles que l'hospitalisation soulage d'emblée et celles dont la représentation du soulagement par l'adolescent vient après-coup, passée l'étape de la séparation physique et de ses angoisses de séparation aveuglantes.

Prenons le cas d'Adam, 13,5 ans. Il est suivi depuis plusieurs années au CMP de la Villa Ancely pour des troubles du comportement, au collège en particulier. L'absence d'amélioration d'un sentiment diffus de persécution et d'une grande rigidité dans le rejet de la loi et de la responsabilité à l'extérieur, accompagné d'une hyperactivité, ont amené, à la demande de son pédopsychiatre référent, à poser l'indication d'hospitalisation. Le diagnostic est hésitant, le risque étant celui d'une entrée dans la psychose sur un mode paranoïaque. Lors de l'entretien, cet adolescent est courtois et particulièrement à l'aise. Il n'est nullement intimidé par la rencontre. Je comprends par la suite qu'il ne l'est jamais, reposant semble-t-il sur des assises narcissiques inébranlables. C'est un adolescent « pénard » comme il le dit lui-même. L'entretien d'Adam est peut-être celui qui révèle le plus de tranquillité dans la séparation, « *Je l'ai prise par le bon côté. C'est pour mon bien donc je me suis pas braqué* ». Il ne semble pas s'être inquiété de la façon dont ses parents se sont représentés l'hospitalisation « *Je sais pas* », occupé plutôt à découvrir un nouveau *fonctionnement* « *Il y a beaucoup de règles que j'accepte pas. A mes yeux ces règles ne sont pas pertinentes* » laissant aux médecins de l'unité loisir à observer et recueillir des symptômes. Quant à sa représentation du vécu parental en cours d'hospitalisation, elle n'est guère plus alarmée : « *Je sais pas. Ils veulent du changement. Ils sont soulagés je suppose. Depuis que je suis petit on travaille sur ça* » et c'est bien du côté du soin, de l'aide apportée, qu'il se représente le

soulagement de ses parents. Il est d'ailleurs le seul à ne repérer ni bénéfice ni dommage à la séparation. Les aspects sensitifs de l'hypothèse diagnostique iraient dans le sens d'une porosité aux émotions parentales. Tout porte à croire donc que cette séparation dont le déroulé est si paisible est aussi à mettre en lien avec une bonne capacité de ses parents à accueillir la séparation permettant une adéquation entre ce qu'ils lui en disent et ce qu'ils en vivent.

Le vécu d'Alice, nous allons le voir, souligne l'importance de cette adéquation. Pour mémoire, Alice est cette adolescente au délire d'infestation par des poux dont l'hospitalisation a été possible grâce au travail de la préadmission par l'assurance d'une courte durée d'hospitalisation et de permissions nombreuses.

Malgré l'expression, par la mère en particulier, de la souffrance et même de sa « *réticence* » à voir sa fille hospitalisée, Alice ressent chez eux un soulagement dont elle s'accommode mal. Elle résume comme suit ce que nous voudrions aborder : « *J'ai l'impression que c'est plus facile à gérer pour eux que pour moi. Ils ne ressentent pas ce que je ressens* ». C'est le drame vécu par Alice du risque de la séparation et des éprouvés différenciés. Cela revient à déchirer l'enveloppe fusionnelle de sorte que les éprouvés ne sont plus partagés. Nous pourrions l'interpréter dans le sens de la privation de sa réalité externe. « L'espace psychique élargi » d'Alice cesserait d'exister et l'amputerait d'une partie de sa réalité interne. Comme si, prenant le risque d'éprouver seule, elle cessait d'être validée dans son ressenti, pour cesser d'exister. Les angoisses de mort et d'abandon se mélangent.

Mais Alice n'en est-elle pas en amont de la construction d'un espace psychique élargi ? N'est-ce pas l'échec du jeu de la bobine et de la théorie de l'esprit auquel nous assistons ? C'est-à-dire que si Alice ne se représente pas ses parents en leur absence physique, elle ne se représente pas non plus que ses parents peuvent se la représenter

en son absence. Souhaiter voir ses parents souffrir n'a pas valeur de sadisme ici, cela serait plutôt à interpréter du côté de l'emprise inconsciente devant l'incapacité d'être seule.

Ce vécu n'a pas évolué à ce point de l'hospitalisation et aurait tendance à se renforcer : *« J'ai l'impression qu'ils le vivent plutôt bien. J'aurais bien aimé que ça soit un peu plus dur pour eux. J'ai l'impression que pour mon père c'est pas dur du tout. Ça me fait de la peine. Ils disent que la maison est vide, que je leur manque, mais sur leur visage ou dans leur façon de faire ça se voit pas »*. Il existe un décalage entre les ressentis transmis par la mère à sa fille et le soulagement perçu qu'Alice interprète du côté du rejet : « nous vivons mieux sans toi » nous dit-elle entendre. Alice ne peut appréhender que le manque et le soulagement peuvent coexister. Par suite, le soulagement des parents ne peut pas revêtir la valeur apaisante rencontrée dans le cas d'Adam.

Peut-être parce qu'il est non-dit devant la culpabilité parentale à l'éprouver. Il y a probablement une part de vérité dans ce soulagement perçu. Et n'est-ce pas sain et à soutenir ? La reconnaissance de cet affect peut être accompagnée par la nature de l'approche non jugeante, souvent rencontrée pour la première fois, des entretiens familiaux en cours d'hospitalisation. Ce sont des affects que les parents peuvent déposer dans le cadre des entretiens, pourquoi pas avant d'être rejoints par l'adolescent. C'est la fonction de la parole de rendre représentable l'inavouable pour le traiter à distance de la culpabilité. Et lorsque cela peut être entendu, accompagner c'est également amener les parents à s'engager dans un soutien ou une psychothérapie pour eux-mêmes. Entendons que la proposition de psychothérapie peut être perçue comme une agression si elle arrive au mauvais moment.

L'accompagnement est d'autant plus important que le soulagement d'une attente de réparation par l'institution peut cacher le déni d'un rejet effectif de leur enfant ou un déni de leur impuissance (pouvant conduire à leur propre décompensation, dépressive ou autre). Le travail de l'hospitalisation peut aborder cette question. Souvent dans ces familles, il s'agit de la première expérience à distance du milieu familial. Les permissions

répétées et aménagées pour les augmenter, les visites, les appels avec un parent qui répond ou rappelle en cas d'absence, tout cela peut contribuer des deux côtés à tranquilliser le lien. Il s'agit du bénéfice de l'expérience par la répétition dans le transfert soignant. Pas en cercle infini qui repasserait sans cesse par un point, mais en une spirale pour repasser par le même point mais un peu au-dessus à chaque tour. Nous ne parlons pas d'une exposition au facteur traumatique mais de la valeur thérapeutique de l'expérience en réunissant les conditions minimales de subjectivation institutionnelles. Nous n'ignorons pas cependant le potentiel traumatique de l'expérience « *C'est hard de faire vivre ça à des ados de notre âge* » nous dit Anaïs. Il faut l'avoir en tête pour le transformer en acte thérapeutique.

Le soulagement est le thème le plus fréquemment rencontré. Il peut être présent d'emblée, nous l'avons vu avec Adam, il peut être coupable avec le cas d'Alice, ou survenir par l'apaisement en cours d'hospitalisation.

4.2.1.3. Perception de vécus de tristesse et d'ambivalence

Parlant de tristesse et de douleur perçues chez les parents, nous souhaitons évoquer le cas d'Anaïs, 14 ans, hospitalisée pour une anorexie mentale. Elle était opposée à l'hospitalisation et dit l'avoir mal vécue : « *J'ai été surprise, j'étais en larmes et en colère contre les médecins* ». Ses parents dit-elle l'ont « *aussi mal* » vécue. Elle ajoute que « *en même temps, comme c'est un endroit de professionnels, ils se sont fiés aux médecins* ».

Dans ce cas, le tiers médical prend fonction de surface de projection de l'agressivité. L'entretien en est empli. On peut émettre l'hypothèse de ce que cela permet aux parents de préservation du lien en attendant que l'agressivité puisse s'éprouver sans le risque fantasmé de la destruction. Il s'agit pour Anaïs ici, mais pour beaucoup d'adolescents hospitalisés, de lui trouver bonne adresse pour être remise à sa place dans

le processus de séparation. Par le moyen tiercéisé de l'hospitalisation, l'agressivité peu à peu se déplace à l'endroit d'une critique parentale sans affrontement direct. Et la voie de la désidérialisation parentale, si angoissante pour la perte de repère qu'elle représente, fait chemin. À la question de ce qui dysfonctionnerait avec ses parents, elle adresse à son père le reproche d'être « *souvent absent. Il pourrait faire plus d'efforts. Être plus attentionné. On pourrait partager plus de choses* ». Bonne adresse également à trouver à « *l'injustice* » qu'elle dit éprouver dont on pourrait prendre le pari d'établir la source du côté de la castration œdipienne (elle n'a pas droit à son père) ou de l'injustice que représente la maladie et ses conséquences.

« *Ça dépend en fin de compte. D'un côté c'est pas cool du tout. Ça fait vivre plus de choses, on est plus autonomes, plus indépendants, mais je pense qu'il y a d'autres moyens. Tout ce qui se fait naturellement. Aller au collège puis au lycée. Ça se fait petit à petit. Là c'est brutal. Même si à mon âge on est toujours autonomes, on a une complicité avec nos parents. C'est toujours difficile de se séparer d'eux. Moi je me situe dans ceux qui se gèrent en étant proche de ses parents. Ça fait reprendre du poids, mais sous la contrainte. C'est hard de faire vivre ça à des ados de notre âge. On est confronté à des situations qu'on devrait pas forcément vivre. Même si c'est à cause de la maladie* ». S'il est important que la cause soit rejetée sur l'hospitalisation pour le moment, Anaïs accède à l'ambivalence par le travail de séparation qu'elle n'a pu faire par les moyens ordinaires qu'elle désigne bien.

Céline est cette adolescente anorexique qui souhaitait être hospitalisée et dont nous constatons la fonction séparatrice du symptôme dans une situation de fragilité maternelle. La première réaction identifiée quant au vécu parental est l'ambivalence : « *Mes parents voulaient mais voulaient pas* ». Pour la mère de Céline, les causes de son mal-être sont externes. L'origine est scolaire et dans le conflit avec le père d'une amie. Ce rejet des causes vers l'extérieur dit la fragilité quant à un questionnement

intrafamilial. A l'exploration d'une éventuelle critique parentale, Céline est saisie. Elle ne comprend pas la question et me demande de la reformuler. Sa réponse est si tranchée, « *Non, ça va vraiment très bien dès qu'ils sont là. J'essaie de profiter. Franchement tout va bien, même avant* », qu'elle ne manque pas d'évoquer une défense par formation réactionnelle. Elle doit préserver l'intégrité narcissique de ses parents devant la peur de leur propre défaillance constatée, ajourée par les soins que d'autres, meilleurs qu'eux pourraient lui apporter.

L'ambivalence, comme la réticence que nous aborderons un peu plus tard, peuvent mobiliser chez le thérapeute des contre-transferts difficiles à supporter. Assister à un repli dramatique ou rencontrer une adolescente à l'IMC catastrophique et se heurter à des parents réfractaires aux soins peut être particulièrement pénible. Pourtant, c'est bien cette disqualification qui est redoutée par les parents dans le déni ou dans la résignation « vous ne pourrez rien faire de plus », et cette crainte du jugement qui participe à faire le lit de positions rigides. « *Se fier aux médecins* » comme le dit Anaïs est une prise de risque pour les parents, et le symptôme peut servir l'intérêt de toute une famille à être immuable. Tous les efforts doivent être tentés pour légitimer les parents à leur place en évitant l'écueil, parfois subtil, de la mise en rivalité avec eux. Chez Céline, cela évolue dans le sens positif d'un partenariat : « *Au début ils étaient triste. Mais ils m'ont dit que j'avais raison et qu'ils étaient très fiers de moi. Je leur promets de continuer et de sortir* ». Elle peut surmonter la déception que représente une hospitalisation pour ses parents et elle-même en miroir (qui n'est pas sans évoquer le miroir au narcissisme de la mère dans une relation de séduction narcissique). L'épreuve qu'elle endure peut prendre valeur, par le travail de destigmatisation, de rite de passage au sens de l'épreuve dont on sort grandi. Ou pour le dire autrement, de narcissiquement dangereuse, une hospitalisation prend les atours du rite de passage qui promeut. Et ne serait-il pas intéressant de la présenter ainsi quand la plupart des auteurs s'accordent à faire du premier temps d'accueil celui de l'étayage narcissique ?

Ainsi, en dépit des aspects défensifs qui visent à protéger les parents de la supposée souffrance que la séparation leur causerait et dont ils seraient responsables dans la maladie, elle peut se décaler et conclure : « *Je voyais tout le temps mes parents. J'étais un peu comme un bébé. Faire des choses sans eux ça m'aide à murir* ».

Nous voudrions maintenant aborder la question que nous venons de soulever du soutien parental et du travail en collaboration, comme co-thérapeutes mais également co-soignés, à la manière de leur enfant. Poursuivons donc avec la question de la réticence des parents à l'hospitalisation, perçue par l'adolescent.

4.2.1.4. Perception du vécu de réticence

Pour cela prenons le cas de réticence à l'hospitalisation de la mère de Thomas. Nous avons déjà rencontré Thomas qui était opposé à l'hospitalisation dont l'indication portait sur un refus scolaire anxieux avec un repli au domicile de sa mère, confinant à l'incurie. Nous l'avons vu, il ne se présentait pas aux entretiens de préadmission. Ses parents, séparés depuis trois ans venaient sans lui. Si le père présentait une bonne accroche avec le service, la mère en revanche était fortement réticente, arguant d'une « hospitalisation précédente en clinique qui n'avait rien donné » pour prêter à la Villa Ancely la même incompétence. De toute façon « vous ne ferez rien de plus » adresse-t-elle, entre constat et sentence. Notons que les entretiens permettent d'envisager un fonctionnement psychotique chez cette mère. L'environnement tout entier semble mauvais. Nous rappelons que l'accord signé des deux parents est nécessaire pour débiter les soins.

Nous disions plus haut que tout devait être tenté pour maintenir un travail de concert avec les parents. Qu'en est-il lors de ces situations où toute tentative de soin est perçue

comme une ingérence dans l'intimité d'un mécanisme qui se voudrait hermétique ? Le temps est un luxe qui n'est pas toujours permis par l'état de santé psychique de l'adolescent, d'autant que la situation perdurait depuis longtemps déjà.

Rappelons le « credo narcissique » de Racamier : « ensemble nous nous suffisons, et n'avons besoin de personne ; ensemble et soudés, nous triompherons de tout ; si tu me quittes, je me meurs » (46). Le couple de la mère avec Thomas semble bien fonctionner sur un mode de « séduction narcissique » (46), cette force d'attraction que la mère tente coûte que coûte de maintenir et dans laquelle Thomas nous dit qu'il dépérit. Nous pouvons aisément imaginer ce que le départ du père trois ans plus tôt (mais n'a-t-il pas été forclos bien plus avant ?) a permis de renforcement de cette unité. La fonction de tiers, physiquement et à minima psychiquement présent, a cessé. Avec l'avènement de la puberté entre sa 13^{ème} et sa 16^{ème} année, quelle issue envisager pour les « forces sexuelles » et les « forces de croissance » ? Racamier nous dit la menace de l'inceste qui sourd dans cette unité mère-enfant « non pas liée, mais ligaturée ». Forts de ce que nous savons de « l'interminable » de ce fonctionnement où la « séductrice devient prédatrice », comment infléchir cette dynamique funèbre. Le symptôme de Thomas nous semble pouvoir être envisagé comme la chance à saisir, pour effectivement ingérer. Son talent à ce moment-là est de trouver une issue, si morbide soit-elle, à son propre investissement séducteur dans la dyade séductrice par le symptôme qui donne l'alerte. La scolarité est le seul tiers qui vaut à ce moment-là. Celui qui donne et relaie l'alerte face à l'absentéisme.

À cela, rappelons-nous les explorations théoriques de la troisième partie, nous pouvons ajouter la difficulté pour un adolescent dont l'image du père se dérobe au début de la puberté, à trouver appui à la transition de ses identifications. Nous pourrions en outre faire l'hypothèse d'un repli identificatoire vers la passivité de la mère : « *Généralement quand on dit à un enfant « je t'amène pas », ça ne lui donne pas envie. Elle ne m'imposait pas les cours comme elle aurait dû le faire. J'étais déjà puni au maximum de toute façon. Elle ne me poussait pas. Mon père n'est pas intervenu* ». Nous voyons bien nous semble-

t-il, la recherche de cadre qui n'est pas seulement question éducative « *J'étais déjà puni au maximum de toute façon* ». Nous voyons deux objectifs opposés dans cette passivité. Manifester sa volonté d'écart à la mère dont de « *captivé il devient captif* » (46) et mobiliser le père.

Dès lors, comment intervenir quand le lien apparaît destructeur ? Une partie de la solution a été le signalement. L'intervention de la loi et de son principe de réalité. La loi qui contraint, et à la frontière de la contrainte de la mère se trouve la liberté de l'enfant. La loi au sens légal, pour pouvoir réintroduire la loi du père au sens de Lacan. Nous ne prétendons pas que réintroduire le père dans sa réalité nominative doit être un principe général, mais dans ce cas, c'est bien la demande du père de Thomas et celle de ce dernier si nous voulons bien faire l'effort d'entendre son repli et ses défenses dans le langage comme un appel (pourvu que nous ne lui signifions pas frontalement) : « *Mon père. Il n'habite pas avec moi. Il est allé voir un psy. Il reste à l'écart de tout mais il est allé voir un psy* » et après une diatribe contre sa mère : « *Mon père je ne le vois quasiment jamais* ». L'institution se substitue à la fonction paternelle (cf. chapitre cadre de soin) pour trianguler la relation à la mère, éventuellement produire l'espace que pourrait investir le père de Thomas, mais surtout l'espace psychique produit par la séparation où son autonomie psychique peut se déployer. C'est l'espace qu'il nous intime de regarder dans ce langage qui a le bon goût de dire sans dire : « *Ça m'apporte rien du tout [l'hospitalisation]. De toute façon à la fin je serai dans le même état. Peut-être que ça se serait mieux passé sans l'hospitalisation. L'idée de reprendre les cours arrivait, mais on m'a hospitalisé à ce moment-là [silence...]. Ça c'est ce que je pense mais c'est pas forcément vrai. Même si je suis toujours en colère contre mes parents, ça peut toujours m'apporter quelque chose d'autre, mais moi je ne pense pas.* »

Julie a 16 ans. Elle est hospitalisée pour la première fois pour un refus scolaire anxieux avec un repli à la maison. Elle était suivie jusque-là en hôpital de jour pour adolescents,

où sa mère bénéficiait également d'un suivi psychologique. Elle a souhaité cette hospitalisation, sans que cela lui ait épargné les angoisses de la séparation, et sa mère ne « voulait pas au départ » nous dit-elle.

Cette opposition mère-fille laisse entendre la qualité de la demande de Julie dans une valence d'échappement au milieu familial. L'entretien pourtant comprend deux polarités. L'une est la force de repli à la maison, et même dans la chambre où elle passait « le plus clair de [son] temps », l'autre à l'opposé est la force séparatrice que fait valoir la demande notamment, d'autant plus activée que le premier mouvement rapproche. Ce n'est pas une contradiction, c'est un paradoxe adolescent de venir chercher le lien dont on redoute la dépendance. Elle ne dit jamais que ses parents lui manquent. Quand la question lui est posée directement elle répond : « *C'était plus le fait de partir de la maison. Sinon non* ». C'est toujours de quitter la maison qui représente la difficulté dans son discours. Comme si, devant la désillusion actuelle de la vie familiale, nous allons le voir, la solution était dans la cristallisation du temps de l'enfance avec le repli dans sa chambre. La séparation, nous serions tentés de penser, se déplace majoritairement sur le deuil de l'enfance et des parents d'alors, ceux du présent ne trouvant plus le même éclat à ses yeux. La peur que lui inspire l'avenir est dite et la lutte pour arrêter le temps est livrée : « *Ça a commencé en fin de 3^{ème} [le refus scolaire]. En 2^{nde} c'est moi qui voulais redoubler. Pour pouvoir savoir plus ce que je voulais faire. J'étais inquiète que les années avancement au lycée. Je ne sais pas vraiment pourquoi j'y vais plus* ».

