



HAL
open science

Quand l'adolescence fait "criser" la famille : approche psychomotrice des passages à l'acte de l'adolescent en crise comme expression d'une problématique familiale

Roxane Froment-Castellani

► To cite this version:

Roxane Froment-Castellani. Quand l'adolescence fait "criser" la famille : approche psychomotrice des passages à l'acte de l'adolescent en crise comme expression d'une problématique familiale. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867265

HAL Id: dumas-00867265

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867265v1>

Submitted on 27 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

QUAND L'ADOLESCENCE FAIT "CRISER" LA FAMILLE

Approche psychomotrice des passages à l'acte de l'adolescent *en crise* comme expression d'une problématique familiale.

Roxane FROMENT-CASTELLANI

Née le 21/10/1991 à Bayonne

Juin 2013

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement ma directrice de mémoire Méline PRETOT pour sa confiance, son soutien et sa présence tout le long et jusqu'au bout de l'élaboration de mon mémoire.

Je souhaite remercier ma maître de stage Cécile LE DOLEDEC pour ses précieux conseils, ses relectures et pour m'avoir fait partager sa passion du métier.

Je tiens aussi à remercier les professionnels de cette institution, qui m'ont accueillie dans la bonne humeur et m'ont accompagné dans l'ultime étape de mon processus de professionnalisation.

Un grand merci également à toute ma famille qui m'a permis de me construire et de choisir une profession qui me correspond.

Et enfin merci à mes amis « partenaires de route » et aux liens particulièrement forts tissés tout au long de ces trois années.

« L'adolescent est dans une quête de lui-même qui passe par la rencontre avec les autres et dont l'issue dépendra de la qualité de présence des adultes. »

PHILIPPE JEAMMET

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I^{ER} PARTIE	7
IMPACT DES RELATIONS FAMILIALES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	
A. GENERALITES SUR LA FAMILLE	7
B. LA PARENTALITE ET LES FONCTIONS PARENTALES.....	10
C. ROLE DE LA FAMILLE DANS LA PRIME ENFANCE : DE LA DEPENDANCE A L'INDEPENDANCE	11
II^{EME} PARTIE	19
L'ADOLESCENCE : CE PASSAGE ENTRE « L'ENFANT » ET « L'ADULTE »	
A. ARRIVEE DE « L'ADOLESCENCE » DANS NOS SOCIETES ACTUELLES	20
B. IMPACT CHEZ LE SUJET	22
C. IMPACT DANS LA FAMILLE.....	31
III^{EME} PARTIE	36
LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE : SIGNE D'UNE DIFFICULTE DE REAJUSTEMENT FAMILIAL	
A. QUAND L'ADOLESCENT VA MAL : DES SIGNES D'APPEL AUX CONDUITES PATHOLOGIQUES.....	37
B. LE DESACCORDAGE FAMILIAL.....	48
IV^{EME} PARTIE	55
LA SPECIFICITE DE LA PSYCHOMOTRICITE AVEC DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE	
A. DANS L'INSTITUTION	55
B. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU C.C.S.S.A.....	67
C. UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE.....	75
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	93

INTRODUCTION

L'adolescence est une période qui fait du bruit, et ce n'est pas prêt de cesser. Nombre d'ouvrages fleurissent d'ailleurs sur ce sujet : les parents se questionnent et sont dans l'attente de réponses afin de comprendre ce qui se passe chez leur adolescent. D'ores et déjà nous savons que le sujet y entrera pour en ressortir « adulte » c'est-à-dire en ayant tenté de s'individuer, de se différencier et de se désengager de ses liens de dépendance. En effet, la plupart du temps cette transition qu'est l'adolescence se résout positivement malgré quelques oppositions et révoltes.

Mais dans cet entre-deux, les remaniements sont multiples et peuvent briser un équilibre précaire ou encore créer une situation déstabilisante laissant alors le jeune et son environnement en difficulté. Evidemment les auteurs de ces livres « guides » fournissent des éléments de réponses, mais la famille en difficulté peut-elle prendre assez de recul sans aide extérieure pour se rendre compte qu'elle dysfonctionne ?