La double valence de la chambre comprend d'ailleurs ce paradoxe. Elle est une retraite sécurisée face à la menace d'invasion. C'est le classique panneau sens interdit sur la porte qui vient délimiter l'espace psychique et va dans le sens de l'autonomie. Et elle est le lieu de l'enfance. A la fois retraite intime donc et agrippement au passé. Une aire géographique de transition en somme. La chambre se réaménage comme la scène psychique pour que s'y jouent peut-être à l'abri les scènes pubertaires, loin du risque incestuel que représente la présence parentale. C'est le premier espace à soi. Celui où la mère vient border l'enfant d'abord, avant que n'en soit maîtrisé l'accès et les

intrusions par l'adolescent. Le lieu est à l'abri de l'extérieur qui change, métaphore du corps et du réarrangement relationnel. Le repli dans la chambre est un même mouvement que le repli narcissique devant la crainte de fusion objectale d'E. Kestemberg. Revenons un instant à Thomas qui le disait ainsi : « *La chambre est un espace très important pour moi. Surtout depuis peu [...]. Il y a tous les souvenirs depuis que je suis tout petit. C'est mon espace à moi. J'avais pas de vie à l'extérieur. [...]* » et parlant du projet de déménagement de sa mère : « *Il n'y a pas que ma chambre. Il y a énormément de souvenirs dans toutes les pièces. J'ai pas envie de les perdre. [silence...] Je suis pas l'ado adapté pour parler de mes parents. Pour moi c'est pas difficile de me séparer* ». Ces deux adolescents partagent la même perte de motivation en réaction à la déception.

Julie est en quête d'espaces différenciés devant sa mère qu'elle perçoit à toutes les places. Elle occupe son espace de soin (à l'hôpital de jour), se montre réticente à la voir quitter le domicile pour la Villa Ancely, répand sa vie de couple, annule le père. En témoigne l'investissement des lieux de l'hospitalisation par Julie et de la chambre à plusieurs dont elle redoutait de faire l'expérience. La question d'une critique à l'égard de ses parents, outre la clarté du propos qui renseigne sur un processus de séparation déjà entamé, est éloquente à cet égard : « *Pleins de choses [fonctionnent mal]. On s'engueule très souvent. Ma mère se plaint beaucoup de mon père. Elle me raconte. Je lui dis « pourquoi tu pars pas », elle me dit qu'elle n'a pas envie. Elle se plaint mais elle reste. Moi je subis ça. Mon père s'occupe pas de moi parce qu'il ne comprend pas. Ma mère prend le rôle de mère et de père* ».

P. Ayoun (31) souligne ce qui apparaît important ici de la crise parentale coïncidant avec la crise de l'adolescent. C'est le pubertaire des parents de Ph. Gutton. Chacun des parents peut vivre « une crise du milieu de vie », réactivation de sa propre adolescence. L'alliance du couple parental peut être remise en question, et cela entraîne des alliances, des couplages nouveaux et risqués père-fille, mère-fils par exemple. Cette crise fragilise la différence des générations et compromet l'exercice des fonctions parentales de

soutien et d'interdit. La rigidité autoritariste et le copinage laxiste sont les deux dérives possibles des attitudes parentales. C'est à une forme de copinage que nous assistons ici, où il est demandé à Julie d'assurer la fonction de confidente jusqu'à une inversion des rôles où la fille constate l'incapacité de séparation de sa mère et se retrouve dans un conflit de loyauté. Plus haut nous assistions au rapproché du couple de Thomas et sa mère.

L'inquiétude de l'avenir est d'autant plus présente que le modèle parental est vacillant. Quel avenir pour moi quand le couple idéalisé de l'enfance se révèle si fragile ?

Le soin consiste à assurer un espace à Julie, et à rétablir le couple parental dans sa fonction. Il est nécessaire de rester adulte face aux adolescents. L'association de la famille dans le soin est d'autant plus importante que la situation est conflictuelle. Car l'hospitalisation peut être une occasion unique de mettre en évidence et de nommer certains conflits, pour les dépasser et les reformuler (31).

Il s'agit également pour Julie de faire avec cette mère en tenant ses limites. L'entretien montre qu'elle s'y attache déjà, l'hospitalisation représente la fiabilité de l'adulte qui reconnaît et soutient son positionnement.

Face à l'insécurité que représente l'avenir et la crainte de la non-reproductivité du modèle parental la « peur inverse la valeur du désir » (13). Julie se trouve au point de « basculement entre destructivité et créativité qui dépend parfois de la rencontre » nous dit Ph. Jeammet. C'est ce créneau que doit prendre l'hospitalisation.

4.2.1.5. Hospitalisations séquentielles

Samia, est une adolescente de 14 ans. Elle a été adoptée à l'âge de 4 ans par sa mère seule. Elle a fait de multiples séjours en clinique pédopsychiatrique pour adolescents. Avec une hypothèse diagnostique d'entrée dans la psychose, elle a été admise à la Vila Ancely un mois plus tôt avec rapidement introduction d'Aripiprazole. Elle se présente

discrète à l'entretien. Entre inhibition et distance du contact. Chez elle comme chez Laurent, la répétition des hospitalisations a permis une facilitation de la séparation. Nous le disions plus tôt, et nous l'observons ici, la ré-hospitalisation n'est pas synonyme de rechute, elle est à appréhender comme une reprise des processus de subjectivation : « *Ça fait rien de spécial. C'était plus difficile pour les 1ères hospitalisations* » répond-elle. Non seulement elle a pu faire une demande, mais encore se tranquilliser avec le vécu de sa mère : « *Ma mère a été attristée. Mais ça allait* » constate-t-elle à la remémoration de l'admission. Pour finalement s'affranchir de ces angoisses pendant le séjour : « *Je sais pas trop [comment ma mère vit la séparation]. J'y pense pas trop. J'ai l'habitude d'être hospitalisée* » et de pouvoir affirmer que « *non, [l'angoisse] c'est pas lié à la famille* »

Ainsi, pour cette adolescente dont la symptomatologie est grave, « *Moralement je suis pas très bien. Je suis plutôt triste. Je sais pas pourquoi. Physiquement je sais pas trop. Je suis pas tranquille dans mon corps* », les hospitalisations ont permis de développer une adaptativité qui apaise chez mère et fille la part d'angoisses liées à la séparation pour éclaircir la voie à la part d'expression de la maladie et mieux en reconnaître les troubles.

4.2.1.6. Contrat de soin et familles

L'établissement du contrat de soin implique toujours la famille. Elle est partie prenante dans son acceptation plus ou moins ambivalente. Il faut savoir non dénoncer crûment mais repérer et intégrer dans la compréhension ce qui se gère dans la dynamique familiale autour de la symptomatologie de l'adolescent, nous dit Maurice Corcos (45). Avant de préciser qu'à ce titre, on doit garder à l'esprit qu'il existe toujours un second contrat familial entre l'adolescent et ses parents, qui pervertit plus ou moins le premier et qui aggrave la confusion du patient. Rappelons-nous à cet égard la situation de Malia qui le jour de notre entretien était prise, en dépit du règlement, avec son téléphone portable dont elle se servait pour appeler ses amis et ses parents, sans que ces derniers n'en disent rien non plus dans le service. Moins attaquante quant au règlement, mais

tout aussi patente est la démultiplication des doudous au fil de l'hospitalisation dont l'initiative semble au moins autant celle de l'adolescente que de la mère. Ainsi telle adolescente revient à chaque permission avec un nouveau doudou acheté par sa mère « *J'avais un doudou. J'en ai deux depuis ce week-end. Le premier est un petit loup en marionnette. Je l'ai depuis que j'ai deux ou trois ans. Le deuxième c'est un pingouin que j'ai acheté au marché avec ma mère pendant la permission* » (Anaïs), telle autre avec la recharge en fragrances maternelles à grand renfort de parfum « *j'ai un doudou. J'avais arrêté, mais ma mère me l'a ramené depuis que je suis à l'hôpital. J'ai aussi son écharpe avec son odeur. Elle remet du parfum quand je lui demande* » (Malia), « *J'ai aussi un paréo de ma mère parfumé de son parfum. Je m'en sers de draps quand j'ai trop chaud* » (Anaïs). Et c'est l'effet hors-cadre de notre entretien qui permet d'accéder à ces révélations, les médecins et les soignants du service étant généralement tenus à distance de ces petites perversions du quotidien qui semblent travailler contre la séparation (nous reviendrons à l'accumulation des doudous dans la partie « Cadre et régression »). Prenons le parti de ne pas être dupes de ces adaptations de la marge, mais posons de nouveau la limite à notre connaissance et acceptons de ne pas tout savoir.

Le contrat crée les conditions de séparation. Il permet de faire tampon face au vécu d'agressivité et d'angoisse de la part des familles. Il permet nous l'avons vu la plupart du temps un soulagement lorsqu'il est accepté par les parents, que ce soit d'emblée ou au cours de l'hospitalisation avec un retentissement sur le vécu de l'adolescent. Mais il se montre parfois insuffisant à contrôler une « fascination morbide ou une complicité masochique » (45) plus ou moins inconsciente. C'est pourquoi dans le contrat de soin avec l'adolescent il est inclus tacitement que l'on va « traiter les parents par procuration » (D.W. Winnicott). Et dans certains cas, nous parvenons à orienter la famille vers un suivi psychologique différencié. « 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 un des parents, une parenté

d'autant plus angoissante qu'inconsciente, mais ressentie comme productive, vivante, constitutive ». (45)

Au refus de l'hospitalisation de certains parents, nous ne pouvons pas manquer d'évoquer la représentation sociale négative de la psychiatrie, d'autant qu'il y a une hérédité forte à ce sentiment, souvent partagé par l'adolescent, et toute la famille. Nombreux sont les adolescents inquiets à l'idée de justifier de leur absence auprès de leurs pairs.

La stigmatisation pour les parents n'est plus seulement celle que la psychiatrie représente à l'endroit de la société mais également celle qu'elle représente à eux-mêmes avec le risque de deuil de l'enfant idéal. Sans compter que la psychiatrie a longtemps culpabilisé les parents, et les mères en particulier (rappelons-nous de la responsabilité des mères d'enfants autistes ou schizophrènes). Si le premier deuil, au moment de la naissance, trouve résolution heureuse dans la séduction narcissique (normale des premiers temps) nous dit Racamier, qu'elle issue risque celui-ci ? Quelle violence pour l'adolescent de constater en fantasme ou en réalité la déception de ses parents ? Autant de questions que l'accompagnement de l'adolescent et de ses parents ne peut éviter d'aborder en hospitalisation.

4.2.2. Le cadre de soin

À la lumière de ces situations cliniques, nous voudrions aborder la fonction du cadre de soins.

4.2.2.1. Psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle, née après-guerre suite à la critique du modèle asilaire initiée, et s'appuyant sur ses deux jambes du communisme et de la

psychanalyse, s'intéressait d'abord aux soins des psychotiques, dont on savait depuis Freud et son étude des « névroses narcissiques » qu'ils n'étaient pas adaptés au transfert dans la cure analytique type. L'expérience des institutions, avec leur visée d'accueil humaniste, a montré qu'un autre type de transfert pouvait s'établir en institution, et s'y établir fortement : le « transfert dissocié » de Jean Oury (47) (ou « multiréférencé » de Tosquelles). Le sujet investit à différentes adresses son rapport à l'autre, particulièrement dans la psychose où le clivage est très présent, souvent indifféremment quant au statut du professionnel.

Si nous nous autorisons cette relative digression, c'est que chez l'adolescent, nul besoin de se trouver dans le cadre de la psychose pour que ce dispositif présente un intérêt similaire. Nous l'avons, vu, la relation duelle dans la psychothérapie individuelle n'est pas toujours possible. Elle peut être tenue à distance car menaçante, faisant craindre l'envahissement, ou bien être sujette à un investissement massif. Ces deux aspects, nous l'avons abordé, peuvent en outre coexister en un paradoxe. C'est là l'intérêt du cadre de l'hospitalisation dont nous voudrions faire ce chapitre.

Pour cela, reprenons la conceptualisation de Pierre Delion. (48) Il nomme « constellation transférentielle » le transfert dissocié de Jean Oury amenant la notion de cohérence du transfert par le travail de l'institution soignante. Cette dernière revêt d'abord une « fonction phorique » par l'accueil à plusieurs niveaux, non encore connus, mais suffisamment adaptables pour se préparer à l'inconnu de la rencontre en sécurité. L'ensemble des soignants (en l'occurrence infirmiers, internes, éducateurs, médecins, psychologues, psychomotriciens, stagiaires) se dispose à accueillir un sujet en souffrance et à l'accompagner. Cela se rapproche de la « clinique du holding » inspirée de Winnicott par laquelle « le cadre institutionnel lui-même sert de contenant et, éventuellement, de surface de projection ». (49). P. Delion nous dit qu'il s'agit chez ces

individus « qui ont besoin de portage pour pouvoir suivre leur destin pulsionnel [de] proposer un espace, physique et psychique, dans lequel ce qui est de non-lieu va pouvoir devenir événement. Là seulement peut s'opérer le début d'une temporalisation transférentielle [...] ». C'est sur ce cadre phorique que vont pouvoir se jouer « les autres fonctions sémaphoriques et métaphoriques ».

La fonction sémaphorique consiste, à partir de la base transférentielle de la fonction phorique, en cet échange de « signes », au sens sémiologique du terme, dont se chargent les soignants. C'est tout le corpus du non-représentable, de l'impensable de l'adolescent qui est recueilli et qu'il faudra bien pouvoir échanger pour en faire quelque chose de cohérent, étant donnée la diffraction du transfert. « Les signes étant exprimables quelque part, dans quelque lieu, vont pouvoir se polariser vers un appareil psychique disposé à les recevoir et à les organiser. Cet appareil psychique de plusieurs soignants constitue en quelque sorte la feuille d'assertion, celle dont M. Balat nous dit qu'elle est le lieu sémaphorique de ce qui est à interpréter. Cette fonction sémaphorique est fondamentale puisqu'elle engramme les signe-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse. C'est dans le mouvement transfert-contre-transfert qu'elle va apparaître ». Entre alors en jeu, quelle que soit l'école de l'institution, toute la fonction des réunions, synthèses et autres groupes de travail pour « expliciter le mouvement en fonction du ou des malades, vider le trop-plein des affects éprouvés par les membres de l'équipe ». (50)

Vient finalement la « fonction métaphorique » qui produit le sens non pas à adresser directement au patient mais à incrémenter dans la compréhension du fonctionnement, venant par-là améliorer la fonction phorique et ainsi de suite, « la symbolisation s'avérant entre autres comme la forme la plus sophistiquée de la contenance » (51). Laissons à P. Delion le soin de le dire au mieux : « Il s'agit donc bien d'un travail d'interprétation. Mais ce travail d'interprétation, s'il ne peut se faire que dans le cadre du contre-transfert institutionnel, c'est-à-dire en situation d'élaboration et de perlaboration de la constellation transférentielle, va se trouver confronté à la validité

de ses hypothèses, non pas sur un plan structural synchronique, puisque c'est en quelque sorte ce qui en fait tout l'intérêt, mais sur le plan de leurs articulations avec la diachronie de l'histoire familiale. C'est pourquoi il semble tout à fait essentiel de lier ces hypothèses structurales avec la dynamique historique familiale... ». (48)

4.2.2.2. Contenance psychique et étayage de la réalité externe

« Le cadre a une action contenant, pare-excitante car liante des éprouvés ». (45) Cette contenance est ce qui permet de créer les conditions d'une représentation et d'une élaboration chez le patient et d'autoriser la « fonction interprétante du thérapeute ». La fonction métaphorique soutient l'idée de garder l'interprétation pour la redistribuer dans l'adaptation du cadre. Particulièrement à l'adolescence où le narcissisme vacille, le risque serait l'interprétation sauvage avec au mieux de l'inutile, au pire la perte de l'alliance « il n'a rien compris, comment pourrait-il m'aider ? », voire la fragilisation narcissique.

Les contradictions sont courantes au fil des entretiens, nous en avons cité régulièrement. Elles menacent la cohésion de l'adolescent. L'institution est le tiers non figuré qui peut permettre leur conciliation (nous avons vu avec Ph. Gutton que plus le tiers interdicteur est anonymisé, plus la défense paranoïaque est apaisée. Cela nous semble procéder du même mécanisme).

Ph. Jeammet s'appuie sur son concept de réalité externe pour comprendre et adapter le tiers que représente l'hospitalisation. Il souligne 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 [nous entendons ici un autre aspect de l'intérêt de la diffraction du transfert]. 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 leur rôle économique et c'est tout un espace de nouveau fonctionnement qui se trouve ouvert rendant possible la création de nouveaux investissements ». (52). Et nous pourrions conclure en le citant que « 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 jouent à deux, sans place pour le tiers ».

4.2.2.3. Cadre et transitionnalité

Le cadre est à envisager comme un processus tiers plus que comme un objet défini dans un espace-temps nous dit M. Corcos. Il est ce que l'institution peut produire dans la mise en place des conditions favorisant la séparation psychique. Sa fonction séparatrice ménage l'espace dans lequel, au cours du soin, peut se passer la rencontre entre le dedans et le dehors. Cette aire aménagée est celle de l'illusion commune, « au plus proche de la réalité interne du désir » du patient.

Et M. Girard de mettre en garde sur l'usage simplifié que l'on aurait de ce concept de Winnicott, « la transitionnalité ne se perfuse pas à un patient qui en manque ». (53) Elle se joue au quotidien, dans l'ambiance du service, le plaisir à fonctionner ensemble, c'est-à-dire à « répandre » (53) de manière transversale les bénéfices de notre propre accès à cette aire de jeu et de rencontre. On envisage bien dès lors l'importance que des appuis fiables tiennent, sans que tout soit réglé. Il faut que tout ne soit pas prévu dans la façon dont on prend en charge un patient, a fortiori un adolescent. Il faut de l'inconnu où il circule, « un peu à la manière dont l'enfant va circuler entre les parents sans que l'un ou l'autre empiète sur l'espace relationnel qui se construit avec l'un et l'autre ». (53) La question est particulièrement aiguë quand il s'agit d'adolescents qui se replient vers le négativisme. Comment faire soin sans empiéter, comment ne pas désirer pour

eux, rester dans la non-sédution, pour ne pas étouffer leurs subjectivités quand précisément la question à la maison était de trouver une place ? Une réponse apportée par M. Girard consiste à tenir les conditions d'un vacillement subjectif dans le temps. Tenir des conditions minimales, par le cadre, qui évite la personnification d'un médecin tout-puissant demandeur, en restant vigilant à ne pas séduire.

La reprise de la transitionnalité note M. Corcos, quand elle advient, passe par un mouvement dépressif. Celui de la position dépressive où l'agressivité est permise pour faire espace. Elle s'exprime souvent à l'adolescence par le passage à l'acte. Partant, nous percevons l'importance de tenir avec souplesse, de ne pas écraser ces violences qui sont autant d'indices d'une ébauche de subjectivité. Pour autant, marquer les limites rassure l'adolescent. Sa pulsionnalité ne va pas déborder. C'est le cadre à mémoire de forme ou bord caoutchouc qui s'aménage dans le quotidien, au cas par cas, en équipe, faisant montre de créativité. Il faut pouvoir entendre les refus de Thomas de participer aux ateliers. Il faut pouvoir reprendre l'épisode du téléphone caché de Malia, sans pour autant modifier le contrat. Si le cadre est mis à mal c'est bien parce qu'il y a transfert à l'œuvre. « Ces attaques doivent être comprises avec Winnicott comme des moyens d'utilisation de l'objet » rappelle M. Corcos. (45,54)

Les entretiens médicaux ne font pas exception. Pris dans le cadre (un entretien avec le pédopsychiatre référent, deux avec l'interne référent par semaine de manière protocolisée), la qualité de leur investissement est à mettre en lien certes avec la capacité de représentation et d'élaboration, mais aussi avec l'enjeu relationnel sous-tendu.

4.2.2.4. Les entretiens

4.2.2.4.1. Cadre et transfert

Reprenons le contrat de soin à cet égard. Il est aussi pare-excitant et protecteur pour le thérapeute. Il est le tiers pour lui aussi qui évite les deux écueils de la séduction (trop près) et de la position éducative (trop loin). Cette séduction dont nous parlions précédemment qui dans le quotidien pourrait se repérer quand vient à l'esprit « je suis le seul à pouvoir aider cet adolescent » ou « personne ne comprend mieux que moi cette situation » et encore « je ne peux vraiment parler à personne de cette prise en charge ». L'éducation serait une relation entravée par des considérations techniques, « jargonantes », augmentant le sentiment d'emprise chez le patient et le tenant à distance dans un vague sentiment de rejet, loin des affects et éprouvés.

Alain Braconnier (55) pose la question d'une alliance précoce, nécessaire à la rencontre, et d'une alliance plus tardive dans laquelle le transfert psychothérapique pourrait s'établir. Dans le temps de ce processus, nous pourrions considérer que l'entretien médical fait partie du dispositif institutionnel. Le transfert n'est pas absent mais diffracté à plusieurs endroits choisis par l'adolescent, dont le thérapeute en entretien, chacun pouvant permettre de « décondenser » les actes d'une partition jouée.

L'avidité du transfert massif et brutal rappelle M. Corcos ramène à la problématique de dépendance-autonomie. D'où la difficulté sensible à prêter son appareil psychique à un adolescent en panne d'élaboration. La parole à cet âge n'est pas le moyen relationnel privilégié qui serait plutôt du côté de l'agir. Elle peut sans y prendre garde trahir les affects nous dit E. Kestemberg (20), expliquant ainsi la réserve ou la méfiance à dire. Les trouvailles de l'entretien, quand elles ont lieu, ont pour objectif de faire « appréhender l'écart entre le personnage et les désirs du sujet » (56). Et si le patient participe aux

trouvailles dans cette créativité à deux, le postulat de Winnicott devient primordial, de ne pas relever le plaisir pris par l'adolescent et encore moins avec qui.

Terminer un entretien c'est aussi se séparer. Il est notable que lorsqu'un adolescent parvient à s'installer dans l'entretien, la fin de la rencontre est parfois difficile à entendre et nécessite d'être clairement énoncée. Certains restent assis, et semblent ne jamais vouloir se lever. Permettons nous d'évoquer ici un même mécanisme de clivage qui se produit souvent en fin d'hospitalisation chez des patientes anorexiques qui atteignent le poids de sortie sur une courbe régulière depuis plusieurs semaines mais perdent du poids la veille. Ou Aurore qui nous dit dans un discours confus car clivé : « *J'étais censée sortir demain mais je suis pas très bien.* »

Je ne peux pas rester dans un lieu, j'ai envie de prendre la vie. J'ai envie de faire tellement de choses à l'extérieur, ça se bousculait, je n'avais plus envie de rester là. Je suis quand même indépendante, j'aime ma liberté ».

D'autres ne peuvent attendre la fin pour la provoquer brutalement. Nous pensons à un adolescent adopté à un âge tardif de la latence, présentant un trouble grave de la personnalité de type état-limite. Les fins d'entretiens glissaient quasi systématiquement vers une dégradation de la relation (se gardant même quelques sujets sensibles pour les dernières minutes). Quitter l'entretien ne pouvait se faire qu'en claquant la porte, le protégeant du risque d'attachement dans le transfert. Nous assistions à un « recours à l'acte » pour court-circuiter la pensée (57) et devancer le risque du lien détruit en maîtrisant son éclatement. Le cadre contient donc, aux deux sens du terme, cette violence adressée au patient de se séparer de lui, et permet au thérapeute la force de la signifier à chaque fois.

C'est ce cadre qu'il s'agit pour le thérapeute de tenir, en maintenant les rencontres hebdomadaires (ce dernier adolescent les refusait souvent), en assumant la violence qui

s'exerce contre lui et en mettant au travail ses contre-attitudes. Cela jusqu'à ce que le cadre et sa permanence puissent être intégrés dans le fonctionnement psychique du patient.

« L'espace que constitue la psychothérapie ou l'institution 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 ». (45). Aurore illustre pour nous ce propos : « [Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service ?] *Oui, tout est fait pour qu'on soit bien malgré les contraintes du cadre. On n'est pas des objets, on est pris en compte.* [Des choses que tu n'aimes pas ?] *Le cadre est strict mais c'est ce qu'il faut. C'est ce que je suis venue chercher* ».

Et nous comprenons, devant la fragilité de ces rencontres le risque de l'interprétation considérée par R. Roussillon comme « détransitionnalisante », persécutrice, « lorsqu'elle démasque trop crûment un processus ou un déni qu'il était encore nécessaire de maintenir au secret, de respecter ». (58)

Pour E. Kestemberg il ne s'agit d'ailleurs pas tant d'un travail de cure type avec la mise en sens qu'elle suppose que d'une rencontre identificatoire au cours de laquelle l'adolescent peut s'identifier au « plaisir à penser » (20) du thérapeute et remettre ses fonctions cognitives en marche. Elle rappelle en outre que les mécanismes de défense « ne doivent pas être pris à la lettre, mais bien plutôt être interprétés comme autant de positions momentanément utiles pour répondre à l'anxiété qui les sous-tend. » (20)

4.2.2.4.2. Mécanismes de défense adolescents

Quels sont ces astuces de l'inconscient pour maintenir une organisation du Moi fonctionnelle ? Le sujet ici ne serait pas d'établir un profil des panels défensifs opérants qui diffèrent selon la psychopathologie, mais au regard de notre travail d'analyse de contenu des entretiens, et dans le champ plus global de ce chapitre, il nous a paru intéressant de faire un tour des mécanismes courants que l'adolescent déploie.

Nous entendons, avec E. Kestemberg, que ces mécanismes sont à entendre du côté d'une séparation suffisante pour la création d'un espace transitionnel avec un accès à la mentalisation, à la symbolisation. En amont seraient ces réactivations de « défenses archaïques faisant obstacle à tout lien et à toute symbolisation que constituent le clivage, le déni, la projection, l'acting ou la somatisation » (59) qui sont en général abandonnées au décours du conflit œdipien.

Nous ne parlerons pas des défenses classiquement rencontrées chez le sujet névrosé mais de celles qui sont spécifiques à cet âge. À ce titre une synthèse a été réalisée par A. Braconnier.

Pour lui, les nouvelles modalités défensives sont :

- La bêtise : recours d'urgence lorsque les possibilités actuelles du sujet pour traiter ses émois sont momentanément ou durablement débordées. La bêtise s'oppose à l'humour, procédé plus évolué qui implique des instances psychiques suffisamment différenciées et surtout un Surmoi bienveillant.
- L'ascétisme : rejet massif du corps s'opposant aux fantasmes incestueux, une répression des pulsions sexuelles, un refus des plaisirs. Ce rejet s'étend ensuite défensivement à tout ce qui peut procurer du plaisir (anorexie, par exemple). Contrôle du corps pour lutter contre l'angoisse d'en perdre la maîtrise sous l'effet des pulsions.
- L'intellectualisation : mêmes fonctions que l'ascétisme : contention et maîtrise des pulsions.
- La sublimation : processus qui compte d'activités humaines apparemment sans

rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique, créative, et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés. (60)

A celles-ci, nous pourrions ajouter, sans exhaustivité :

- La formation réactionnelle, attitude ou habitus psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci, (60) et au sein de laquelle nous retrouvons la rationalisation.
- La rigidité dont Ph. Jeammet note qu'elle est une constante dans les « critères communs » adolescents.
- Les attitudes de prestance face à la blessure narcissique.

4.2.2.5. La régression

La régression (cf. 3^{ème} chapitre) permet de rendre actuels des processus qui ont échoués et de les dépasser. Elle est particulièrement favorisée par l'hospitalisation qui accompagne les adolescents à tous les moments de la journée. Depuis l'anorexique sondée qu'il faut nourrir, aux repas plus ordinaires dans la salle commune, en passant par la douche du soir ou du matin, les levers, les temps de consolation...

Il ne suffit pas de réunir ces conditions pour qu'une régression soit opérante. Sans le cadre que nous venons de décrire, et l'accueil psychique qu'il présente, point de

processus thérapeutique. Et au contraire, le résultat pourrait être dommageable. Nous nous référons ici au travail de Winnicott (26) et prenons garde au patient qui régresse « parce qu'un nouvel environnement lui offre la possibilité d'une dépendance », livrant ici le concept de « régression à la dépendance » chez ces patients qui n'ont pas fait « l'addition des expériences de fiabilité introjectée », parlant principalement des patients psychotiques et des « cas limites ». La valeur de l'organisation de ces patients est perçue par l'auteur comme défensive, « tendue vers l'invulnérabilité » face aux défaillances précoces de l'environnement qui ont exposé l'enfant à l'imprévisible. Le faux self établi peut tomber si l'environnement transmet quelque chose de suffisamment fiable. Le vrai self qui apparaît hautement fragile signifie que « nous permettons au patient d'abandonner l'invulnérabilité et de devenir quelqu'un qui souffre » et alors « nos erreurs et nos échecs deviennent de nouveaux traumatismes ». L'auteur montre toute la précaution et la difficulté devant de telles prises en charges qui annoncent « souffrance pour le patient comme pour le thérapeute », et interroge la nature de nos motivations de soignant.

Nous pensons ici au risque de la régression chez les patients état-limites dont les hospitalisations sont généralement préparées avec grand soin. La préadmission insiste bien sur les attentes modérées, à intégrer dans le parcours de soins, et sur la durée courte de séjour, quitte à se montrer disponible sur une prochaine courte hospitalisation. Ce sont ces adolescents dont on craint qu'ils se sentent « trop » bien, « trop » rapidement.

Les adolescents limites sont caractérisés par la destructivité qui les habite : désorganisation psychique, auto-sabotage, dépression ou au contraire idéalisation massive, menaces suicidaires, violences qui renvoient en permanence à des questions concernant la vie et la mort (61). Pour M. Botbol, la place de l'institution est alors fondamentale dans les phénomènes d'intrication-désintrication et de liaison-déliaison des mouvements de vie et des mouvements de mort. Dans sa deuxième théorie des pulsions (62), Freud notait que la pulsion de mort apparaissait souvent intriquée dans la

pulsion de vie. Cependant, il semble que les adolescents que nous avons à prendre en charge peuvent exprimer des mouvements de morts indépendamment des mouvements de vie. L'institution, par son pouvoir de régression va alors exacerber ce phénomène de désintrinsication mais aura également la tâche de réintriquer mouvements de vie et mouvements de mort (61). Cependant, en exacerbant les mouvements de vie et de mort des adolescents, l'institution et ses soignants s'exposent à des phénomènes de résonance entre la pathologie des patients et les failles de la structure de soins (61). Cela peut conduire à des excès dans les investissements et désinvestissements, une violence exacerbée des affects tant du côté des patients que des soignants. Le travail de ces différents mouvements peut alors constituer un des principaux leviers d'une thérapie médiée par l'institution.

En fait de régression, nous voudrions revenir à l'utilisation faite des doudous apparue lors de nos entretiens. La séparation active les alarmes de l'attachement. Le discours de certaines adolescentes à cet égard est manifeste. Alice dit clairement que « *le doudou la remplace un peu* [sa maman] » avec une régression visible dans le langage ; une autre précise qu'elle ne l'utilisait plus jusqu'à l'hospitalisation. Il nous semble que cela illustre le retour à un point de fixation dans une régression ordinaire, indiquant une reprise de la transitionnalité. Ce qui nous a semblé plus trouble en revanche c'est l'accumulation. Plus tôt nous nous posions la question d'un éventuel travail contre la séparation par ce second contrat familial tacite. Qu'en est-il ? Jusque-là, nous n'avions pas envisagé que le nombre était important dans la fonction de l'objet transitionnel puisqu'il indique en fait un phénomène transitionnel. Celui de la maîtrise d'un objet substitut maternel ni dedans ni dehors en attendant son introjection suffisante pour s'en passer. Alors pourquoi ce nombre interpelle-t-il ? La démultiplication laisse penser que le phénomène n'opère pas. Et l'accumulation d'évoquer le recours à l'objet comme à une substance addictive. Empruntons à Joyce Mc Dougall (63) son concept des « solutions addictives », qui sont recherchées dans le monde extérieur de solutions au manque d'introjection

d'objets internes fiables. Elle nomme ces substances « objets transitoires » et non transitionnels puisqu'ils sont éphémères, à renouveler sans cesse. Ces doudous en nombre seraient alors des solutions auto-calmanes empruntant « la voie courte » (B. Bensidoun) du colmatage du manque, et non des objets permettant les phénomènes transitionnels empruntant la « voie longue » de la représentation-illusion fantasmatique de l'objet introjecté qui rassure. La présence de parfum et du paréo qui enveloppe était déjà évocatrice par l'éloignement au simple suçotement de la langue qui peut tenir lieu de phénomène transitionnel. Nous nous rapprochons plus en cela de « l'objet fétiche » qui comble le manque sans être jamais incorporé.

Mais n'est-ce pas là justement, dans cette coprésence d'indices d'un espace transitionnel fragile (il y avait un doudou dans l'enfance) et d'échecs momentanés (tant du côté adolescent que du parent qui participe, nous l'avons vu, à alarmer le système d'attachement de son enfant) que réside le soin, par ce qu'il permet, dans un cadre thérapeutique sécuritaire, de revivre ? N'est-ce pas là en fait l'illustration concrète d'un phénomène régressif opérant ?

Une autre illustration est tout aussi patente pour le contrepoint flagrant qu'elle oppose. Voici la résistance à la régression d'Aurore : « *Oui. Elle n'est pas du tout personnalisée [sa chambre]. C'est la défensive qui revient de pas trop vouloir m'approprier ce genre de lieu. C'est volontaire. C'est un blocage. J'ai énormément de doudous à la maison, mais pas ici. J'ai pas envie d'amener les doudous de mon enfance merveilleuse ici, que ça prenne l'odeur. Je suis pas bloquée dans mon enfance à pas vouloir grandir. Je n'ai pas de problème qui puisse venir de là* ». Aménager la chambre c'est déjà renoncer au symptôme anorexique. Elle n'y restera pas de toute façon. Cette non-régression qui passe par le refus d'investir le lieu, c'est le refus de soin, refus de séparation.

M. Girard énonce que le devenir de l'objet transitionnel n'est pas de venir à l'intérieur,

d'être refoulé ou oublié, et on n'a pas à en faire le deuil... Le devenir de la transitionnalité est de « se répandre » ; l'espace transitionnel est un espace de transmission. (53) La transition est toute trouvée pour aborder dans le chapitre qui suit un espace de mise au travail subtil de la séparation, car peu repéré par les adolescents pour ce qu'il est.

4.2.3. Les ateliers médiatisés, liens avec la question de la séparation

Délimitons artificiellement plusieurs niveaux de lecture de la question des ateliers avec celle de la séparation.

4.2.3.1. Les ateliers médiatisés à l'échelle du cadre

Considérons d'abord que les ateliers sont contenus dans le cadre de l'hospitalisation. L'adolescent y a accès d'emblée ou après quelques jours s'il le souhaite pour se familiariser avec l'ambiance du service et faire un choix au plus juste, sans les appréhensions de la découverte du groupe, rencontré à côté sur les temps informels et de vie ensemble, et après avoir éventuellement pris le temps d'y réfléchir et d'en discuter avec des membres de l'équipe ou du groupe adolescent. Pas de précipitation en somme, dans le sens d'une possibilité de représentation d'un espace non empiété. Les ateliers, avec des animateurs différents font partie de la trame dans laquelle l'adolescent circule et peut exprimer un désir (53), ne serait-ce parfois que par le moyen défensif d'un choix par élimination... Dans le cas d'ateliers spécifiques, comme des sorties exceptionnelles, ils peuvent être proposés à certains adolescents selon la clinique (dont la nécessité plus ou moins grande de contenance à l'extérieur), les objectifs cliniques recherchés, et ils sont adaptés selon la composition du groupe.

En outre, les ateliers sont dans le cadre ce qu'il y a peut-être de plus saillant de ce que l'adulte propose à l'adolescent. Les jours et horaires sont fixes, les animateurs

permanents. Leur simple disponibilité dit déjà une attente, voire un désir, à l'endroit des adolescents. Pour cela, ils sont une cible de choix aux attaques du cadre. C'est l'intérêt que présente le refus de Thomas, mais de nombre d'autres adolescents (Benjamin, Julie, Laurent, Claire). Il est frappant de constater que sur nos douze entretiens, cinq adolescents disent refuser et ne pas être intéressés par les ateliers.

Il faut pouvoir rester mobile face à la rigidité de ces positions et leur permettre de faire marche-arrière quand, à l'occasion d'échanges entre eux, naît un désir de participer.

Certains adolescents encore finissent par venir ne serait-ce que pour afficher plus ostensiblement leur refus de participer en restant sur la touche. Mais ne soyons pas si sûrs de l'inutilité de cette position, être présent c'est déjà faire une expérience du groupe créé, nous allons le voir.

Outre la position active du refus, nous ne pouvons pas négliger qu'un tel mouvement est aussi celui d'une appréhension, eu égard à la fantasmagorie que recèlent ces participations. Il s'agit bien de s'exposer quand précisément le repli vise à protéger le narcissisme.

4.2.3.2. Aspects intrasubjectifs

Un second niveau correspondrait à la nature des ateliers qui engage différemment l'adolescent.

Certains demandent une production par un processus créatif : peinture, écriture, terre. La créativité est pour Freud un moyen de sublimation privilégié des pulsions sexuelles, nous l'avons vu. Quand le processus réussit, il peut être le lieu d'élaboration des scènes pubertaires. Anaïs peut ainsi dessiner des loups sans la prise en défaut du signifiant « *par exemple mon premier dessin en atelier était un loup* » dit-elle, « *je suis une grande passionnée des loups. C'est fascinant, majestueux, intelligent, beau. Deux loups ne se ressemblent jamais. Au niveau de la robe, du pelage. Ils ont un système de hiérarchie* ».

La hiérarchie qui assure à chacun sa place sans risque de confusion générationnelle. Anaïs qui résume en outre la critique parentale à l'absence de son père qui « *pourrait être plus attentionné* » (ce qui n'empêche pas une défaillance du père dans la réalité, mais son absence ne rassure en rien les projections œdipiennes. Pourquoi ce père s'échappe-t-il, pourrait-elle se dire inconsciemment, si ce n'est pour échapper à ce risque de la puberté). Voilà un exemple de déplacement dont l'intérêt est d'avancer sous couvert de pudeur, ailleurs que dans les mots.

Mais la demande de créativité expose à son défaut. Que leur faisons-nous vivre quand la créativité n'est pas au rendez-vous ? Nous abordons plus tôt l'aire transitionnelle qui ouvre sur les phénomènes transitionnels qui diffusent tout au long de la vie vers la créativité et l'espace social et culturel. Si certains comme Anaïs peuvent s'en saisir, comprenons aussi les larges refus comme autant de positions de prestance temporaires et nécessaires pour que ne soit pas pris en défaut l'idéal au piège de l'épreuve de réalité.

Il faut déjà avoir constitué des objets internes stables rappelle J.L. Duquesne, et donc avoir suffisamment avancé dans son travail d'autonomisation, pour pouvoir rencontrer, affronter, la créativité des autres. C'est bien par sa créativité que l'autre fait le plus la preuve qu'il est différencié. C'est donc bien par sa créativité différente qu'il marque à la fois son altérité et le fait qu'il échappe à notre toute-puissance. De plus, l'acte de création a inévitablement quelque chose de solitaire et cela renvoie à la solitude du créateur et en miroir, à la nôtre. Être à l'aise face à la créativité de l'autre nécessite donc d'être suffisamment tranquille avec son propre sentiment de solitude, ainsi qu'avec la perte de toute-puissance qui veut dire renoncement à la fusion mère-enfant.

D'autres ateliers sont orientés vers le rapport au corps : esthétique, relaxation, sens, escalade et théâtre (bien que ces deux derniers fassent autant appel à la créativité du corps dans l'espace). Ce corps qui change à l'adolescence est pris sous les assauts des tentatives désespérées de maîtrise, chez les anorexiques notamment. Il est notable que la question des ateliers soit probablement la plus éludée des entretiens, de manière

quasi systématique (excepté Anaïs qui parvient à dire). Les réponses sont globalement pauvres et il n'a pas été aisé d'aller plus loin. Nous entendons que la question a pu être trop directe (« Parles-tu de la séparation au cours des ateliers ») au regard de dispositifs pensés justement pour faire émerger autrement. Aussi prenons ces réactions comme autant d'indices d'enjeux qui ont donc bien lieu autour du non-représentable qui s'y joue.

Depuis la relaxation et le fameux « lâcher-prise » qu'elle poursuit avec toutes les craintes de submersions par les éprouvés de plaisir dans le corps, jusqu'à l'escalade dont Anaïs nous dit « *c'est un de mes préférés. C'est original. C'est pas courant de se lâcher, en hauteur, avoir confiance en soi* ». Du lâcher-prise du rocher maternel, elle fait l'expérience de l'angoisse du vide et d'une corde qui fait le lien et arrête la chute, à chaque fois. Et de repartir. Sans oublier un camarade qui en bas tient l'assureur (ce petit dispositif qui retient la corde au baudrier), preuve s'il en est que l'investissement de l'autre peut prendre le relais d'une paroi devenue trop verticale. Autre exemple, celui de l'atelier esthétique. Outre le lieu d'une activité autour de la féminisation de l'apparence avec le regard dans le miroir, il est aussi, Céline nous le rappelle, intériorisation de fonctions accomplies par les parents (64) dans le « prendre soin de soi », sans question de genre « *Même si je suis ici, j'arrive à me faire plaisir, à être bien. Au début de l'hospitalisation, c'était les adultes qui me demandaient [de prendre soin de moi]. Maintenant je le fais moi-même. Et en atelier esthétique.* »

Et l'autre que l'adolescent est amené à rencontrer, dans sa participation à la contenance, amène à la partie suivante des ateliers qui se font en groupe.

4.2.3.3. Aspects intersubjectifs

Un autre niveau serait ici celui de l'intersubjectif au service de l'intrasubjectif. Indépendamment de la nature de l'atelier, participer à la création du groupe qui tient est l'aspect thérapeutique que nous soulignons.

Ce sont les fonctions de « holding » et « handling » empruntées à Winnicott qui permettent par translation une approche compréhensive d'un groupe de patients et soignants à faire tenir ensemble, amenées par J.L. Duquesne. (65) Il s'adresse plutôt aux groupes d'enfants, mais les aspects régressifs rencontrés en hospitalisation rendent cette théorie actuelle pour les adolescents, et en particuliers les jeunes patients psychotiques.