Je me suis intéressée aux adolescents en souffrance par le biais de mes stages de troisième année. En portant mon attention sur plusieurs situations dans leur globalité, je me suis interrogée sur l'origine de la souffrance de ces adolescents les amenant à recourir à des passages à l'acte gravissimes. Nous verrons que le sujet dans la continuité de l'enfance se construit auprès de son premier groupe d'appartenance qui l'accompagne dans toutes ses acquisitions : sa famille. Même lorsqu'il commence à investir de nouveaux groupes, la cellule familiale est dans la plupart des cas un lieu de repère, de base vers lequel le sujet retourne. C'est donc au sein de celle-ci que l'adolescence va se jouer et la famille par sa présence et son accompagnement, va colorer ce processus en influençant la finalité. Mon titre « quand l'adolescence fait "criser" la famille » sous-entend l'impact important de l'adolescence sur toute la famille dont l'adolescent fait partie.

Je souhaite donc vous faire partager au long de ce mémoire mes questionnements et mes hypothèses concernant le passage à l'acte de l'adolescent en prenant comme fil conducteur son environnement familial. Selon moi, il est au centre du développement psychomoteur et affectif du sujet. En psychomotricité nous allons prendre en compte la personne dans sa globalité et D.W. WINNICOTT le dit très justement : « *un bébé seul ça n'existe pas* ».

A mon avis, un adolescent seul non plus et il me semble donc nécessaire d'envisager celui-ci dans sa problématique familiale. En ce sens, je vais tenter de vous montrer l'intérêt et la spécificité de la psychomotricité avec ces adolescents dont le passage à l'acte peut être vu comme l'expression d'une problématique familiale.

Ainsi, une première partie sur le rôle de la famille dans les acquisitions et le développement psychomoteur et affectif de l'enfant me semble nécessaire pour aborder ensuite les impacts de l'adolescence chez le jeune et dans son environnement familial. Ces bases étant posées, nous avons les éléments clés afin d'appréhender cette notion de passage à l'acte au moment de l'adolescence ainsi que ce qu'elle signe au niveau individuel et familial. L'ensemble de ces réflexions me sont nécessaires afin d'envisager la spécificité et l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité avec ces adolescents en grande souffrance. Toutefois, la psychomotricité est à prendre en compte au sein d'une institution qui dans mon cas aura un rôle particulier dans l'accueil et la prise en soins de la famille. Il me semble important donc le cadre de mon propos d'articuler la psychomotricité à l'institution au sein de laquelle elle s'exerce.

I

IMPACT DES RELATIONS FAMILIALES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

« Pour élever un enfant, il faut tout un village »

Dicton Kabyle

La période de l'adolescence est un processus complexe dont le dénouement sera fonction entre autre des ressources internes acquises dans l'enfance. De plus, étant définie comme la réactualisation du processus de séparation de la prime enfance, il me semble intéressant de revenir sur le développement psychomoteur, affectif et cognitif de l'enfant pour en comprendre les enjeux. Les premières relations parents-enfant, et ensuite le développement de l'enfant à l'intérieur de sa famille sont des étapes clés afin que le sujet puisse s'insérer sans rupture dans ce que l'on peut appeler « le monde des adultes ».

A. GENERALITES SUR LA FAMILLE

1. Différentes visions de la famille

La famille est un « phénomène universel »¹ répandu chez les humains depuis des milliers d'années. On trouve différents types de familles et de parenté selon les cultures et les pays : il existe des systèmes monogames dans des sociétés très primitives comme dans des sociétés complexes, mais également des organisations polygames.

¹ S.VALLON « Qu'est-ce qu'une famille ? » Fonctions et représentations familiales, *VST – Vie sociale et traitements*

En Inde ou au Tibet par exemple, les femmes ont plusieurs hommes – nous pouvons parler de polyandrie – le mari étant souvent absent de par son travail, la femme choisit un frère pour assurer la stabilité et la sécurité de la famille. Le frère endosse alors le rôle de chef de famille et de figure d'autorité : nous observons dans ce cas une organisation de la parentalité différente. Les géniteurs ne sont donc pas forcément ceux qui élèvent les enfants : il y a une séparation entre le fait de procréer et la parentalité.

Malgré cette variété de parentalité, nous remarquons une présence quasi universelle de l'idée de la famille.

Dans nos sociétés occidentales, la famille qui rassemble ceux vivant sous un même toit, est défini par P.OSTERRIETH comme « le groupe fondamental »¹ c'est-à-dire le groupe père-mère-enfant(s). Ensuite il y a la famille au sens plus global du terme qui prend en compte les grands-parents, oncles, tantes, cousins etc.

2. Evolution de la famille dans notre société

De nos jours, nous observons un éclatement de la bulle familiale classique : la séparation du couple conjugal est devenue quelque chose que l'on pourrait qualifier de fréquent. Cela implique donc des remaniements et de nouveaux types de familles qui émergent : familles monoparentales, familles recomposées et familles homoparentales. Pour exemple, en France actuellement deux millions d'enfants² ne vivent plus avec leurs deux parents géniteurs et cela augmente de plus en plus.