Winnicott désigne par le terme de « holding » (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. L'aspect essentiel du maintien, souligne-t-il, est le fait de tenir physiquement l'enfant. Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère. (49)

Le « handling » est la manipulation corporelle. Ce sont ces contacts et mises en mouvements qui aident le bébé à sentir son corps comme une unité, les îlots étant reliés par ces sensations dans un tout prenant un sens. Les « morceaux » maintenus ensemble par le holding prennent ici un sens grâce aux interactions enrichissantes entre chacune des « parties ».

Le groupe est donc ici une métaphore de l'individu dans son unité à construire et souvent menacée. Il faut rassembler pour que le groupe tienne.

L'analogie au handling tient à la mise en interaction des membres du groupe qui en écho prennent conscience de leurs altérités, comme les manipulations du bébé dans le bain par la mère lui permettent de relier les « morceaux » de son corps en une unité

cohérente. C'est l'ensemble des questions de mise en sens, « que faisons-nous ici ensemble ? », « Qu'est-ce qu'on va faire ensemble ? ». Celles-là même qui souvent donnent aux patients l'idée que tout ça ne sert à rien. J.L. Duquesne résume ainsi : « comment faire tenir ensemble (holding), dans un contenant fiable (la salle), différentes personnes (enfants et thérapeutes) afin de les mettre en interactions (handling) enrichissantes et afin de former un tout qui a un sens (le groupe) ».

Ainsi, ces adolescents dans l'éviction de pensée, telle Alice qui débordée par l'angoisse du temps long énonce qu'elle fait « *Le plus [d'ateliers] possible pour passer le temps* ». Elle s'y rend comme elle se rend en cours dit-elle. N'y voyons plus alors une simple activité occupationnelle, mais déjà, un premier niveau de rencontre de l'altérité qui préfigure la sienne.

Pour Ph. Jeammet, les ateliers à plusieurs sont la possibilité d'un échange sans la question du pouvoir, de la supériorité ou de l'envie. Il les définit « zones de communauté a-conflictuelles ». (13)

4.2.4. Le groupe

Terminer ce travail par le groupe c'est aussi souligner, dans la séparation, une destination des identifications infantiles parentales vers des investissements extérieurs. Le groupe à l'adolescence porte cette fonction de relai par des identifications à l'idéal du groupe. Il est une aire de transition entre la main lâchée des parents et la marche à l'aveugle de l'individu adulte qui avance dans le noir et supporte le spéculaire qui l'habite. Ainsi chez les adolescents, « l'identification à l'idéal du groupe quel qu'il soit, incarné par leurs congénères, leur sert provisoirement d'idéal du Moi et leur permet de reprendre un mouvement évolutif que l'instauration de la puberté acquise risquait de compromettre gravement », (20) au regard de la proximité parentale. Le groupe a cette

fonction de « nourrir les identifications et la faim d'objet, ainsi que le sentiment d'appartenance à une nouvelle génération » (25). Cette transition par le mélange dans le groupe est un étayage du narcissisme. Jacques Schiavinato (2) parle de « double narcissique incarné dans le groupe sur lequel chaque adolescent va pouvoir s'appuyer pour restaurer l'image fragilisée, voire disqualifiée, qu'il peut avoir de lui-même ».

Comment cet investissement du groupe résiste-t-il à l'hospitalisation. A-t-il lieu ? Sous quelles modalités ou singularités ? Poursuivons notre travail comme nous l'avions commencé en regardant ce que les adolescents ont à en dire.

4.2.4.1. Jeux de rôles :

L'enjeu qui se profile consiste en cette question : « comment être ensemble et séparément, chacun étant pris dans ce dilemme qui veut que, pour être soi, il faut se nourrir des autres et en même temps s'en différencier ». (2)

L'adolescent se trouve en meilleure position pour appréhender sa subjectivité par les rôles qu'il s'attribue et distribue dans le groupe.

Thomas, dans son agrippement au passé, se souvient du groupe formé dans l'établissement précédent : « *[là-bas], le groupe m'aidait à m'en sortir. On discutait de nos problèmes. Ici j'ai plus l'impression de rejeter que d'être dans un groupe. J'aime pas les rejeter* ». Ce groupe est idéalisé et, convoqué dans le présent, rend l'expérience actuelle décevante. Qu'est-ce qui n'est pas décevant à l'épreuve de l'idéalisation ? Ces traits obsessionnels ont leur utilité pour le moment, mais ce n'est déjà plus la question. Thomas, nous le citons encore, aimerait « *essayer que ça se passe mieux avec les personnes exclues* ». Voilà le rôle de sauveur qu'il s'attribue dans le groupe. Son idéal du Moi sauve le rejeté qu'il est lui-même. Il souhaite réintégrer l'exclu, à l'endroit de sa propre exclusion au monde et de sa difficulté à y revenir sans perdre la face. Il y a comme

toujours chez Thomas la nécessité de déplacer son désir ailleurs, sur le groupe ici, pour le rendre anonyme.

A titre de parenthèse, nous pourrions souligner un phénomène classique de groupe où la cohésion est permise par le ralliement autour d'un bouc-émissaire, à la fois exclu et nécessaire au groupe. La vigilance s'impose chez les soignants à repérer ces mouvements d'exclusion. Nous imaginons qu'il ne s'agit pas de prévenir et d'éradiquer absolument ces mouvements, mais de repérer avec l'adolescent ce qui se rejoue de son fonctionnement et du rôle qu'il s'attribue dans le groupe pour l'aider à en sortir. C'est encore une fois le risque de l'empiètement à déresponsabiliser un adolescent sous couvert de bienveillance et à entraver son individuation. Convenons cependant pour nuancer le propos que, lors de certaines situations de grande vulnérabilité, c'est aussi la fonction de préoccupation maternelle de pouvoir protéger un adolescent en difficulté. Soulignons également que le bouc-émissaire permet l'attaque de cette communauté égalitaire du groupe et réintroduit l'altérité. (66)

Une autre figure récurrente est celle du leader. Si elle n'est pas représentée dans nos entretiens, c'est sa fréquence qui la convoque ici. Nous pensons à cet adolescent dont nous parlions plus tôt qui terminait les entretiens par des mouvements de colère subits. Ceux-là ne manquaient pas d'impressionner devant la puissance physique de cet adolescent, plus en avance que la plupart quant à sa stature. Il était leader et se déplaçait rarement sans une cour d'adolescentes et quelques subordonnés complices. Nous faisons l'hypothèse que cela tenait, par la prestance, un narcissisme fragile. Mais au regard des garçons moins à l'aise en apparence, il permettait également que vienne se rejouer une identification en dehors du risque de la rivalité œdipienne. Il y avait rivalité bien entendu, mais à distance de ce père indestituable avec la projection possible d'une place à prendre. « L'image du père est écartée chaque fois que se constitue un groupe comprenant un meneur... l'adulte jeune fait le plus souvent partie quant à l'exercice de sa sexualité, d'un groupe imaginaire dont le meneur est Don Juan » (67).

4.2.4.2. Fonction régressive du groupe

Le vécu le plus représenté dans les entretiens et permettant de faire groupe est la possibilité de partage des éprouvés. Éprouver ensemble des difficultés pour sortir de l'angoisse d'un éprouvé qui isole tant qu'il n'est pas reconnu dans l'autre. Rappelons-nous depuis quelques temps, à l'occasion d'évènements dramatiques, les mouvements de rassemblement sur les grandes places de France. N'y a-t-il pas un lien entre l'horreur d'un sentiment perçu dans la solitude et la recherche de son apaisement par l'expérience de la fusion des éprouvés. Nous voyons là une fonction régressive du groupe, vers le collage initial. La fonction de miroir au mal-être permet de valider la réalité d'une existence dont le risque serait qu'elle verse dans le parcellaire, le morcelée, l'étrange (nul besoin de faire l'expérience de la psychose pour cela à l'adolescence, la première étrangeté étant dans le corps qui change). Samia ou Benjamin qui disent si peu, donnent alors à entendre qu'ils sont « rassurés » et aidés en n'étant « pas seuls », sans même avoir à échanger en mots, nous laissent-ils penser.

Le groupe en hospitalisation permet peut-être en premier lieu de valider l'angoisse et ce qu'elle a d'impalpable, à l'instar d'Aurore « *j'ai conscience de mon angoisse depuis la 1ère hospitalisation. Avant je la ressentais pas même si on me le disait* ». Découvrir que l'angoisse s'appelle angoisse, ce n'est pas rare à cet âge, mais c'est probablement ce qui a échoué à se dire en famille (cf. Groupe et suppléance familiale). C'est le signifiant qui circule dans le groupe de pairs et relie au monde des Hommes.

4.2.4.3. Le groupe normal

Faire groupe est une façon de renouer avec le normal nous disent beaucoup d'adolescents. Ou de ne pas dénouer le normal de l'extérieur et de s'octroyer, dans

l'espace qui n'est que soin, un appui dans la réalité extérieure. Par suite, c'est aussi pour l'équipe soignante un trait d'union avec la vie dehors qui permet une contingence entre soin et principe de réalité. « *C'est comme si on allait au collège* » dit Anaïs. C'est un bastion de normalité depuis lequel, par les contreforts narcissiques qui le maintiennent, ont lieu des allées et venues dans les espaces plus confrontant, tels que le sont les entretiens par exemple. Une manière de sas vers l'adulte soignant (cf. partie Le groupe et les adultes). C'est l'adolescent qui après un entretien revient sur le canapé au milieu du groupe et métabolise. Aurore repère ainsi le bénéfice du groupe : « *C'est un peu comme dans la vraie vie [...] C'est pas vraiment conscient. C'est sur l'ambiance. Je saurais pas dire ce que ça m'apporte. Ça donne la possibilité que ce soit vivable de créer des liens* ».

Ce qu'elle nous dit rejoint la fonction de divertissement par le groupe, au sens étymologique, quand il détourne de la souffrance quotidienne.

4.2.4.4. Faire du même, au bénéfice du risque

Les assemblages par profils psychopathologiques sont fréquents, en particulier chez les patientes anorexiques. « *Forcément quelqu'un qui vit la même chose saura quoi dire pour rassurer* » énonce Malia. Cela rappelle la fonction apaisante de « l'éprouver ensemble ». Mais il nous semble qu'il existe ici un écart à ce que Thomas dit au sens large du bénéfice à échanger en dehors du conflit générationnel. Les patientes qui ont une anorexie mentale évoquent souvent, au cours de ces entretiens, le sentiment d'être incomprises, de leurs parents d'abord, mais également de l'ensemble des soignants. Elles trouvent dans ces petits groupes de quoi faire du même. C'est la parole attendue, reflet de ce qu'elles ont envie d'entendre, qui fait lien. Rappelons-nous encore de Claire, prise dans les affres de la dépression, au visage marqué, qui, à la question de sa perception d'un esprit de groupe dans le service répond : « *Entre certaines filles qui ont la même maladie oui. Mais à part ça, pas trop* ». Nous nous interrogeons sur la nature

du lien. L'autre est-il altérité ou double ? Et le risque encouru n'est-il pas celui du choix d'objet narcissique, avec la possibilité mélancolique qu'une séparation révélerait par un vécu d'arrachement d'une partie du Moi ? (68) Ou pour le dire autrement le spectre de la mélancolie n'est-il pas force anti-séparatrice chez ces adolescents qui font du même dans le lien ? Le choix d'objet narcissique est-il une solution à la non-séparation ?

4.2.4.5. La suppléance parentale

Il y a celle dont nous parlions en introduisant ce chapitre : la suppléance des identifications dans une voie progrédiente, vers la construction de l'identité. C'est le cas de Malia, « *c'est comme une famille* ». Mais dans cette dernière phrase déjà, la limite est ténue avec ce que nous pourrions identifier qui n'advient pas chez Alice : « *Pendant la première hospitalisation, il y avait une amie, donc mes parents ne me manquaient pas trop. À la deuxième non. Ça a été très dur* ». Il n'y a plus ce jeu de déplacement-réarrangement des identifications. L'autre est imago parental par simple translation du mode relationnel infantile, sans réarrangement.

Chez Claire non plus le déplacement n'opère pas. Cela apparaît avec la question d'un apaisement éventuel du manque de ses parents par la présence d'autres adolescents : « *Non parce-que j'ai jamais été très à l'aise avec les autres adolescents, et c'est pas comme la famille* ». Elle n'en est pas à pouvoir vivre et investir un lien en dehors du cercle familial. L'autre étant étranger à la famille ne fait qu'en relever le contraste. « Plus tu diffères et plus ma famille me manque car tu me rappelles que tu n'es pas elle » entendons-nous.

4.2.4.6. Groupe, entre contenance et roulements

Pour ces adolescents dont l'enveloppe psychique apparaît « trouée comme une passoire

», pour reprendre Didier Anzieu (69), le groupe peut constituer une enveloppe commune délimitant le dedans du dehors. Une sorte d'exosquelette provisoire pourvoyant à un sentiment d'appartenance. C'est la fonction de holding que nous rencontrons plus tôt dans les ateliers médiatisés en groupe.

Le groupe est aussi une expérience des séparations vécues à plusieurs. Comme des poupées russes, ce que nous constatons dans une salle d'atelier en présence de soignants se joue également dans le cadre général de l'hospitalisation et des scènes de la vie quotidienne. Chaque départ, à l'occasion d'une sortie définitive par exemple, expose à la crainte de rupture de l'enveloppe les adolescents dont l'objet interne est le plus embryonnaire. Les départs sont d'ailleurs en général marqués par une petite célébration autour de gâteaux et boissons confectionnés en cuisine pour signifier qu'il est aussi le début d'autre chose. Alice fait l'expérience de réactivations d'angoisses de séparation voire de morcellement quand un adolescent quitte le groupe. Elle s'en protège en aménageant l'investissement de départ : « *Ils me remontent le moral. Mais dans mon groupe il y en a qui partent bientôt. Ça m'inquiète. Mais ça va, on n'est pas encore hyper proches* ». Alice n'est pas subjectivée au point de pouvoir imaginer qu'elle apporte quelque chose à la relation. Il y a là une fonction « utilitariste » à voir comme une sauvegarde. Le mot est rude mais permet d'évoquer les contre-attitudes que dans la durée ces adolescents entraînent souvent. Dans leur « adhésivité », demande perpétuelle de réassurance, l'autre subvient à la demande comme une mère qui doit être toujours disponible.

Cela interroge encore une fois la valeur de la présence de l'autre. Il semble qu'il puisse être fétichisé pour combler le manque sans investissement au-delà. Ainsi pour Julie, « *Il y a quelqu'un dans la chambre* » et cela suffit à pouvoir être un peu seule. Le groupe est l'occasion de franchir un pas dans un cadre narcissiquement sécuritaire vers l'expérience de la rencontre. Il est aire transitionnelle groupale qui tient en germe les aires transitionnelles individuelles.

4.2.4.7. Identifications et psychopathologie, identification à la psychopathologie

Mais le groupe fait peur. La mise en groupe de plusieurs sujets qui ne se connaissent pas et ne se sont pas choisis, peut être considérée comme une violence. Nous posons la question de la possibilité du mouvement d'identification dans le groupe d'une hospitalisation. Quelle voie aux identifications dans un groupe de pairs en souffrance ? Le processus peut-il avoir lieu où est-ce traumatique, allant éventuellement en sens inverse de l'idée générale de la reconnaissance des troubles ? On pourrait imaginer ce que cela a de violent de faire faire groupe à des adolescents qui partagent un mal-être, très différent parfois d'un adolescent à l'autre, pouvant faire barrage aux identifications, voire générer de la méfiance ou de l'hostilité. Comment mettre de l'idéal dans un groupe malade ?

D'abord constatons que c'est aussi un étayage des parties saines qui a lieu, pour reprendre Pinel. C'est bien la partie de l'adolescence qui se déploie dans le groupe. Il est d'ailleurs manifeste que ces groupes n'ont pas lieu avec la même ampleur dans les services d'hospitalisation temps plein d'adultes.

Ensuite, une réponse est avancée par Winnicott. (70) Il constate que si les groupes adolescents se rassemblent autour « d'intérêt communs [...] à cause d'un état de tourments qu'il serait malhonnête d'essayer d'éviter », ils se saisissent des individus malades qui gravitent en marge « pour rendre réelle leur propre symptomatologie en puissance ». Ainsi choisit-il quelques exemples : « En marge de chaque groupe, nous trouvons un garçon (ou une fille) dépressif qui tente de se suicider. C'est alors que le groupe tout entier manifeste une humeur dépressive et est « avec » celui qui a fait cette tentative. Un autre casse une vitre sans raison. Le groupe tout entier est maintenant avec celui qui casse la vitre. Un autre, suivi par ceux qui se trouvaient là, entre par

effraction dans un magasin pour voler quelques cigarettes ou fait quelque chose qui éveille l'attention de la loi. Tout le groupe est maintenant avec ce délinquant ».

Enfin, remarquons ce qui, chez Laurent, a fait trace dans la multiplication des hospitalisations. Le processus de séparation ayant progressé, une différenciation a éclos pour permettre une inscription affine, non identique, dans les groupes qu'il rencontre. Il peut dire « *C'est mieux d'être à plusieurs. On est plus fort. C'est de l'entre-aide. Il faut voir à pas tomber dans le mauvais groupe* ».

4.2.4.8. Groupe d'adolescents contre groupe soignant

Terminons sur le fil de ces identifications à l'individu en souffrance. Le groupe peut se construire contre l'adulte quand le mineur présente des comportements oppositionnels voire délinquants incarnant l'idéal du groupe. Un phénomène de bande peut apparaître et « s'organiser sur un mode antisocial » repère Shiavinato (2). C'est le mouvement révolutionnaire adolescent. Aussi n'est-il pas rare d'avoir dans les services des mouvements d'opposition, vents de protestation. Mais « ne prêtons pas abusivement trop précocement des contenus à un sujet qui est à la recherche d'un contenant » nous dit R. Puyuelo (2). Et E. Kestemberg rappelle qu'il ne faut pas y voir « une appréciation négative de ces activités de groupe » (20) mais qu'il faut prendre garde cependant à ne pas voir glisser un adolescent vers des conduites qui lui porteraient préjudice ensuite au regard de la loi. C'est là une fonction, nous rappelle Shiavinato commentant le texte de R. Puyuelo, de l'éducatif porté par les soignants, emboîté dans le cadre de soin, qui assure une fonction de pare-excitation.

Partant, peut se jouer ou se rejouer dans le groupe la mise en conflictualisation nécessaire à la séparation. Ainsi, au fil des entretiens, nous constatons que si quelques soignants sont choisis par un adolescent pour la confiance qu'ils peuvent porter, beaucoup sont investis pour les imagos parentales qu'ils incarnent, et ont à tenir, unis mais souples face au groupe qui les défie.

Enfin, adolescents et soignants peuvent, à l'occasion de groupes de parole, se trouver réunis dans un objectif thérapeutique clairement établi puisque nous sommes à la frontière entre phénomène de groupe et atelier médiatisé. Chacun, amenant son histoire (et un profil psychopathologique différent), se fond dans cette régression que nous présentions plus tôt accédant à une toute-puissance collective. En vivant peu à peu dans le groupe « l'impossible illusion d'une uniformité parfaite, [par les petites accroches à chaque séance], les participants sont réintroduits au registre des différences, à cette dimension des autres, et se trouvent en quelque sorte relancés dans le processus même de leur adolescence ». (66)

Le groupe adolescent en institution est d'abord un groupe d'adolescents permettant que ne s'arrête pas, et si possible, que s'initie ou se relance le processus normal des identifications groupales. L'institution qui fait soin est celle qui repère, favorise, tolère et le cas échéant pose les limites des mouvements adolescents de groupe. La séparation se joue dans le groupe et se rejoue. D'abord concrètement, dans la réalité des arrivées et départs de membres du groupe qui mettent en tension l'enveloppe groupale comme les enveloppes psychiques individuelles. Et à plus fort grossissement, en favorisant les processus maturatifs (de différenciation et subjectivation) que sont les investissements identificatoires (jeux de rôle), le soutien du narcissisme par la projection d'un idéal groupal (dans une cause commune qui peut-être l'opposition au groupe soignant), ou la régression indifférenciée, depuis laquelle l'adolescent transite vers des espaces et des adultes différenciés de l'institution et rencontre l'altérité de ses congénères qui se co-construit. Des limites seraient des phénomènes de couplage au même figeant la non-séparation. Ou encore la dérive de l'identification sur un mode antisocial, vers des conduites répréhensibles.

5. Discussion

5.1. Faut-il penser des alternatives ?

Nous avons vu que la séparation est souvent difficile pour un adolescent et sa famille lors d'une hospitalisation. Pourtant le bénéfice apparaît la plupart du temps relativement rapidement aux adolescents. Nous avons été étonnés de les voir si clairement établir les bienfaits de la séparation quant à la dernière question. La plupart des adolescents rencontrés pour ce travail s'apaisent et accèdent à l'ambivalence, sans attendre l'après-coup, prenant parfois à revers certains positionnement pris au début de la rencontre. C'est probablement un effet de cadre qui nous a permis d'être confidents car extérieurs au cadre de soin.

Cependant, pour quelques adolescents, nous pensons en particulier à Alice et à Claire, le parcours des hospitalisations répétées et interrompues devant l'intensité des angoisses de séparation, a pu être traumatique. Faut-il considérer que, l'hospitalisation actuelle étant plus supportable que les autres, pour Alice notamment, la souffrance endurée vaut la peine d'être traversée ? Dès l'admission la crainte a été de ne jamais ressortir, et elle ne s'est pas réellement apaisée avant la sortie, bien que de son propre discours, cette hospitalisation fût la plus facile. Quel est le bénéfice de la répétition lorsque l'objet interne apparaît le plus fragile, le plus embryonnaire disions-nous, quand n'est pas acquise la capacité à être seul en l'absence de leurs parents, et qu'une position dépressive n'est pas atteinte ou élaborée ? Et s'il y en a un, à quel prix et au bout de combien de temps ?

Nous voudrions souligner l'expérience suivante. L'équipe de la Clinique Dupré de Sceaux a fait paraître deux observations d'adolescents (un cas de mélancolie et un état mixte délirant) dont la prise en charge fut innovante en ceci qu'à l'opposé de la séparation habituelle, la modalité de l'hospitalisation a consisté à demander une présence maximale des parents auprès du patient durant la première partie du soin. (71) « Il a pu

arriver que la séparation ait été appliquée de manière trop systématique, et l'intolérance angoissée de l'adolescent à cette séparation considérée comme la confirmation de son indication ». L'équipe constatait que les troubles de certains patients étaient exacerbés par l'effet de cette séparation avec le risque dans la réponse à cette aggravation, d'une escalade thérapeutique (médicamenteuse, contention...). La seule alternative du psychiatre face à l'intolérance du patient ou de sa famille à cet isolement est de devoir renoncer à la fois à la séparation et à l'hospitalisation, comme cela a pu se produire pour Alice. Les auteurs évoquent les adaptations du cadre avec de courtes visites et permissions programmées dès l'admission pour les cas fragiles. Mais les deux cas présentés vont plus loin. Il s'est agi, non seulement de ne pas proposer une période d'isolement de l'environnement familial, mais au contraire de demander aux parents une disponibilité et un temps de présence importants auprès de leur enfant, particulièrement en début d'hospitalisation.

L'équipe propose que, dans certains cas, au cours des hospitalisations d'adolescents, une séparation des parents peut être évitée. Elle note que l'accompagnement d'adolescents par leurs parents durant la première partie de l'hospitalisation a révélé une potentialité thérapeutique et a favorisé l'amélioration clinique, sinon la maturation psychologique des jeunes patients. Ce cadre d'hospitalisation paraît particulièrement intéressant dans les cas où les troubles de l'adolescent sont générés par un conflit entre son autonomisation et la loyauté à un pacte familial. Cela n'est pas sans évoquer la culpabilité aliénante que nous avons rencontrée chez nos patients à se représenter leurs parents éloignés du soin. Ils notaient surtout que le travail d'élaboration psychique de la séparation avait débuté malgré la présence des parents alors que leur absence au contraire avait pu le compromettre.

Enfin, dans une optique d'approche de la pédopsychiatrie, en particulier avec l'idée de préparer la séparation, d'alléger les fantasmes et la stigmatisation que l'hospitalisation véhicule, l'hôpital de jour pourrait être une indication chez certains adolescents. Lorsque la clinique l'autorise, il permettrait de favoriser l'appropriation des soins. Julie,

qui y était suivie avant l'admission, fait partie des adolescents qui ont souhaité être hospitalisés.

5.2. Question de la critique parentale par l'adolescent

Nous nous en sommes tenus à explorer la présence ou l'absence et la qualité de la critique parentale. Cela pourrait laisser penser qu'elle n'est qu'un indice de l'avancée de la subjectivation. Nous proposons que l'hospitalisation doit aussi être active dans l'aide au repérage par l'adolescent, à l'occasion de reprises d'entretiens familiaux avec lui par exemple, des dysfonctionnements fréquemment présents. D'abord pour permettre aux patients la mise en lumière de leur rôle éventuel dans ces dysfonctionnements, qu'ils sollicitent éventuellement par le symptôme. Également pour les aider à s'émanciper de figures parentales aliénantes. Ensuite, permettre aux parents, durant les entretiens familiaux, de formuler leurs manquements, c'est leur donner une opportunité de reprendre une consistance face à leur adolescent, entendu que les non-dits ont plus de poids que ce qui est formulé.

5.3. Des limites de l'entretien

Nous l'avons vu, la séparation est un processus. L'entretien est un instantané qui dépend à la fois du clinicien et des dispositions de l'adolescent. Il n'a pas été possible d'explorer la problématique de la séparation avec la même disponibilité chez les douze adolescents. Nous pensons à Benjamin notamment, le plus jeunes des patients rencontrés (12 ans) dont l'entretien n'a permis de récupérer que peu d'éléments cliniques. Cette « abstention » pourrait être interprétée comme le signe d'une impossibilité à dire sur le sujet ou une phobie de penser. Mais Benjamin présentait une même absence dans le service et nous pouvons aussi bien l'interpréter dans le sens d'un processus psychopathologique verrouillant l'accès psychique. De plus, peut-être était-il trop jeune pour aborder par la parole les thèmes proposés.

C'est en outre une autre limite de l'entretien. Faire dire à des adolescents dont l'utilisation du langage est très hétérogène, et par nature risquée puisque donnant un accès aux affects.

5.4. Séparation et psychopathologie

Durant tout le travail, la question du diagnostic n'est jamais loin. Pourtant nous avons toujours été prudents à ne pas établir de lien de causalité trop direct ou exclusif avec l'aptitude à la séparation, cela nous paraît important dans la psychose en particulier, et nous n'avons pas choisi de traiter la question par groupe de pathologie. Au vu de l'intrication de l'enjeu de séparation qui a cours à l'adolescence, il a été délicat de ne pas morceler la question.

Aussi il nous semble que le plus intéressant dans cette clinique est de la ramener dans le soin, au cas par cas. Quand un processus psychopathologique s'accompagne d'un vécu insupportable de la séparation, amener la famille (parents et adolescent) à différencier ce qui est du registre de la maladie de ce qui est de l'ordre de la relation nous semble pouvoir apporter un bénéfice thérapeutique croisé pour l'une et l'autre. Ainsi la question ne serait plus de savoir ce qui est causal (la maladie psychique qui entraîne un échec de la séparation ou la séparation qui entraîne la maladie psychique), mais de savoir par quel abord entamer le processus de soin pour qu'il ait le plus de chances de permettre une subjectivation du patient qui ferait des choix aussi libres que possible pour lui, dont celui de sa santé.

Nous voudrions aussi évoquer, au regard de la complexité de la séparation pour un adolescent ordinaire, ce que représente une maladie psychique à ce moment-là dans la construction d'une identité. Être hospitalisé fait planer le risque de l'annonce diagnostique, à la fois espérée dans la quête de réponse face à l'incompréhension, chez les parents notamment (« maintenant que nous avons la cause, guérissons-la »), et redoutée pour la part de violence qu'elle contient. De quoi le diagnostic dépossède-t-

il en terme de subjectivité ? Quiconque a vécu l'annonce d'un diagnostic médical de près ou de loin peut imaginer ce que cela peut grever quand il s'agit de santé mentale. La maladie mentale est-elle cette part de la psyché qui échappe au contrôle et fonctionne pour son propre compte ? Qu'est-ce qui, de lui-même, n'appartient plus au sujet alors même qu'il tente de se définir un contour ? Nous voulons mesurer ici le poids d'une annonce diagnostique sur la construction identitaire d'un adolescent et proposons que le diagnostic, comme une interprétation, doit être entendu quand il peut être entendu, et pourquoi pas, pour poursuivre l'analogie, quand l'adolescent n'a plus besoin de l'entendre mais peut aller sur ce terrain de son propre chef.

5.5. Clinique du cas par cas

C'est donc une clinique du cas par cas. Elle commence à la préadmission et se poursuit durant l'hospitalisation. Nous le disions, le cadre est au service du fonctionnement psychique de l'adolescent. Il s'élabore pour lui, avec lui, avec sa famille et en équipe. Il est malléable, fait pour être attaqué et pour s'adapter à la clinique du patient. Il est fait d'un mélange d'empirisme et de lignes de conduites autour desquelles il est possible de broder. Cela n'est pas simple dans une équipe et ne va pas sans heurts.

Il y a d'abord les individualités soignantes face à la question de la séparation. Chacun la traite avec ce qu'elle lui renvoie de sa propre histoire. À chacun de pouvoir repérer ce qui en est activé. Cela est lié à la nature des investissements adolescents, différente selon les membres de l'équipe, à l'intensité désirante du soignant (qui, si elle est trop forte ou déplacée, empiète), à la qualité de réponse du désiré (l'adolescent), à leur articulation dans la rencontre, à la demande.

Cela exige une grande plasticité quand les équipes, au quotidien avec les adolescents, doivent faire face à la grande diversité des comportements anxiogènes (passages à l'acte, scarifications, idées suicidaires...) et se trouvent naturellement en demande de stabilité face à une clinique qui les désarçonne. Un cadre homogène et rigide serait un

déni des singularités des patients et travaillerait en sens contraire de l'émergence de leurs subjectivités qui séparent.

Comment travailler ce cadre sans qu'il prenne les aspects de mesures d'exceptions ou de traitements de faveurs au regard des soignants. Face à la menace intime que viennent activer des angoisses pénibles, mieux vaudrait contraindre et s'en remettre au cadre, désincarné, à qui nous-même pourrions faire porter en excès une agressivité mal élaborée. Un même cadre pour tous, voilà qui garantirait de l'équité. Et puis comment ne pas être en porte-à-faux à défendre des mesures différentes devant les autres patients ? Ensuite, il existe une crainte importante des statuts différents chez les adolescents qui peuvent entraîner rivalités et conflits au sein de l'équipe.

Jean Oury utilise le concept de pathoplastie (47), défini comme la fabrication de pathologies par le milieu. Il s'agit du retentissement sur le patient des attitudes du milieu à son égard. « Mais le milieu, ça se travaille » dit-il. Et l'un des aspects de ce travail a lieu dans les « constellations », groupes de travail entre soignants, voire dans le contexte qu'il décrit, avec les patients.

Le travail au cas par cas s'élabore au cours des temps établis par l'institution (réunions cliniques, synthèses de patients...). Un médecin peut tenir une boussole clinique, attentif à la parole qui circule et aux idées qui émergent. Il est l'un des désirants de la mise au travail d'une équipe, garant en partie de l'ambiance de travail clinique. Il est tacite que le plaisir au travail et à la clinique du médecin participe pour une bonne part auprès d'une équipe à une envie commune et à un plaisir de fonctionner ensemble. En partie car cette fonction peut circuler, tenue par d'autres. Cette ambiance doit pouvoir être portée et relayée. Cela amène à la question délicate de la hiérarchie souvent abordée en psychothérapie institutionnelle, et des fonctions de chacun. La fonction est importante, permettant des adresses différenciées pour les patients. Mais que faire de la hiérarchie ? Le risque à la faire valoir trop bruyamment est d'écraser les spontanités et initiatives individuelles. C'est celui d'une parole pas suffisamment libre pour qu'émerge en réunion la bonne idée qui surprend, l'équipe d'abord, mais le patient surtout dont le comportement pourra changer du tout au tout auprès du reste de

l'équipe. Nous sommes responsables de la responsabilité de l'autre qui ne s'en tient pas à une fonction exécutive. C'est l'initiative de tel nouvel éducateur qui décide d'accompagner régulièrement tel adolescent en ville pour l'encourager dans son autonomie alors qu'il suscite un contre-transfert négatif quasi général. Et cet adolescent de revenir transformé par l'expérience avec un comportement différent. Ces positions sont permises par une hiérarchie non déniée, mais mise au travail. Prenant l'exemple d'un nouveau directeur d'hôpital à la rigidité obtuse, Oury précise qu'« un directeur qui se prend pour le directeur, pour son statut, est fou ».

Les mouvements permis lors des séances de travail clinique en équipe sont ceux qui vont pouvoir tenter de traiter les réactions variées et prises dans des transferts tout aussi variés, pour être réinjectés dans le fonctionnement plastique du soin quotidien de l'institution.

Conclusion

L'avènement du pubertaire implique la mise en mouvement d'un travail de séparation du milieu familial, vers une différenciation et une subjectivation. Or une croyance de l'adolescent peut lui laisser penser que se séparer c'est se perdre, et rendre le processus inquiétant. D'autant plus qu'il peut rencontrer le pubertaire de ses parents. L'hospitalisation vient précipiter cette séparation dans un contexte souvent complexe, mêlé à la psychopathologie. Nous avons tenté d'explorer le vécu de l'adolescent lors de la séparation induite par une hospitalisation temps plein.

Lors de la décision d'hospitalisation, nous avons assisté à trois types de positionnements de la part des adolescents. L'opposition, la séparation acceptée suite au travail de la préadmission et la séparation assumée avec une demande.

Les adolescents, opposés à la séparation, exprimaient de la colère et un sentiment de trahison. Ces mouvements vécus dans la passivité et l'impuissance engendraient durant l'hospitalisation des positionnements actifs, inversant la passivité. Face à des situations bloquées, nous constatons la valeur du symptôme qui permettait la séparation, la subjectivité trouvait alors un espace dans la position de refus, tant que le lien existait. Et finalement, l'ambivalence avait une place. Nous constatons aussi que la colère ne trouvait pas toujours d'issue dans le travail de la séparation. À l'épreuve du manque, elle pouvait verser dans la culpabilité, et la possibilité de séparation, vécue comme un arrachement, semblait interrompue. Pour certaines situations, plutôt associées à des troubles psychopathologiques n'ayant pas permis une construction de l'objet fiable, nous imaginons que des alternatives puissent être envisagées et à minima, le cadre particulièrement adapté à la clinique.

Dans les cas de séparation assumée, là encore le symptôme permettait que soit prononcée une séparation par l'hospitalisation. Pouvait alors se déployer la séparation qui n'avait pas été possible car le vécu eut été trop coupable dans l'adressage de l'agressivité à l'endroit des parents. Nous constatons en outre que la présence d'une

demande ne révélait pas nécessairement un positionnement subjectivé. Elle pouvait être dévoyée dans le sens d'un raffermissement espéré des liens suite à l'expérience de la rupture par les parents.

Enfin, nous faisons le constat que les hospitalisations multiples et les séparations itératives du milieu soignant facilitaient les séparations ultérieures et avaient un effet bénéfique sur l'éclosion d'une subjectivité. D'autre part, nos limites de soignants exprimées au patient semblaient permettre qu'un espace psychique s'ouvre dans lequel pouvait éclore une subjectivité. Une demande d'arrêt de l'hospitalisation entendue pouvait amener l'adolescent à considérer sa parole qui compte.

Dans les cas de séparation acceptée, nous constatons le bénéfice dû au travail de la préadmission qui notamment adaptait les conditions de l'hospitalisation pour apaiser les angoisses de la séparation. Le bénéfice thérapeutique était manifeste. C'est tout l'intérêt du jeu de la négociation de la séparation par l'hospitalisation en amont de celle-ci.

L'adolescent ne peut être pris en charge sans la participation active de ses parents, par le moyen du contrat de soin, à chaque fois qu'elle est possible. Les adolescents se représentaient différents vécus de la séparation pour leurs parents. Le soulagement, la tristesse, l'ambivalence et la réticence pouvaient accompagner cette perspective.

La perception du soulagement pouvait être, selon qu'elle était dite ou non, tranquille ou coupable, un moyen de rencontrer le soin avec apaisement ou de s'y sentir abandonné rendant la séparation plus difficilement élaborable. Le soulagement survenait fréquemment au cours de l'hospitalisation, en même temps que des positions moins tranchées de la part des adolescents.

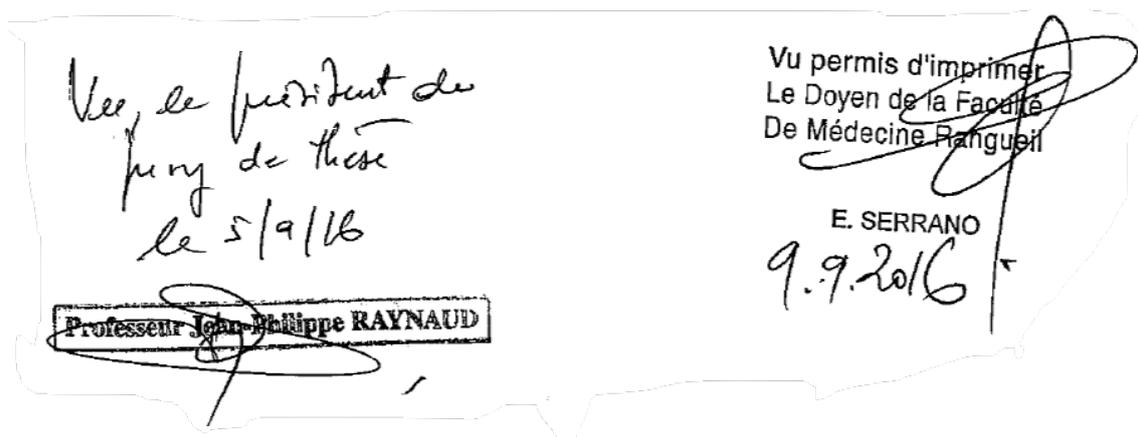
Face à la tristesse et à l'ambivalence ressenties, l'agressivité des patients pouvait être déplacée sur l'institution, évoluant fréquemment vers le soulagement par le travail institutionnel. Le travail avec les familles au cours des entretiens médicaux et avec les soignants référents, permettait de les rétablir à leur fonction, sans les disqualifier. Ainsi, en dépit des aspects défensifs qui visaient à protéger les parents de la supposée souffrance que la séparation leur causerait et dont ils seraient responsables dans la

maladie, certains adolescents pouvaient envisager le bénéfice d'expérimenter une évolution à distance.

La réticence des parents rappelait leur propre force anti-séparatrice à travailler avec eux. Devant un lien destructeur, si l'état de santé du patient l'indique, le signalement est une possibilité qui permet de sortir de cette impasse. Nous constatons enfin que les hospitalisations répétées permettaient également un apaisement des parents.

Par le cadre de soin, l'institution apparaît alors comme le tiers réintroduit entre l'adolescent et le ou les parents. Il endosse différents investissements transférentiels. Il est donc nécessaire qu'il s'adresse à l'adolescent comme à ses parents. Le cadre de l'institution, adapté au cas par cas à la clinique du patient, favorise régression et reprise de la transitionnalité et libère l'espace psychique où peut émerger une subjectivité. Les lieux privilégiés en sont les ateliers médiatisés et le groupe qui créent et recréent les conditions favorables avec suffisamment d'aération, en prenant les précautions du non-empiétement et en posant les limites qui contiennent.

Une séparation redoutée, refusée par l'adolescent et parfois ses parents, dans certains cas apparaît bénéfique, au cours de l'hospitalisation, mais aussi parfois très longtemps après. Dans d'autres cas, qui semblent plus rares, elle peut rester traumatique.



Bibliographie

1. Cahn R., Les identifications à l'adolescence, dans *Identifications. Revue française de psychanalyse*, 2002.
2. Puyuelo R., Adolescence - placement - groupe. Figurer la rupture pour représenter la séparation dans les dispositifs institutionnels. *Empan*, 2005/3 n° 59, p. 144-160.
3. Huerre P., L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie* 3/2001 (n°14), p. 6-8.
4. Saint Dizier F., Adolescence et groupe. Nouer des liens pour s'identifier ? *Empan* 3/2015 (n° 99), p. 35-37).
5. Gutton Ph., *Le pubertaire*. puf, Quadrige, 1991.
6. Aulagnier P., *Un interprète en quête de sens*. Paris, Payot, 1991, p 335.
7. Freud A., *Le normal et le pathologique*. Paris, Gallimard, 1968.
8. Givre Ph., *45 commentaires de texte en psychopathologie psychanalytique*. Sous la direction de Chagnon J.Y., Dunod, 2012.
9. Jeammet Ph., *La violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration*. *Adolescence*, 1997, 15, p.15.
10. Jeammet Ph., *La violence à l'adolescence : une défense identitaire*. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*. nov 2002; 50(6-7), p. 34-41.
11. Jeammet Ph., *Réalité interne, réalité externe. Importance de leur spécificité et de leur articulation à l'adolescence*. *RfP*, 1980 ; 44 : 481-521.
12. Lévi-Strauss C., *La pensée sauvage*. Paris, Plon, 1962.
13. Jeammet Ph., *Pour nos ados, soyons adultes*. Odile Jacob, 2010.
14. Van Gennep A., *Les rites de passage*. Paris, Emile Nourry, 1909.
15. Balland Jo., *Les rites de passage dans les sociétés traditionnelles*. Extrait de la thèse de doctorat du Dr. Joseph Balland, 2012.