Il est donc important de prendre en compte l'évolution de la société, et le fait que 20% des familles ne répondent plus au schéma classique du couple qui élève ses enfants et eux seulement. Ainsi, les enfants issus de familles recomposés, monoparentales ou homoparentales vont se construire différemment, et chercher d'autres modèles d'identification.

¹ P.OSTERRIETH *L'enfant et la famille* p 13

² Issus d'*Enfance et Psychopathologie*, D.MARCELLI D.COHEN, § « L'enfant dans sa famille » p448

Finalement l'essentiel sera la qualité de présence des personnes qui vivront auprès de l'enfant, et la manière dont ils vont l'accompagner, l'initier, le soutenir, lui apporter les repères fondamentaux dont il a besoin dans son développement psychomoteur, affectif, cognitif et dans son ouverture au monde.

Par le fait d'aborder ces changements et ces variations, je cherche à mettre en avant ce qu'il y a de commun entre les différentes cultures et entre les types de structures familiales : **l'idée de la cellule familiale avec des personnes investies et présentes auprès de l'enfant.**

Le modèle familial classique père-mère-enfant n'est donc plus le seul modèle de famille existant mais il reste encore le modèle de référence dans notre société.

J'ai choisi de parler de la famille plus que du père et de la mère car ce sont les qualités du groupe familial, sa dynamique, son réajustement autour de l'enfant qui grandit et les relations créées qui m'importe ici. Je souhaite donc utiliser le terme « de famille, d'environnement familial ou maternant » plutôt que celui de « père et mère ». Cela en lien avec le concept de Salomon RESNIK des « parents harmonieusement combinés »¹ : les parents vont s'occuper alternativement de leur enfant, le père sûrement de manière plus tonique et ferme, la mère de manière plus contenante, tout en éprouvant des sentiments bienveillants à l'égard de leur enfant.

Egalement et par soucis de clarté, lorsque le terme de « parents » apparaît, il comprend la place des parents adoptifs, des beaux-pères et belles-mères.

Je vais donc m'intéresser dans ce mémoire au « **noyau familial** »². Cela tout en gardant en tête les relations que les parents ont ou ont eues avec leurs propres parents lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents et l'impact de ces relations sur la manière dont ils vont vivre leur parentalité et donc accompagner leurs enfants.

¹ Cité dans le dossier « Le concept de fonction contenante », *Santé Mentale*

² P.OSTERRIETH *L'enfant et sa famille* p 13

B. LA PARENTALITE ET LES FONCTIONS PARENTALES

La famille, définie par l'ensemble parents-enfant(s), se construit réciproquement, l'enfant formant le parent et le parent formant l'enfant : « on "est" famille parce qu'on "naît" ensemble ».¹

Il est important de dire également que la famille a une fonction de « pont » entre le dedans et le dehors, entre l'enfant et la société mais également un rôle de régulateur ou de « tampon ». Elle initie l'enfant progressivement et à son rythme au monde extérieur tout en le protégeant de ce qu'il ne peut pas encore supporter.

Avant de devenir parent, nous allons retrouver le plus souvent chez le couple conjugal un désir d'être parent et d'avoir un enfant. Ce désir commun va être empreint de l'histoire individuelle des deux personnes en lien avec la manière dont ils auront été désirés, élevés et des relations qu'ils auront entretenues avec leurs parents dans l'enfance.

L'inconscient et l'imaginaire du couple conjugal vont être beaucoup sollicités lorsqu'ils vont devenir parents à leur tour. D.HOUZEL évoque le terme de « parentalité »: c'est un processus psychique dynamique signifiant « devenir parent ». Effectivement, le fait d'être géniteur d'un enfant ne fait pas d'un couple des parents. Cela implique un long processus d'évolution avec des remaniements psychiques afin que chaque parent trouve sa place dans cette cellule familiale nouvellement créée.

Les deux individus devenus parents vont avoir un rôle, une fonction envers ce nouveau-né qui va être de l'accompagner dans son développement afin qu'il puisse exister en tant que sujet à part entière. Les besoins de l'enfant changent au cours de son évolution, c'est pourquoi les parents devront faire preuve d'une qualité de présence, d'une adaptation et d'un ajustement constant.