16. Watzlawick P., Folon, Wiener-Renucci J, Bansard D., Le langage du changement. Édition : 1re. Paris: Seuil; 1986.
17. Marcelli D. et Braconnier A., Adolescence et psychopathologie. Elsevier Masson, Collection Les âges de la vie, 8^e édition.
18. Bourdieu P., Les rites comme actes d'institution, dans Les rites de passage aujourd'hui. Lausanne, L'Âge d'homme, 1986, p. 206-223.
19. Dictionnaire feudien, Claude Le Guen, puf, 2008.
20. Kestemberg É., L'identité et l'identification chez les adolescents, dans L'adolescence à vif. puf, le fil rouge, 1999.
21. Lacan J., Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, Séminaire, livre XI, 1964.
22. Bruno P., Une psychanalyse : du rébus au rebus, Édition érès, 2013.
23. Mahler M., Dupont J., Symbiose et séparation-individualisation. Le Coq-héron 2013/2 (n° 213), p. 59-73.
24. Konichekis A., 45 commentaires de texte en psychopathologie psychanalytique. Sous la direction de J.-Y. Chagnon, , 2012, p.193.
25. Blos P., The Second Individuation Process, The psychoanalytic study of the child. 22, 1967, p.162-186.
26. Winnicott D.W., Le concept de la régression clinique opposé à celui d'organisation défensive, dans La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. 1967, Gallimard.
27. Houssier F., 45 commentaires de texte en psychopathologie psychanalytique. Sous la direction de Chagnon, J.Y. psychanalytique, Dunod, p.337.
28. Cahn R., Les identifications à l'adolescence, dans Identifications. Revue française de psychanalyse, 2002.
29. Cahn R., Les déliaisons dangereuses : du risque psychotique à l'adolescence. Topique, 35-36, 1985, 15-205.

30. Lebovici S., La relation d'objet, Psychiatrie de l'enfant. Tome III, Vol. I.
31. Ayoun P., L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie, dans L'information psychiatrique. 2008/7 Volume 84, p. 701-707.
32. Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki 2005.
33. Kaushik, Kostaki, Kyriakopoulos, The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. Psychiatry Res. 2016 Jun 23 ; 243 : 469-494.
34. N. Rüsçh, K. Heekeren, A. Theodoridou, Diane Dvorsky, M. Müller, T. Paust, P. W.Corrigan, S. Walitza, W. Rössler : Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. Psychiatry Reserch 2013 Dec 30;210(3):1313-5
35. Corrigan P., How Stigma Interferes With Mental Health Care. American Psychologist University of Chicago, October 2004.
36. Moses P., Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders, Social and Science Medicine. 2010 Apr ; 70(7) : 985-93.
37. C. Phelan, Evelyn J. Bromet, and Bruce Q. Psychiatric Illness and Family Stigma. Schizophrenia Bulletin, 24(1) : 115-126,1998.
38. Pommereau X., L'adolescent suicidaire. Dunod, Paris, 2013.
39. Imbert G., L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers 3/2010 (N° 102), p. 23-34.
40. Winnicott D.W., Jeu et réalité, L'espace potentiel. Gallimard
41. Winnicott D.W., La préoccupation maternelle primaire (1956), dans De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, 1969 ;
42. Winnicott D.W., La capacité d'être seul (1958), dans De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, 1969.
43. Winnicott D.W., Objet transitionnel et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi (1951), dans De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot.
44. Winnicott D.W. De la dépendance absolue à l'indépendance, 1948.

45. Corcos M., Le contrat de soin : marché de dupes ou de partenaire ? dans Adolescence et séparation, trajet de soin. Actes du colloque, Troisième journée, organisée par le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H. LABORIT, Pr D. Marcelli, 8 Décembre 2001, à Poitiers.
46. Racamier P.-C., À partir de la séduction narcissique, dans L'inceste et L'incestuel. Chapitre1, Dunod, 2010.
47. Oury J. et Faugeras P., Préalable à toute clinique des psychoses. Érès, 2012.
48. Delion P., Thérapeutiques institutionnelles. 2001, in EM-Consulte, EMC-Psychiatrie, 37-930-G-10.
49. Boukobza C., La clinique du holding, Illustration de D.W. Winnicott. Le Coq-héron 2/2003 (n° 173), p. 64-71.
50. Racamier P.-C., Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques, 1970, Payot, 1993.
51. Bion W.R., Recherche sur les petits groupes, Paris, puf, 2002.
52. Jeammet Ph., Comportement violent, psychopathologie de l'adolescence, dans L'illégitime violence, sous la direction de Marty F., Paris, Érès, 1997.
53. Girard M., Tenir les conditions d'un vacillement subjectif, Empan, 2014/4 n° 96, p. 47-53. DOI : 10.3917/empa.096.0047.
54. Winnicott D. W., « L'utilisation de l'objet »
55. Braconnier A., Le temps de l'alliance, dans Adolescence et séparation, trajet de soin. Actes du colloque, Troisième journée, organisée par le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H. LABORIT, Pr D. Marcelli, 8 Décembre 2001, à Poitiers.
56. Chagnon J-Y, 45 commentaires de texte en psychopathologie psychanalytique. Sous la direction de Chagnon J-Y, Dunod,2012.
57. Balier C., Psychanalyse des comportements violents, puf, 6^e édition, 2003.
58. Roussillon R. : la métapsychologie des processus et la transitionnalité, in revue française de psychanalyse 1995, Tome LIX, 1375-1519.

59. Cahn R., Séparation et élaboration, dans Adolescence et séparation, trajet de soin. Actes du colloque, Troisième journée, organisée par le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H. LABORIT, Pr D. Marcelli, 8 Décembre 2001, à Poitiers.
60. Laplanche et Pontalis, Vocabulaire de la psychanalyse, 1967.
61. Botbol M., Eberle H., Mouvements de vie, mouvements de mort en institution psychiatrique pour adolescent. In Idées de vie, idées de mort ! : la dépression en question chez l'adolescent. Masson. Paris ; 2004.
62. Freud S., Au-delà du principe de plaisir. Paris, Presses Universitaires de France – PUF ; 2010.
63. Mac Dougall J., Néobesoins et solutions addictives, dans Eros aux mille et un visages, , 1996, nrf, Gallimard.
64. Bléger J., Psychanalyse du cadre psychanalytique. In : Kaës R, Missenard A, et Al. Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1979.
65. Duquesne J.L., Une possible lecture winnicottienne du travail groupal, Empan 3/2015 (n° 99), p. 64-70)
66. Chaulet D., Prost Jean-Édouard, Un groupe de parole pour adolescents, Enfances & Psy 3/2002 (n°19) , p. 71-76.
67. Fain M., Eros et Antéros. Réflexion psychanalytique sur la sexualité, Paris, Payot, 1971.
68. Freud S., Deuil et mélancolie, Payot, 1^{ère} édition 1917.
69. Anzieu D., Le Moi-peau, Dunod, Psychisme
70. Winnicott D.W., Conférence donnée en octobre 1963 au McLean Hospital, à Belmont, Massachusetts, U.S.A., dans le cadre d'un colloque clinique intitulé : « L'individu et la communauté, perspectives courantes de réadaptation ».
71. Ephrem Ménager et al., L'hospitalisation parents/adolescent, La psychiatrie de l'enfant 2003/2 (Vol. 46), p. 631-653.

Annexes

Entretien Aurore :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?
La 1ère fois non. Celle-là oui, c'est moi qui l'ai demandée.

2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
La 1ère fois ça a été décidé du jour au lendemain après un mois d'attente. Je l'ai très mal vécue, j'ai tout fait pour ne pas y aller. La 2ème fois, il y a eu 2 semaines d'attente, mais c'était un soulagement.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
J'avais déjà eu une hospitalisation dans ma vie. Mais quand même ça leur a fait un choc de voir qu'il y avait besoin de ça. Ça les a rassurés aussi, ils espèrent que les choses vont changer positivement.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Pendant le mois d'attente, on n'en parlait pas. J'étais dans le déni aussi, mais eux non plus n'en parlaient pas. Ça m'arrangeait. La 2ème fois a été plus claire.
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)
Je connaissais une fille qui a été hospitalisée, mais elle est sortie plus mal. J'avais une impression floue, comme si j'e n'avais plus de maîtrise. C'était totalement le vide, le noir, l'obscurité.

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
La 1ère fois, le fait que je sois complètement coupée du monde, alors que dehors ça continue. J'avais peur de perdre ma place, j'avais beaucoup de peurs. Le temps aussi était très lent.

5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?
Non. Je suis pas très attachée au point d'être dépendante de tout ça. Je suis indépendante.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce que ça te fait d'être hospitalisée? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
(question de la perte de l'objet)
Je m'habitue vite. J'essaie de pas trop me rendre compte. J'essaie de me prendre

en main. Ça m'a pas fait du bien, mais j'ai essayé. C'est vrai que c'est un autre monde.

Pour cette hospitalisation, j'ai été soulagée. J'avais pas envie, mais il le fallait.

La 1ère fois, j'étais en colère contre mes parents mais je savais que c'était justifié. J'étais pas en colère mais je voulais montrer de la colère contre eux. Histoire de leur renvoyer le coup. De pas me laisser faire, de leur montrer que jusqu'au bout je suis là. C'était pas volontaire.

2. Qu'est-ce que tu penses que ça fait à tes parents?

J'ai demandé cette hospitalisation, donc c'est moins mon problème de savoir ce que ça leur fait. Je me pose moins la question.

3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
Oui. J'ai conscience de mon angoisse depuis la 1ère hospitalisation. Avant je la ressentais pas même si on me le disait.

J'étais censée sortir demain mais je suis pas très bien.

Je ne peux pas rester dans un lieu, j'ai envie de prendre la vie. J'ai envie de faire tellement de choses à l'extérieur, ça se bousculait, je n'avais plus envie de rester là. Je suis quand même indépendante, j'aime ma liberté. Et puis il y a une nouvelle arrivée, maigre à l'extrême, ça me fait du mal.

b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?

Je ne sais pas à quoi c'est lié. Je ne suis pas bien au fond. Les causes de mon anorexie je ne les connais pas.

4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?

Anorexie. La 2ème, aussi pour boulimie. Là j'ai énormément peur.

5. Qu'est-ce que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?

Un cadre concret. Une confrontation plus avec soi-même et avec les autres. On est là pour soi et pas pour autre chose. Le fait d'être surveillée me met souvent en colère, mais ça évite de faire n'importe quoi.

6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)

Du cours de la vie. Du lycée. J'y allais de temps en temps et là plus du tout. Ça fait un trou, pour soi et pour les autres.

En 1er, c'est pouvoir organiser ma vie comme je le veux, aller où je veux, manger ce que je veux. Au final, j'avais pas une énorme maîtrise sur l'alimentation. Je suis plus maîtrisée par l'alimentation.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?

Non, je pourrais faire beaucoup de choses mais je les fais pas. Sinon de la

relaxation respiratoire. C'est en hospitalisation que l'angoisse reste longtemps.

2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
C'est un peu comme dans la vraie vie. En fait si. J'ai vu mieux à Marigny. A l'époque j'étais totalement défensive sur l'hospitalisation. Les enfants parlaient de « famille Marigny »
b- (si oui) En fais-tu partie?
Un tout petit peu. J'ai peut-être pas envie mais un petit peu. il y a des choses qui changent.
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
C'est pas vraiment conscient. C'est sur l'ambiance. Je saurais pas dire ce que ça m'apporte. Ca donne la possibilité que ce soit vivable de créer des liens.

3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Je ne suis pas très dépendante de ma famille. Il y a beaucoup d'amour, mais je peux vivre sans ma famille. C'est pas oui ou non, mais il n'y a pas de lien.

4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Je ne fais pas tellement d'activité. La plupart du temps je n'ai pas envie d'y aller. Les adultes, je ne vois pas trop en quoi. Le plus difficile c'est le temps ralenti.

5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Oui. Elle n'est pas du tout personnalisée. C'est la défensive qui revient de pas trop vouloir m'approprier ce genre de lieu. C'est volontaire. C'est un blocage. J'ai énormément de doudous à la maison, mais pas ici. J'ai pas envie d'amener les doudous de mon enfance merveilleuse ici, que ça prenne l'odeur. Je suis pas bloquée dans mon enfance à pas vouloir grandir. Je n'ai pas de problème qui puisse venir de là.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service? (question de la capacité d'investissement des espaces)
Pas plus que d'autres. A côté du radiateur parfois.

6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi ? Faut-il que les soignants te le demandent ? Est-ce que tu en as envie ?
Non. Si, quelque part j'en profite pour ne pas mettre de produit sur ma peau qui respire. A l'extérieur je suis plutôt coquette. Pas ici. Pas besoin.

7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants ?
(Aurore comprends la séparation d'avec les soignants)
Non. Si j'étais soignant, j'aimerais connaître les enfants avec qui je travaille. J'aurais pu mais je ne l'ai pas fait. Je ne suis pas du genre à avoir besoin de vider mon sac. Je préfère parler avec les docteurs qui me sont utiles.

8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers ?

- n'y va pas, pas envie.
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service ?
Non, mais c'est pas du tout tabou pour moi.
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
Oui
b- En as-tu envie?
Oui, mais je ne sais pas du tout ce que je veux faire.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
Oui, tout est fait pour qu'on soit bien malgré les contraintes du cadre. On n'est pas des objets, on est pris en compte.
b- que tu n'aimes pas?
Le cadre est strict mais c'est ce qu'il faut. C'est ce que je suis venue chercher. Aussi il y a énormément de nourriture gâchée, mais c'est pas du tout par rapport à mon soucis.
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
Oui, beaucoup, vu que je ne suis pas en très bons termes avec eux. C'est une question très très vaste. Je suis objective, je vois ce qui vient de moi. C'est plus compliqué que la question de la responsabilité qui vient de chacun.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Le fait de ne pas voir mes parents tous les jours m'aide. Ce serait totalement brouilli si mes parents étaient là tous les jours. Pour d'autres patientes je ne pense pas qu'il faudrait les séparer mais je pense qu'un minimum de séparation est nécessaire.
-

Entretien Anaïs :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée ?
Non
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision ?
Mal. J'ai été surprise, j'étais en larmes et en colère contre les médecins.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
Aussi mal. En même temps, comme c'est un endroit de professionnels, ils se sont fiés aux médecins.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Pas forcément.
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)
oui et non.
A la première hospitalisation, c'est justement l'inconnu qui me faisait peur. A la seconde c'était de me retrouver avec des personnes avec qui j'allais pas m'entendre.
4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
L'idée de reprendre du poids. De ne plus être chez moi, en cours. De me séparer de mes parents.
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
Pas vraiment
Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?
C'est un tout. Autant de se séparer de mes parents que de reprendre du poids.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisée? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
Ça fait bizarre. Je me serais jamais dit que ça m'arriverait. Je me disais que c'était pour des gens malades, comme avec des leucémies.
Ça angoisse. Ça peut être n'importe quand. Un reflet dans le miroir.
Je me sens pas soulagée. C'est plus de l'injustice.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Ils ont hâte que ça aille mieux. Même s'ils savent que ça ne va pas se faire comme ça.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Oui, parce-qu'on se sent tous mieux chez soi.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?
Parce-qu'ils voyaient que je commençais à reperdre à petit feu.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
Ca permet d'être surveillée. Je suis pas vraiment convaincue. Je suis pas sûre que ça m'aide vraiment plus. Ca se passe physiquement mais pas mentalement.
Que faudrait-il pour que ça se passe mentalement?
Voir le psychomotricien plus souvent. Et en dehors des hospitalisations.

6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
*De l'environnement. Des habitudes, des parents, de la maison, des amis.
Le plus difficile a été de me séparer de ma mère.*

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
*Les cours. Les ateliers. Mais ça reste toujours présent.
Et les amies.*
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
oui
b- (si oui) En fais-tu partie?
oui. Il y a un bon groupe par rapport à la première hospitalisation.
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Du soutien. Ça rassure. Il y a de belles rencontres. Ça donne envie d'avancer. On rigole. On parle de tout et de rien, on partage nos occupations.
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Oui. C'est comme si on allait au collège et qu'on retrouvait nos amis.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Pas vraiment. Ils ne proposent pas grand-chose. C'est difficile au moment des repas. C'est nous qui trouvons des sujets de discussion au lieu d'avoir le nez dans notre assiette dans le silence complet.
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
*Oui. Les couleurs auraient pu être plus belles. C'est sinistre, lugubre. On apporte nos touches de couleur. Des photos, des dessins que j'avais faits. Des fleurs. Des doudous.
J'avais un doudou. J'en ai deux depuis ce week-end. Le premier est un petit loup en marionnette. Je l'ai depuis que j'ai deux ou trois ans. Le deuxième c'est un pingouin que j'ai acheté au marché avec ma mère pendant la permission. J'ai aussi un paréo de ma mère parfumé de son parfum. Je m'en sers de draps quand j'ai trop chaud. Ça aide à se sentir un peu plus à la maison.*
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
La chambre est le meilleur endroit dans le service. Il n'y a pas vraiment d'autre endroit.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi ? Faut-il que les soignants te le demandent ? Est-ce que tu en as envie?
Oui. Ça a commencé ici. J'ai pas changé mes habitudes vestimentaires. Mais il y a

du maquillage ici. J'ai demandé du maquillage à ma mère.

7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Non. Si c'est eux qui m'en parlent pourquoi pas, mais pas de moi-même.
8. a- Est-ce que tu participes à des ateliers?
*Oui. La peinture. L'escalade. C'est un de mes préférés. C'est original. C'est pas courant de se lâcher, en hauteur, avoir confiance en soi. Et les sorties.
Par exemple mon premier dessin en atelier était un loup. Je suis une grande passionnée des loups. C'est fascinant, majestueux, intelligent, beau. Deux loups ne se ressemblent jamais. Au niveau de la robe, du pelage. Ils ont un système de hiérarchie.
J'ai fait un lion aussi. C'est une créature fantastique. Et une tête de cerf, comme fleurie.*
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
Non, pas du tout.
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
Je voulais faire des études de vétérinaire mais c'est pas ce que je veux réellement. Je voudrais travailler dans une réserve de loups. Ma mère s'est renseignée. Mais c'est pas du tout ce que je travaille ici.
b- En as-tu envie?
Pourquoi pas.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
Les amies que je me suis faîtes. Les ateliers (...). C'est compliqué parce-qu'il n'y a pas grand-chose que j'aime. Le petit coin que je me suis fait dans ma chambre. Les sorties. Quelques soignants.
b- que tu n'aimes pas?
*Qu'on soit H24 sans activité. Tout le temps assis sur une chaise. Les repas froids. Les temps de repas limités. Il y a plus d'intimité dans la chambre. Les contraintes. On est toujours stressé pour les pesées. La restriction du cadre. Par exemple pas de permission, pas d'appel, pas de visite. Le fait qu'on rate beaucoup de cours. On est à l'écart de ce qui se passe au collège.
Le goûter est décalé à 15h45. C'est pas mon temps de digestion. Un quart d'heure plus tôt je n'ai pas faim.
C'est moche ici. D'intérieur comme d'extérieur.*
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
Avec mon père oui. Il est souvent absent. Il pourrait faire plus d'efforts. Être plus attentionné. On pourrait partager plus de choses.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Ça dépend en fin de compte. D'un côté c'est pas cool du tout. Ça fait vivre plus de choses, on est plus autonomes, plus indépendants. Mais je pense qu'il y a d'autres

moyens.

Tout ce qui se fait naturellement. Aller au collège puis au lycée. Ça se fait petit à petit. Là c'est brutal. Même si à mon âge on est toujours autonomes, on a une complicité avec nos parents. C'est toujours difficile de se séparer d'eux. Moi je me situe dans ceux qui se gèrent en étant proche de ses parents.

Ça fait reprendre du poids, mais sous la contrainte. C'est hard de faire vivre ça à des ados de notre âge. On est confronté à des situations qu'on devrait pas forcément vivre. Même si c'est à cause de la maladie.

Entretien Claire :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?
non
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
Ca a été très difficile. Comme une trahison envers mes parents et moi. Mes parents m'ont trahie, c'est ce que je pensais.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
Difficilement.
3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Non
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)
Je n'imaginai pas pouvoir être hospitalisée. Depuis que j'ai été hospitalisée à l'hôpital des enfants, ça me fait très peur.
4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
Être sans repère, sans ma famille, essayer de me battre seule.
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
Oui.
Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?
Oui, je pensais que ce serait difficile.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce que ça te fait d'être hospitalisé?
C'est très difficile. De la tristesse. Je n'ai plus de colère, mes parents me manquent alors je peux pas leur en vouloir. Ils ont fait ça pour mon bien.

2. Qu'est-ce que tu penses que ça fait à tes parents?
Je pense que ça les rassure de se dire que je ne vais pas continuer à aller mal, et être soignée et que ça ira mieux.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissé?
oui, je suis tout le temps angoissée.
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Ca en rajoute.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisé?
Pour beaucoup d'angoisse, et de peur, et de dénutrition.
5. Qu'est-ce que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
On est plus pris en charge. Avec les entretiens.
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
De mes parents, de la vie au quotidien, des repères que j'avais chez moi.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation :

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
Discuter avec un soignant parfois.
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Entre certaines filles qui ont la même maladie oui. Mais à part ça, pas trop. Je pense que c'est aussi dû au fait qu'on ait chacun nos problèmes.
b- (si oui) En fais-tu partie?
non
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Non parce-que j'ai jamais été très à l'aise avec les autres adolescents, et c'est pas comme la famille.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Oui, mais ça reste très difficile. C'est encore difficile de faire des activités, difficile de se concentrer sur ça.
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Pas trop. J'entends et je vois des choses des autres filles qui me font peur. Leurs discussions sur l'alimentation, la sonde, les efforts physiques qu'elles font.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?

je ne sais pas.