L'entourage proche a un rôle majeur dans le développement de l'enfant, rôle qui va évoluer et s'accorder au fur et à mesure. Je souhaite donc étudier la construction et le développement de l'enfant ainsi que l'impact des relations parents-enfant sur l'évolution de celui-ci.

¹ S.VALLON « Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales », *Vie Sociale et traitements*

C. ROLE DE LA FAMILLE DANS LA PRIME ENFANCE: DE LA DEPENDANCE A L'INDEPENDANCE

« *Un bébé tout seul ça n'existe pas* »¹ disait D.W.WINNICOTT. Sous-entendu, un bébé sans son environnement n'existe pas. Ce bébé, à la naissance sera donc un être très dépendant de son environnement. Les besoins du nouveau-né concourant à sa maturation physiologique, neurologique et psychologique sont les suivants: des soins physiques qui concernent l'alimentation, la propreté, la protection physique, les éventuels soins médicaux et des soins « psychiques » sous-entendus la qualité de présence et l'adaptation dans la relation que nous évoquons ci-dessus.

1. Le corps pensable par l'intermédiaire de l'Autre

Dans les premiers temps, le bébé est traversé par une multitude de sensations, il vit des expériences corporelles et émotionnelles mais il ne peut pas encore se les représenter. Par contre il va en exprimer quelque chose à son environnement : ce que W.BION nomme « les éléments bêta bruts »² (par exemple : le bébé est douloureux, il a froid). L'environnement va y répondre de manière comportementale, souvent très corporelle, mais aussi langagière, visant à satisfaire les besoins du bébé en renvoyant à celui-ci des images agréables de chaud, de complétude : ce sont les éléments alpha. Les parents possèdent une fonction alpha, dont une des qualités est de transformer les expériences émotionnelles et corporelles du bébé : W.BION utilise le terme de « détoxification » des éléments bêta.

Nous pouvons dire que l'entourage proche « prête » son appareil psychique au bébé lors des premières interactions. Par le biais de la répétition des expériences empreintes de plaisir et de satisfaction, le nourrisson va commencer à s'approprier peu à peu ce qu'il vit et éprouve au niveau de son corps.

Les parents et le nourrisson évoluent ensemble. Les parents apprennent à mieux discriminer les différents comportements du nourrisson et lui s'apaise.

¹ Citation de D.W. WINNICOTT dans son article sur les « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels »

² Cours de 3A *Psychomotricité* A.M LATOUR

Les parents vont inconsciemment s'identifier à eux-mêmes quand ils étaient bébé (incluant la manière dont ils ont été maternés) afin d'arriver à comprendre ce qui se joue pour le nourrisson.

Le nourrisson fait également l'expérience de la contenance, puisque simultanément le parent contient psychiquement, accueille et détoxique les expériences chaotiques du bébé. Cela s'accompagne d'expériences de peau à peau avec celui-ci, où il entend sa voix, sent son odeur et son regard posé sur lui. Il est contenu psychiquement et physiquement par son parent, c'est ce qu'Esther BICK¹ nomme « peau psychique ». Ces expériences sont très organisatrices car elles engendrent un rassemblement interne des différentes modalités sensorielles et donc un sentiment d'enveloppe.

Cela rejoint également le concept de « holding » D.W.WINNICOTT que l'on pourrait traduire en français par le terme de maintien. Il correspond à la qualité de portage de l'environnement autant sur le plan physique que psychique et participe à l'élaboration par le jeune enfant de son sentiment continu d'exister.

Les situations vécues par le nourrisson devront être rythmées dans le temps, cohérentes, les plus stables possibles et suffisamment semblables pour que l'enfant puisse s'en servir de repères : le nourrissage, le moment du coucher, le portage, la manière dont l'environnement répond aux besoins. Ce sont ces moments quotidiens passés en relation avec l'enfant qui vont permettre l'intégration progressive du sentiment continu d'être contenu, base nécessaire pour pouvoir ensuite se séparer.

Parallèlement, dans ces moments de partage, les parents vont regarder leur bébé, et lui renvoyer une image de lui-même. D.W.WINNICOTT parle de « réfléchissement du soi »², le visage du parent serait comme un miroir grâce auquel le bébé ferait une première expérience du sentiment d'exister en lien avec le sentiment d'enveloppe et de continuité.

¹ Cité dans le dossier « Le concept de fonction contenante », *Santé Mentale* n° 135

² D.D.WINNICOTT *Jeu et Réalité* p214

L'évolution de l'appareil psychique ainsi que le développement psychomoteur du jeune enfant sont donc étroitement liés aux expériences corporelles et à la qualité de la relation avec l'environnement proche. Ce que B.GOLSE nomme le « *double ancrage corporel et interactif* »¹ nécessaire au développement global de l'enfant.