6. As-tu un doudou?
Oui. Au départ j'avais celui de la maison, puis ma mère m'a apporté celui de mon chat et un petit nounours avec son parfum.
7. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?
Je pense pas trop. Ils me demandent de faire attention. Attention à ne pas me faire mal aux doigts (onychophagie, arrache les peaux)
8. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
/
9. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
non. J'ai pas envie.
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
10. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
non
b- En as-tu envie?
non
11. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
je sais pas
b- que tu n'aimes pas?
c'est difficile, parfois la violence ou les cris.
12. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
non
13. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Je dirais plus que ça m'empêche d'aller mieux parce-que ça rajoute une angoisse.

Entretien Céline :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?
Oui. C'est moi qui ai décidé. Je ne mangeais plus du tout.

2. a. Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
J'étais triste de quitter mes parents. Parce que je les voyais pas très bien. Je savais que ça allait m'aider, que ça allait m'aider à guérir.
b. Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
Mes parents voulaient mais voulaient pas.
3. a. Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
On n'en parlait pas, ça s'est décidé au dernier moment.
b. A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service?
Je sais pas vraiment.
4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
De plus aller au collège.
5. a. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédé l'hospitalisation?
Non. On n'en parlait pas, la perte de poids est venue d'un coup.
b. Pensaient-tu que te séparer de tes parents serait difficile?
Oui, mais ça m'a rassurée quand j'ai su que mes parents pouvaient venir.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisée?
Ca m'a changée. Moralement. Au début j'étais fatiguée. Je pouvais plus me concentrer. J'avais un trop petit poids. Depuis j'ai pris 4 kg, ça va beaucoup mieux. J'étais triste mais par rapport à ma famille.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Au début ils étaient triste. Mais ils m'ont dit que j'avais raison et qu'ils étaient très fiers de moi. Je leur promets de continuer et de sortir.
3. a. Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
Avant les pesées. à part ça ça va.
b. Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Non.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?
Quelques semaines avant j'étais mal. En même temps je suis comme ça depuis la naissance.
Il fallait que ça arrive à un moment donné.
J'ai toujours eu un petit poids. J'avais envie mais mon corps a eu du mal.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?

*Quand je suis pas bien, il y a toujours quelqu'un pour soulager.
La nourriture me fait peur. J'avais peur que mes parents trouvent ça bizarre.*

6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
*Tous mes proches, tous mes amis.
Mon père et ma mère et mon grand frère. tonton, tata, cousine
Ma maison, mon collègue.*

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
*Les filles de ma chambre. On se rassure entre nous.
il y a toujours quelqu'un qui est là avant la pesée.*
2. Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
(si oui) En fais-tu partie?
*Oui. tout le monde en fait partie
Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Le fait qu'on s'entende bien. Quand quelqu'un ne va pas, ils sont toujours là. Même les garçons quand on ne va pas bien viennent nous voir.*
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Oui. ils m'aident à comprendre mes problèmes, on en parle ensemble.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Oui. Ça aide à penser à autre chose qu'à la pesée et à la nourriture. Ça enlève les idées négatives.
5. Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Oui. Elle est chaleureuse par rapport aux autres chambres. elle est bien placée et colorée.
Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
La chambre est l'endroit que je préfère.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi ? Faut-il que les soignants te le demandent ? Est-ce que tu en as envie?
Oui. Même si je suis ici, j'arrive à me faire plaisir, à être bien. Au début de l'hospitalisation, c'était les adultes qui me demandaient. Maintenant je le fais moi-même. Et en atelier esthétique.
7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Dans les moments difficiles oui, ils m'aident à dire ce que j'ai envie, que je dis pas

forcément aux filles.

8. Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
(fait tous les ateliers, excepté l'escalade).
Pas vraiment, j'essaie de penser à autre chose.
 9. Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
En as-tu envie?
J'aimerais être vétérinaire. C'est pour ça que j'aime pas manquer le collègue.
 10. Y a-t-il des choses qui te plaisent / que tu n'aimes pas dans le service?
*Les ateliers. Les adultes parce-qu'ils ne sont pas tout le temps sérieux.
Les visites
Pendant les repas, j'aime pas qu'ils nous fixent et qu'ils notent sur des feuilles. Je préférerais leur dire ce que je mange et qu'ils me disent si c'est ça ou pas.*
 11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
(Surprise, reformulation de la question) *Non, ça va vraiment très bien dès qu'ils sont là. J'essaie de profiter.
Franchement tout va bien, même avant.*
 12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
*Mieux
Je voyais tout le temps mes parents. J'étais un peu comme un bébé. Faire des choses sans eux ça m'aide à murir.*
-

Entretien Laurent :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisé?
Oui.
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
J'ai dit j'y vais.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
-Pas de réponse-
3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)

-Pas de réponse-

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
Rien.
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?
-Pas de réponse-

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisé ? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
Ca aide quand j'en ai besoin. J'étais angoissé de savoir que j'allais être hospitalisé.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Ca les fait se questionner. C'est tout. Sur quoi ? Je sais pas.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissé?
Oui.
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Non. A part en fin d'hospitalisation. Je vais mieux donc j'ai envie de rester chez moi.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisé?
J'allais moins bien. A cause de problèmes que j'ai rencontrés.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
C'est différent. C'est plus fort que le soutien à l'extérieur parce-que je vais moins bien. Je suis peut-être plus éloigné du problème. En sûreté.
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
Me séparer de ce qui pourrait m'arriver. De la probabilité de quelque chose qui pourrait m'arriver.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
Oui. Le fait d'être éloigné des problèmes. Le traitement. Le fait de savoir que je suis pas mal pour rien. Donc que je suis pas taré. Je peux voir plus clair quand je peux me voir plus clair.

2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Il y a toujours un esprit de groupe. Mais il y a des cas où c'est moins soudé. Certains ados sont incompatibles.
b- (si oui) En fais-tu partie?
Il y a plusieurs groupes en ce moment. J'ai l'impression de faire partie d'un.
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
C'est mieux d'être à plusieurs. On est plus fort. C'est de l'entre-aide. Il faut voir à pas tomber dans le mauvais groupe.
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Non.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Non.
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Oui.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
Ca dépend. Si je me sens mal non. Si je me sens bien, la salle musique, la chambre, la salle informatique.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?
Oui. Je fais tout ce que je peux pour aller mieux. Ca se fait tout seul.
7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Non.
8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Non. J'en fais pas un seul. J'ai pas envie. Ca me plait pas.
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
Non.
b- En as-tu envie?
C'est compliqué. Je suis un peu perdu. J'ai pas trop envie. J'ai des difficultés avec ça.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
La salle d'info. Les jeux de société. La Xbox. Les ados gentils avec moi.
b- que tu n'aimes pas?
Les adultes. Les règles imposées. Le fonctionnement.
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
Oui. (ne souhaite pas en dire plus)

12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?

Beaucoup de ça m'aide. Des fois pas trop. Ça aide à se séparer oui.

Entretien Alice :

- I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?

J'étais d'accord pour aller mieux, mais l'hospitalisation me faisait peur. J'ai accepté parce-que on m'a dit que ça ne serait pas long. Mais j'ai peur qu'ils me disent que c'est pour plusieurs mois. S'ils me l'ont dit ils vont le faire non?

2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?

J'ai eu peur, j'ai paniqué. Les deux jours d'avant, j'allais moins bien. D'un côté j'étais d'accord, d'un autre terrorisée.

b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?

Ils étaient d'accord pour que j'aille mieux. Ma mère était réticente. Ils savent que des fois quand je suis hospitalisée, je vais encore plus mal tellement qu'ils me manquent. J'ai l'impression que c'est plus facile à gérer pour eux que pour moi. Ils ne ressentent pas ce que je ressens.

Le docteur m'a dit qu'ils ne me forceront pas à rester. Je vais essayer le plus longtemps possible.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?

Ca m'a rassurée. Même beaucoup. On m'a expliqué que j'aurais des permissions. Souvent j'ai eu peur qu'on me dise ça que pour me rassurer et m'hospitaliser. Mais pour l'instant ils tiennent ce qu'ils disent. Ce qui me fait le plus peur c'est de rester longtemps. Comme les anorexiques par exemple. Elles restent hospitalisées plusieurs mois sans voir leurs parents. Je me mets à leur place. Je n'aurais pas tenu.

Mais moi je ne resterai pas hein? Vous êtes sûr?

b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)

J'avais déjà fait, mais j'étais un peu perdue comme ça n'est pas le même endroit.

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?

La séparation. Je suis très proche de maman. Elle me manque. (Pleure. Souhaite poursuivre cependant)

5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?

Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?

Pas trop, c'est un sujet sensible. Mais ils m'ont rassurée. J'ai une permission

demain soir jusqu'à dimanche soir. C'est cool mais il faut revenir. C'est le plus dur.

II. Sur le temps de vie en institution :

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisée?
D'un côté c'est bien, mais d'un autre c'est dur. Je suis triste. Souvent le matin et le soir. La journée ça va.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
J'ai l'impression qu'ils le vivent plutôt bien. J'aurais bien aimé que ça soit un peu plus dur pour eux. J'ai l'impression que pour mon père c'est pas dur du tout. Ça me fait de la peine. Ils disent que la maison est vide, que je leur manque, mais sur leur visage ou dans leur façon de faire ça se voit pas.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
Oui, beaucoup. J'ai une boule au ventre. J'ai tout le temps envie d'aller aux toilettes. J'y vais une dizaine de fois avant de dormir.
c- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Oui.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?
Parce-que j'ai de fortes angoisses. J'ai peur du regard des autres, peur d'être jugée. Et pour me mettre un traitement.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
Pas grand-chose. J'ai plutôt l'impression que c'est pire. (Pleure). On fait que me dire que ça sera une hospitalisation courte, mais j'arrive pas à me le dire. Le seul truc que ça m'apporte c'est que j'espère qu'on me trouvera un médicament.
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer ? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
Ma maman. C'est elle qui me rassure quand j'ai des angoisses.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation :

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
De parler. Avec tout le monde. Plus facilement avec les filles peut-être. Les activités. Ça permet d'être occupée. Ecouter de la musique. J'ai un doudou. J'ai une peluche dans le lit chez moi. Depuis que je suis ici, j'ai la peluche dans mes bras. A la maison des fois ma mère s'allonge avec moi. Du coup

le doudou la remplace un peu.

2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Ça dépend. Il y a un petit groupe qui se forme mais...il y a plusieurs petits groupes.
b- (si oui) En fais-tu partie?
Oui.
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Ils me remontent le moral. Mais dans mon groupe il y en a qui partent bientôt. Ça m'inquiète. Mais ça va, on n'est pas encore hyper proches.

3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Oui. Pendant la première hospitalisation, il y avait une amie, donc mes parents ne me manquaient pas trop. À la deuxième non. Ça a été très dur.

4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Les adultes oui. Les activités aussi. Je fais théâtre, écriture, peinture, poterie. Le plus possible pour passer le temps. Je vais en cours sinon.

5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Oui ça va. C'est délicat avec ma partenaire car on n'a pas la même pathologie. J'ai tendance à être maladroite. J'ai pas encore mis de photos et tout parce-que je ne vais pas rester longtemps. J'ai peur que ça me fiche le cafard si j'en mets.

b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
Pas vraiment. Dehors si. Dans le service pas trop.

6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?
Pas trop. Ils me l'ont pas demandé pour l'instant. Si on me pousse je pense que je le ferai.
Je n'en ai pas très envie parce-que j'ai pas le moral. Mais même chez moi je n'en ai pas envie. Je ne pense pas que ça soit ici le problème.

7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Oui. Mais j'évite, j'ai un peu honte à mon âge.

8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Oui, ça m'occupe
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
J'évite d'en parler, ça me rend triste.

9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?

Oui. Mais ici je préfère me soigner que travailler. Avant je voulais être maître d'hôtel. Maintenant je suis un peu paumée.

b- En as-tu envie?

10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?

Les activités.

b- que tu n'aimes pas?

Les toilettes communes et les douches communes.

11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?

(question de la critique du milieu familial et de la représentation de la séparation)

Je ne sais pas. Vraiment.

12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?

Elle m'empêche d'aller mieux. Mais je pense d'un côté qu'il faut savoir se séparer.

Entretien Julie :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?

Oui.

2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?

Sur le coup je réalisais pas vraiment. Et puis j'ai stressé le soir. Le fait d'être dans une chambre avec plusieurs personnes, de pas dormir à la maison. Et puis par rapport aux repas.

b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?

Ma mère voulait pas au départ. J'étais à l'hôpital de jour Boris Vian au départ. Ma mère était en entretien psycho là-bas.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?

Je me sentais pas bien à ce moment-là. J'y pensais déjà à l'hospitalisation. J'en avais déjà parlé avec le Dr Mesquida. On avait dit une hospitalisation à mi-temps pour commencer.

b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)

Pas vraiment. J'arrivais pas à visualiser. J'étais un peu inquiète.

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?

Le premier jour ça allait. Je suis pas restée toute la journée. Je suis partie toute l'après-midi chez l'orthodontiste. J'étais de retour vers 19h donc ça allait. Puis je suis restée que deux jours avec une permission exceptionnelle pour mon anniversaire. J'ai eu une visite le dimanche. Le lundi a été le plus dur. J'étais

fatiguée, j'ai pas bien mangé.

5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?

Non.

Pensais-tu que te séparer de tes parents serait difficile?

C'était plus le fait de partir de la maison. Sinon non.

II. Sur le temps de vie en institution :

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisée ? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
Pas grand-chose. Au début j'étais embêtée par le fait de rester longtemps. Mais on s'y fait.

2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Je sais pas. Peut-être que ça les soulage. Ma mère elle voulait pas mais elle se mettait la pression. Quand j'allais pas à l'école elle culpabilisait.

3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
Au début oui. Là plus trop. Si, quand quelqu'un fait une crise c'est stressant. Le dimanche soir il y a de l'angoisse. Revenir ici pour une semaine complète. Et la reprise de la scolarité aussi.

b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?

Je sais pas trop. Je pense pas. C'est plus le fait de quitter la maison et mes habitudes.

4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?
J'arrivais pas à aller au lycée. Ça a commencé en fin de 3ème. En 2nde c'est moi qui voulais redoubler. Pour pouvoir savoir plus ce que je voulais faire. J'étais inquiète que les années avancent au lycée. Je ne sais pas vraiment pourquoi j'y vais plus.

5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?

L'hôpital de jour n'a rien apporté. Je ne sais pas. Plus d'observation.

6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer ? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)

Ma chambre. Je passais le plus clair de mon temps dans ma chambre. Et le téléphone pour parler à mes amis.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation :

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?

Parler aux soignants. L'équipe est disponible le soir. Je m'endormais vers 4h du matin chez moi et personne n'était disponible à ce moment-là.

2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Pas trop. On s'entend tous à peu près mais j'ai jamais vu un ado aller vers un autre quand il n'est pas bien.
b- (si oui) En fais-tu partie?
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Les ados plus graves n'aident pas.
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Oui. Il y a quelqu'un dans la chambre. Si on était seuls en chambre ça isolerait.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Les activités oui. Le temps ici est très long.
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Oui, parce-que j'ai la chance que les filles soient d'accord pour augmenter le thermostat. Mais j'ai peur de les déranger comme je suis insomniaque. Je l'ai décorée un peu.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
Ca dépend. En bas ça va. Mais pas quand les ados sont agités. Dans la chambre aussi. Et dans le bureau du psychomotricien.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi ? Faut-il que les soignants te le demandent ? Est-ce que tu en as envie six?
Je fais très attention chez moi. Ici je fais plus vite. J'ai pas forcément le temps avec la fermeture des chambres.
7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Non. C'est difficile de se projeter à l'extérieur quand on est ici. Les seuls trucs auxquels je pense c'est le planning et les repas. J'aime savoir à quoi m'attendre, quand c'est organisé.
8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Non
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
Non pas trop.
b- En as-tu envie?
Je sais pas si j'ai envie.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
On est plusieurs par chambre, on peut discuter.
Le prof d'espagnol, et de français.

b- que tu n'aimes pas?

Un truc que j'aime pas mais je peux pas le reprocher, c'est quand les soignants me harcèlent pour aller à enchantons nous. Ça m'intéresse pas vraiment d'apprendre sur moi-même par la voix.

11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?

Pleins de choses. On s'engueule très souvent. Ma mère se plaint beaucoup de mon père. Elle me raconte. Je lui dis « pourquoi tu pars pas », elle me dit qu'elle n'a pas envie. Elle se plaint mais elle reste. Moi je subis ça. Mon père s'occupe pas de moi parce-qu'il ne comprend pas. Ma mère prend le rôle de mère et de père.

12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?

Ca m'aide. Je suis plus chez moi, il n'y a plus les engueulades.

Mais il y a les crises entre ados. Il n'y a pas d'environnement 100% sains.

On m'enlève un truc pour me gérer mais on m'en rajoute un.

Entretien Malia :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?

Oui

2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?

J'ai été soulagée

b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?

Très mal, mais d'un côté ça les a soulagés.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?

Il n'y a eu qu'un seul entretien avec le Dr B. (médecin à l'HdE), ça a été décidé à la dernière minute.

b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)

pas vraiment

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?

Que les repas ne soient pas adaptés en fonction des patients.

5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?

non

Pensais-tu que te séparer de tes parents serait difficile?

Je pensais vraiment. C'était en quelques sortes pour être séparée que j'ai demandé à être hospitalisée (à l'HdE). Mais quelques semaines après j'étais

encore malade et je n'ai pas pu faire marche-arrière. Ça m'a aidé les 1ers temps.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisée? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
Ca m'énerve. J'aimerais continuer comme avant à perdre du poids. Mais si je veux sortir d'ici il faut que je me plie à leurs quatre volontés. Prendre du poids, manger de tout, tout ce que je ne veux pas.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Ça les soulage, mais ça les rend triste. Ils sont énervés de voir que rien n'avance. Moi je pense que ça avance, même si je perds, je vois que dans ma tête ça avance.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
oui. Le lundi et le jeudi soir, les veilles de pesée. Avant les repas aussi.
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Non. Je ne suis pas angoissée, mais triste de pas les voir.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?
C'était trop dangereux qu'on me laisse perdre du poids comme ça. Je pouvais y passer.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
Rien. Je dis « si si ça m'aide », mais je ne sens rien qui ait changé. Je sais que ça avance, mais pas grâce à l'hospitalisation. Grâce aux filles que j'ai rencontrées ici tout ça, mais pas grâce aux psychologues.
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de te séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
De la balance. Je sais que je suis méchante, la plupart des patients doivent dire « mes parents ». Moi c'est mon seul repère.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
Oui, les filles avec qui je suis. C'est pas les soignants.
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
b- (si oui) En fais-tu partie?
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Oui. Avec celles qui ont la même pathologie. Mais les autres sont très gentils aussi. Quand il y en a une qui pense qu'elle trop mangé on essaie de relativiser. C'est un

pas de plus vers la sortie. Ça m'aide à accepter de reprendre du poids. Forcément quelqu'un qui vit la même chose saura quoi dire pour rassurer. Sinon ça peut confirmer les craintes.

3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?

Oui, ça permet de penser à autre chose.

4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?

Non. Pas les soignants. C'est les autres ados qui ont le rôle des parents, c'est comme une petite famille.

5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?

Non, je ne me sens pas bien avec les personnes avec qui je suis.

Je l'ai bien décorée et tout, mais je me sens pas bien pour autant.

Mais j'ai un doudou. J'avais arrêté, mais ma mère me l'a ramené depuis que je suis à l'hôpital. J'ai aussi son écharpe avec son odeur. Elle remet du parfum quand je lui demande.

b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?

Pas vraiment. Enfin si, contre les radiateurs, comme j'ai souvent froid. C'est aussi pour perdre du poids.

6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?

Oui, c'est moi qui demande qu'on ouvre les douches tout ça.

7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?

Non.

8. a- Est-ce que tu participes à des ateliers?

Non. Enfin je fais esthétique, écriture, relaxation, peinture, sens. Mais ça m'aide pas.

b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?

Non. On dit jamais « mes parents me manquent ». On sait que c'est le cas de tout le monde.

9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?

b- En as-tu envie?

Non. C'est trop tôt.

10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?

Pas spécialement.

b- que tu n'aimes pas?

Le fait de ne pas avoir assez de temps pour manger. Tout ce que j'aime pas trop c'est pour me soigner et ça je le sais.