Cette capacité d'élaboration mentale chez l'enfant permet plusieurs choses selon J.BERGERET², d'une part elle a un effet unificateur puisqu'elle va « *diminuer l'impact désorganisateur des stimulations externes et internes* »³, d'autre part l'enfant va pouvoir en penser quelque chose, commencer à faire des liens et cela va diminuer son angoisse. Le développement de l'appareil psychique permet à l'enfant d'anticiper, mais aussi de différer les satisfactions, donc de pouvoir tolérer la frustration.

2. De la symbiose à la différenciation en passant par la séparation

Pour commencer, C.J.DELPY décrit trois séparations physiques de la naissance à la prime enfance :

- La naissance de l'enfant où le cordon coupé signe le détachement physique d'avec le corps de la mère.
- Le sevrage ou ce qu'elle nomme la « défusion » et qui est lien direct avec la théorie de D.W.WINNICOTT développée ci-dessus ainsi qu'avec le début du stade de « dépendance relative » théorisé par cet auteur également.
- La marche.

D.W.WINNICOTT a également théorisé différents stades en lien avec cette notion.

➤ **Phase de symbiose ou de « dépendance absolue » de zéro à cinq mois :**

L'environnement répond aux besoins du bébé, et tente de s'ajuster quasi-totalement à lui : c'est ce que D.W.WINNICOTT appelle « l'environnement suffisamment bon ».

¹ Cours de 3A *Psychomotricité* par A.M LATOUR

² J.BERGERET *Psychologie pathologique théorique et clinique* p265

³ Ibid p266

Cette qualité de présence de l'environnement donne l'illusion au bébé que le monde qui l'entoure a été créé par lui : on parle de période du « trouvé-crée ». En ce sens, D.W.WINNICOTT parle de « l'object-presenting » : une des fonctions de l'environnement qui est de présenter l'objet au moment adéquat permettant au jeune enfant de « penser » que c'est lui qui l'a créé. Durant cette période, les satisfactions proviennent exclusivement de l'entourage. Le nourrisson ne fait pas encore la différence entre les sensations internes et externes, il est dans un stade d'indifférenciation. Cette étape est importante car elle va permettre à l'enfant d'acquiescer un sentiment de continuité d'existence.

➤ **Phase de « dépendance relative » de six mois à un an, un an et demi :**

La « défusion » entre l'environnement et le bébé – passant par une prise de distance de l'entourage – amène progressivement le jeune enfant au principe de réalité. Cela par le biais d'un terrain d'expériences corporelles et sensorielles sécurisées qu'est « l'aire intermédiaire d'expérience »¹ se situant entre la réalité intérieure de l'enfant et la réalité extérieure. Jusqu'alors le jeune enfant baignait dans l'illusion qu'il avait créé le monde. Le manque mais aussi la satisfaction vont lui vivre le fait qu'il y a quelque chose d'extérieur à lui puisque tout n'arrive plus lorsqu'il s'y attend : il prend alors conscience qu'il y a un Autre, bien qu'il ne soit pas encore clairement identifiable.

Ainsi, on observe un nouveau pas vers la différenciation. Le nourrisson anticipe, prolonge (grâce à des images mentales) les moments de bien-être et trouve des moyens de se calmer (en s'auto-satisfaisant par exemple) afin de supporter ces moments douloureux. L'écart entre les besoins du bébé et la réponse de l'environnement oblige le nourrisson à puiser dans ses propres ressources, ce qui lui donne l'occasion de commencer à se découvrir au travers d'expériences corporelles concrètes.

En ce sens, D.W.WINNICOTT décrira chez le bébé et le jeune enfant les conduites/phénomènes transitionnels – dont le fameux doudou fait parti – qui signent la différenciation bébé-environnement et donc la possibilité d'une relation. Ces objets et conduites transitionnels vont accompagner l'enfant durant ce moment de désillusion, de sevrage, en lui permettant de mieux supporter la séparation. Ce dernier sera alors progressivement plus disponible pour interagir et expérimenter en toute sécurité dans un espace de rencontre, de relation et d'échange avec son entourage.

¹ D.W.WINNICOTT *Jeu et Réalité* p29

Ce processus est à mettre en lien avec la discrimination de plus en plus précise de ce qui est à lui et ce qui vient de l'autre au niveau des sensations, des perceptions, des éprouvés, et la reconnaissance de son image en est la continuité.