11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
Oui. Par exemple, ils parlent tout le temps de la nourriture « tu penses qu'à toi ». Des fois je leur raccroche au nez. Ils connaissent pas cette maladie. J'ai pas le droit de leur en vouloir mais je leur en veux quand même. Je me sens coupable de tout le mal que je leur fais.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Ca m'aide à aller mieux, à plus me concentrer sur les efforts. La séparation va renforcer les liens avec mes parents. C'est pas rien de vivre une anorexie dans une famille et j'en suis bien consciente parce-que je sais que je suis pas la seule à souffrir.
-

Entretien Benjamin :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisé?
Non
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
J'étais agacé, j'avais pas trop envie de venir. Maintenant que j'y suis je pense que c'est une bonne décision.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
Je sais pas. Ils m'ont pas dit. Je leur ai pas demandé.
3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Je sais pas.
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)
Oui.
4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
Accepter de venir. Parce-que ça me sépare de mes parents et de mes frères.
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
Non
Pensais-tu que te séparer de tes parents serait difficile?
Oui. Je savais.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisé?
Ça me fait un peu du bien. Ça m'aide à réfléchir. Ça me rend triste.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Ça leur fait du bien aussi. Je m'énervais à la maison. Ça leur fait du bien que ce soit calme à la maison. C'est un peu facile et pas facile.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissé?
Je sais pas. Pas vraiment.
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
La séparation ça va.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisé?
Parce-que ça n'allait pas bien à la maison, c'est pour m'aider. Et aussi pour changer mon traitement. Ça marchait pas pour m'apaiser. (Quasym, Risperdal, Nozinan)
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
Je sais pas.
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer ? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
De ma mère et de ma maison. On est très proche. Mon père est en Angleterre. Il y va 3 ou 4 fois par an.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
La musique. Il n'y a que ça. De la musique calme, de la pop.
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Non
b- (si oui) En fais-tu partie?
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Oui, ça m'aide de pas être tout seul.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Les soignants non. Mais je m'entends bien.
Les activités oui, les jeux de sociétés, l'atelier équitation, la console, mais des fois

- ça m'excite.*
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Oui, pas plus que ça.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
Non. Dehors peut-être.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?
Oui. Oui j'ai envie.
7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Non.
8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Non, j'en fait pas trop.
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
b- En as-tu envie?
Non, faut que je reprenne le collègue.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
Les repas parce-que tous ensemble on échange, on discute.
b- que tu n'aimes pas?
Quand on me dit non.
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
Oui. Avec ma mère à force d'être ensemble on s'énerve.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Les deux.
-

Entretien Adam :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisé?
Oui. Mes parents m'ont expliqué que c'était pour régler mes problèmes donc j'étais d'accord.
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
Je l'ai prise par le bon côté. C'est pour mon bien donc je me suis pas braqué.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?

Je sais pas.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Oui.
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)
Non. Pas à ce point. J'avais jamais été dans un internat. Il y a beaucoup de règles que j'accepte pas. A mes yeux ces règles sont pas pertinentes.
4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
*De quitter mon entourage et ma famille. Le tout petit a un peu plus d'un an. Je joue souvent avec lui. Ma mère et mon père.
Mes collègues, surtout mes potes.*
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
Jamais directement.
Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?
Non. J'étais pas inquiet. C'est pas de l'inquiétude, c'est de l'impatience.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisé? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
(Ne comprend pas la question. Reformulation. Suggestions)
C'est mitigé. C'est pas de la colère, ni de la tristesse, ni du soulagement. Ces trois termes ne conviennent pas. C'est de l'impatience.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Je sais pas. Ils veulent du changement. Ils sont soulagés je suppose. Depuis que je suis petit on travaille sur ça. Il y a du progrès, mais c'est encore...
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissé?
Non
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisé?
Ca prenait de plus grandes proportions. Jusqu'à ce que je pète un câble et que je jette une table en espagnol. C'est pas tolérable en société. C'est le bon moment pour l'hospitalisation. Là ça montait, ça montait.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
Une observation. Pour un nouveau traitement. Ce matin j'ai commencé un nouveau traitement, la Ritaline. C'est pour la concentration et tout.

6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
*Le collègue et les gens que je côtoyais au collège.
Ma famille je la vois en perm, en visite.
Mes collègues prennent des nouvelles de moi, ça m'a beaucoup touché.*

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
*Les consultations avec Samuel (son interne). Ou les coups de poing dans le mur.
Parfois j'ai pas le temps d'aller en consultation.*
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Il y a pas une grosse unité. On passe le temps, c'est superficiel. Il y a pas de solidarité ou je sais pas quoi. C'est chacun dans son coin.
3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Ados ou pas, pas de différence.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
*Je vois pas l'utilité de 80% des activités. Je vois pas le sens. Peut-être que ça en aide d'autres, pas moi. Ma famille je la vois souvent. Le déclic viendra de moi. Pas des activités.
90% des soignants sont bien.*
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Non. J'aimerais changer de chambre. Il y a quelqu'un que je n'apprécie vraiment pas. Il y a de légers problèmes d'organisation dans la chambre. Quand on se réveille ça pue. Les affaires sont par terre.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
En salle info quand je suis tranquille, pénard. Je lis les actus foot.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?
Je suis pas quelqu'un comme ça.
7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Non.
8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Non. Enfin un peu ateliers relax et théâtre.
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
non

9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
Oui
b- En as-tu envie?
J'aimerais travailler dans le commerce ou dentaire. Mon père travaille comme infirmier dans le dentaire.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
Certains sont sympathiques, il sont drôles.
b- que tu n'aimes pas?
J'aime pas la manière dont certaines personnes s'expriment. On n'a pas le droit de dire ce qu'on a envie. J'ai pas eu le droit de dire que j'étais rassasié.
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
La communication scolaire. Quand ça se passe mal avec un prof. Si je leur dit « j'ai rien fait », ils vont pas me croire. Ils vont pas m'écouter tandis que d'autres sont écoutés. C'est surtout ça qui entraîne des conflits. Après ça va.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Aucun des deux. J'habite à côté.
-

Entretien Samia :

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisée?
Oui. C'est moi qui ai demandé. Avant on m'avait obligée.
2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
Ca allait. Je ne m'y opposais pas.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
Ma mère a été attristée. Mais ça allait. J'ai été adoptée à 4 ans par ma mère seule. Je n'ai pas de père.
3. Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Je n'ai pas eu de consultation avant l'hospitalisation. J'étais venue visiter. Ça a un peu aidé. Pas plus que ça.
4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
De rester ici et pas à la maison. Avec des gens que je connais pas trop. Les ados.
5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?

Pensais tu que te séparer de tes parents serait difficile?

Non. J'étais pas trop inquiète. Je savais que j'aurai des permissions.

II. Sur le temps de vie en institution:

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisée? (tristesse, soulagement, colère, injustice...)
Rien. Ça m'aide un peu. Je me sens protégée. Quand je fais des crises d'angoisse et tout, pour pas que ça dérape trop, genre je me fais du mal.
2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à ta mère?
Je sais pas trop. J'y pense pas trop. J'ai l'habitude d'être hospitalisée.
3. a- Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissée?
Oui. N'importe quand.
b- Ces moments sont-ils liés au fait de ne pas voir ta famille comme quand tu es à la maison?
Non, c'est pas lié à la famille.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisée?
Je vais pas très bien moralement et physiquement. Moralement je suis pas très bien. Je suis plutôt triste. Je sais pas pourquoi. Physiquement je sais pas trop. Je suis pas tranquille dans mon corps.
5. Qu'est-ce-que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
(suivi psychologique en ville) Je sais pas trop.
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer? (parents, école, amis, maison, chambre, ordinateur...)
De ma mère. On est très proches.

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien? /qui te permettent de gérer ton angoisse?
Soit j'écris, soit je prends un si besoin, soit j'écoute de la musique, soit je vais me promener dehors.
2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Un peu.
b- (si oui) En fais-tu partie?
Oui.
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Je sais pas. Je suis rassurée.

3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Un peu.
4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Un peu. Un peu les activités. Ça aide à penser à autre chose.
5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
*Oui. Je l'ai pas trop investie mais je me sens bien.
J'ai un doudou. Un petit ours depuis 8 ans.*
- b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
La salle de musique.
6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi ? Faut-il que les soignants te le demandent ? Est-ce que tu en as envie?
Oui. Oui j'en ai envie.
7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
Non. Je préfère pas trop en parler sinon ça me rend triste.
8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Oui. Les jeux de société, l'escalade, le poney, la terre, la peinture, l'écriture, le théâtre, Enchantons-nous.
- b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
Non.
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
Pas trop. Je suis en 3ème. J'irai en 2nde.
- b- En as-tu envie?
Non j'ai pas envie. J'espère partir vite d'ici.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
b- que tu n'aimes pas?
(Ne souhaite pas répondre)
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec ta mère?
Non.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Ni l'un ni l'autre. Ça fait rien de spécial. C'était plus difficile pour les 1ères hospitalisations.
-

Entretien Thomas:

I. Exploration du vécu en préadmission:

1. Est-ce que tu souhaitais être hospitalisé?
Non

2. a- Quand l'hospitalisation a été décidée, comment as-tu vécu cette décision?
j'étais très en colère contre mes parents. Je le suis toujours. J'aime pas ça, mes parents le savent. Ils m'ont pas laissé le choix. Ils ont appelé une ambulance.
b- Comment penses-tu que tes parents l'ont vécue?
Je sais pas.

3. a- Les entretiens avant l'admission ont-ils selon toi aidé à accepter l'hospitalisation?
Je ne suis pas venu aux entretiens. Mes parents sont venus seuls. Je ne voulais pas en entendre parler. C'était sûr que je serai hospitalisé.
b- A ce moment, est-ce que tu arrivais à comprendre en quoi consistait une hospitalisation dans ce service? (lieux, ambiance, personnel, groupe)
Non. J'avais pas envie de bouger par rapport à l'hospitalisation. L'hospitalisation m'aidera pas à aller mieux. Je me suis fait une idée toute faite que je ne savais pas à quoi ça allait servir.

4. Au moment de cette hospitalisation, qu'est-ce qui a été pour toi le plus difficile?
Pas vraiment la séparation avec mes parents. C'était voir des psychiatres, psychologues, des internes, des médecins.
Je suis en colère contre mes parents, ça m'arrange de plus les voir.
Les psychiatres ne peuvent rien pour moi, c'est inutile pour moi. On pourra pas m'aider à résoudre mes problèmes.

5. A-t-il été question de la séparation au cours des entretiens qui ont précédés l'hospitalisation?
A Marigny, mes parents ou les médecins me disaient que le fait qu'il y ait coupure pouvait arranger les choses.
Pensais-tu que te séparer de tes parents serait difficile?
Non, je demandais à ne plus les voir. Je refuse leurs appels, les visites...

II. Sur le temps de vie en institution :

1. Qu'est-ce-que ça te fait d'être hospitalisé?
Ca m'énerve. Je suis en colère contre mes parents qui ont décidés. Les psy sont des gens que j'aime pas trop voir. L'hospitalisation c'est une perte de temps. Avant l'hospitalisation j'étais triste. Mes parents sont divorcés. Donc je vois pas mon père dans tous les cas. Dans tous les cas je les vois pas, même chez moi.

2. Qu'est-ce-que tu penses que ça fait à tes parents?
Aucune idée. Ça doit les rendre tristes d'après ce qu'on m'a dit ici. Mais moi je m'en fiche de ce qu'ils peuvent penser. Ca me rend pas forcément heureux, mais je m'en fiche.

3. Au cours de cette hospitalisation, y a-t-il des moments où tu te sens angoissé?
Non, pas vraiment. Je suis surtout en colère.
4. Pour quelle raison penses-tu avoir été hospitalisé?
*Pour deux raisons.
 La principale c'est que je vais plus en cours.
 La 2nde c'est que je ne m'entends pas avec mes parents.
 C'est lié. Je suis très en colère, je les considère responsables du fait que je ne vais plus en cours. Mon père n'a rien fait. Ma mère est responsable. Ma mère surtout le matin quand j'avais du mal à me lever, à aller en cours. Du coup ça me donnait pas envie d'aller en cours. Elle me répondait « du coup je t'amène pas en cours. »
 Généralement quand on dit à un enfant « je t'amène pas », ça ne lui donne pas envie. Elle ne m'imposait pas les cours comme elle aurait dû le faire. J'étais déjà puni au maximum de toute façon. Elle ne me poussait pas. Mon père n'est pas intervenu.
 Maintenant j'ai perdu le goût.*
5. Qu'est-ce que tu penses que l'hospitalisation apporte par rapport au suivi que tu avais?
*Je n'avais pas de suivi à l'extérieur. Je ne voulais pas. Je pensais que c'était obligatoire d'aller voir le Dr V. Après j'ai appris que ça ne l'était pas. Ça m'apporte rien du tout. De toute façon à la fin je serai dans le même état. Peut-être que ça se serait mieux passé sans l'hospitalisation. L'idée de reprendre les cours arrivait, mais on m'a hospitalisé à ce moment-là.
 (silence...) Ça c'est ce que je pense mais c'est pas forcément vrai. Même si je suis toujours en colère contre mes parents, ça peut toujours m'apporter quelque chose d'autre, mais moi je ne pense pas.*
6. De quoi / de qui a-t-il été le plus difficile de se séparer?
*Mon espace à moi, ma chambre. Je ne sortais pas. J'allais pas voir d'amis. Je regardais des séries. Ma chambre, mon lit, mon espace à moi.
 Ma mère s'est mis en tête de déménager. Je ne supporte pas. Ma chambre c'est très important. Il y a tous les souvenirs depuis que je suis tout petit. C'est mon espace à moi. J'avais pas de vie à l'extérieur.
 Mes parents sont séparés depuis 3 ou 4 ans. Ma mère voulait une maison plus petite. On n'a pas les moyens de la garder. C'est pas encore sûr. Moi je suis contre.
 Il n'y a pas que ma chambre. Il y a énormément de souvenirs dans toutes les pièces. J'ai pas envie de les perdre. (...)
 Je suis pas l'ado adapté pour parler de mes parents. Pour moi c'est pas difficile de me séparer.*

III. Sur la capacité à se saisir des outils propres à travailler la séparation:

1. Y a-t-il des choses qui te permettent de gérer les moments où tu es moins bien?
 /qui te permettent de gérer ton angoisse?
Non. Il y a une fois où j'en ai vraiment eu marre. Je suis monté dans ma chambre

et j'ai lu.

Pas vraiment. Il suffit qu'il y ait un autre ado.

2. a- Y a-t-il un esprit de groupe dans le service?
Quelques-uns sont écartés à cause de leurs difficultés.
b- (si oui) En fais-tu partie?
oui
c- Qu'est-ce-que cela t'apporte?
Ça m'apporte quelque chose mais de mauvais. À Marigny on se parlait tous. J'aimerais essayer que ça se passe mieux avec les personnes exclues. À Marigny le groupe m'aidait à m'en sortir. On discutait de nos problèmes. Ici j'ai plus l'impression de rejeter que d'être dans un groupe. J'aime pas les rejeter.

3. Est-ce que le fait d'être avec d'autres adolescents t'aide à supporter de ne pas être avec ta famille et tes amis?
Le fait de ne voir personne me rendait plus triste. Oui, ça m'aide à me sentir moins seul.

4. Est-ce que les adultes et les activités du service t'aident à supporter de ne pas être à la maison?
Non. C'est pire. Ca donne encore plus envie d'être à la maison. A Marigny, je trouvais des adultes avec lesquels je me sentais bien. Ici ils sont moins attachants. Peut-être aussi parce-que à Marigny il y a avait moins d'adultes. Il n'y avait que 4 éduc par équipe de deux. Ici il y a 5 éduc plus 5 ou 6 aides soignants. On s'attache moins à une personne. On voit tellement de monde ici. Certains sont insupportables et me donnent encore plus envie de rentrer chez moi.

5. a- Est-ce que tu te sens bien dans ta chambre?
Non! Pas du tout. La chambre est un espace très important pour moi. Surtout depuis peu. Alors atterrir dans un endroit avec deux ados en difficulté... (partage la chambre avec 2 ados présentant des troubles psychotiques). Je suis pas dans mon espace chaleureux de ma chambre que j'adorais tant.
b- Est-ce qu'il y a des endroits où tu te sens bien dans le service?
Non aucun. A Marigny oui, mais pas ici. Peut-être aussi que c'était l'été. Il y avait le parc à l'extérieur que j'aimais beaucoup. Des chambres individuelles quand ça n'allait pas. J'aime pas du tout ici.

6. Est-ce que tu arrives à prendre soin de toi? Faut-il que les soignants te le demandent? Est-ce que tu en as envie?
Je m'en fiche un peu. Ici en tout cas. Au lycée j'aurais pris soin de mon apparence. Je fais le minimum, je lave mes habits, je me coiffe.

7. Peux-tu parler de la séparation avec les soignants?
J'essaie de ne pas en parler. Ils sont pas censés être au courant. Avec les psychiatres oui, mais je leur dis pas forcément tout. Ce que je ressens et pense de mes parents, ils ne sont pas censés le savoir. J'essaie de ne pas leur en parler

parce-que j'ai pas envie d'être aidé. J'ai envie qu'on me laisse tranquille dans ma chambre. Les soignants n'ont rien à voir avec mon avancée, c'est pas eux qui font le gros du travail. C'est pas leur métier.

8. a- Est-ce-que tu participes à des ateliers?
Non, j'aime pas ça. Je vais pas en cours non plus ici.
b- Parles-tu de la séparation au cours des ateliers et des activités du service?
9. a- Est-ce que tu te sens capable de travailler un projet (professionnel, scolaire) dans le service?
b- En as-tu envie?
J'avais le projet d'aller en S quand j'allais en cours. Je voulais être ingénieur informatique. J'arrive pas à me projeter dans l'avenir. Je m'étais dit que j'allais redoubler.
10. a- Y a-t-il des choses qui te plaisent dans le service?
Pas vraiment. Les jeux de société. Mais par rapport à Marigny non.
b- que tu n'aimes pas?
Les chambres, l'ambiance froide. C'est pas l'ambiance chaleureuse de chez moi. Les toilettes communes, Les douches communes. L'atmosphère en général. Il y avait une salle où on accrochait toutes les peintures à Marigny. Un truc qui me plaît par rapport à Marigny c'est les entretiens qui se font dans un bureau. Il y a plus d'intimité. A Marigny ça se faisait à l'extérieur, sur un banc.
11. Y a-t-il selon toi des choses qui fonctionnent mal avec tes parents?
Mon père. Il n'habite pas avec moi. Il est allé voir un psy. Il reste à l'écart de tout mais il est allé voir un psy.
C'est ma mère le problème. C'est surtout elle la responsable. Elle m'a mis en psychiatrie. Elle ne va pas voir de psy, elle n'a pas envie d'en voir. Elle n'a que des défauts. Elle est égoïste. Elle ne pense jamais aux autres. Je la considère responsable mais ça ne la dérange pas. Elle ne se demande pas pourquoi je ne vais pas en cours. Elle pense qu'à elle. Elle ne m'amène plus en cours parce- qu'elle n'a pas le temps. Elle s'en fiche de moi. De ce qui ne fonctionne pas. Quand je lui explique, elle ne comprend pas ce que j'essaie de lui dire. Mon père je ne le vois quasiment jamais.
12. Penses-tu que la séparation par l'hospitalisation t'aide à aller mieux ou plutôt t'empêche d'aller mieux?
Peut-être que ça m'aide le fait de prendre une pause. Cette rupture fait que je prends l'air. Pour réfléchir, peut-être plus tard. Au lieu de se crier dessus ça s'apaise. Même si au fond en sortant ce sera la même histoire.
-

**ENJEUX DE LA SÉPARATION INDUITE PAR
L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN DES ADOLESCENTS EN
PÉDOPSYCHIATRIE : APPROCHE THÉORIQUE ET CLINIQUE
DE LA QUESTION
À PROPOS DE 12 CAS**

RESUME EN FRANÇAIS :

L'avènement du pubertaire implique un mouvement de séparation du milieu familial, vers une différenciation et une subjectivation. L'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie, pour différentes indications, précipite cette séparation. Après une approche théorique, nous avons réalisé l'analyse clinique d'un recueil de 12 entretiens semi-directifs d'adolescents hospitalisés, de profils psychopathologiques variés. Une séparation redoutée, voire refusée par l'adolescent et parfois ses parents, peut apparaître bénéfique, dans l'institution, mais aussi parfois très longtemps après. Dans d'autres cas, plus rares, elle peut rester traumatique. La séparation peut être un levier du soin, rarement une indication de l'hospitalisation et plus exceptionnellement une entrave au processus thérapeutique. Ce travail a mis en lumière l'importance de prendre en compte cette dimension dans le parcours de soin.

PHYSICAL RESTRAINT : STAKES OF SEPARATION INDUCED BY FULL-TIME HOSPITALIZATION IN PEDIATRIC PSYCHIATRY FOR TENNAGERS : A THEORICAL AND CLINICAL APPROACH IN 12 CASES

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : adolescence, pubertaire, séparation, hospitalisation, vécu de patients, pédopsychiatrie, subjectivation, différenciation, analyse clinique, famille, bénéfice, traumatisme, régression, groupe, ateliers médiatisés, cadre, contrat de soin, institutionnel.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Co-direction de thèse : Laure MESQUIDA, Franck HAZANE