En parallèle avec ce qui est décrit par D.W.WINNICOTT, J.LACAN théorise le stade du miroir constitué de trois étapes successives dans lequel l'enfant s'identifie à sa propre image en passant par la reconnaissance de l'image de son parent. Selon F.DOLTO, de cette identification découle une prise de conscience de la différence entre son corps réel et son image ainsi qu'entre lui et son entourage.

➤ **Phase « d'indépendance » (à partir d'un an et demi, deux ans)**

L'expérience d'une relation stable et sécurisée avec ses parents sera nécessaire à l'enfant afin de partir sereinement « à la conquête du monde et de sa motricité » et de pouvoir revenir si besoin dans le cocon familial. L'acquisition de la permanence de l'objet¹ va permettre à l'enfant d'investir l'espace et le déplacement. L'exploration du monde qui l'entoure commence lors de l'acquisition par l'enfant de la capacité à se mouvoir (il bouge les différentes parties de son corps et utilise ses 5 sens : touche, met à la bouche, sent etc.), puis ensuite dans ses premiers déplacements jusqu'à la marche.

Se déplacer ouvre un champ de possibilité à la découverte immense car lorsque le jeune enfant apprend à se déplacer, il se projette dans l'espace, fait de nouvelles expériences corporelles et sensorielles. Il peut décider de partir et de revenir.

L'enfant s'ouvre alors de plus en plus au monde, se socialise, rencontre ses pairs pour parfaire sa différenciation, utilise et développe ses potentialités psychomotrices et s'affirme de plus en plus.

Cette partie nous a permis de préciser le rôle des parents qui est de garantir un cadre sécurisant favorable à l'expérience (ce qui implique de poser des limites à l'enfant) mais aussi d'accompagner cette ouverture sur le monde et de solliciter l'enfant. L'expérimentation et l'intériorisation de la fiabilité de son entourage est fondamentale dans le but d'éviter un sentiment de lâchage : l'enfant doit être certain de retrouver son parent.

¹ La permanence de l'objet signifie que l'objet continue d'exister même s'il disparaît du champ de vision car l'enfant en garde une représentation mentale.

Cette citation de C.J.DELPY résume parfaitement cela : « *cette relation parents-enfant est comme un lien, un élastique, qui permet d'aller voir du côté des autres, dehors, à l'extérieur, sans trop de difficultés puisqu'on peut revenir à tout instant, à l'intérieur, pour se sécuriser.* »¹. Cette sécurité interne acquise précocement et la fiabilité de son environnement permet à l'enfant de s'autonomiser.

Ainsi, l'environnement accompagne l'enfant dans ses acquisitions. Il est là pour l'aider à mettre du sens sur ses actions, ses comportements. Selon C.J.DELPY, les expériences relationnelles et affectives vécues avec son environnement vont lui permettre d'investir ses acquisitions et d'évoluer². De plus, son environnement lui renvoie quotidiennement qu'il est une personne à part entière en reconnaissant son altérité c'est-à-dire sa différence et le fait qu'il ait des pensées propres.

3. Parallèlement, l'identité du jeune enfant se construit

*« L'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa réalité physique, psychique et sociale. L'identité personnelle est un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de sa permanence. »*³

L'identité se construit tout au long de la vie de l'individu, au départ par l'intermédiaire de l'Autre puis dans la relation à l'Autre.

La famille, l'environnement prenant soin de l'enfant, est pour moi la base, la fondation de cette construction. Le nourrisson tout seul ne découvre pas son corps, c'est l'investissement du parent pour son corps qui va permettre à l'enfant d'en prendre conscience, ainsi que de ses potentialités et de ce qu'il vit, est et deviendra.

Ces expériences corporelles en relation conduisant à des découvertes capitales pour l'enfant vont dépendre de la qualité des soins apportés reflétant la relation entre lui et son parent : c'est ce que D.W.WINNICOTT appelle le « Handling ».

¹ C.J.DELPY « Entre 2 et 3 ans : l'adolescence de la petite enfance » inclus dans *L'enfant de 2 ans est-il un élève ?*

² Ibid

³ Cours de psychologie A.LAUGAA

L'environnement en s'occupant de l'enfant, lui permet de faire l'expérience intime, profonde qu'il est un être unifié et qu'il habite un corps : ce que D.STERN nomme le « sens de soi »¹. En somme, le corps de l'enfant va être la base de ce processus d'identification.

Très rapidement, les parents vont également attribuer à l'enfant des qualités particulières, le percevoir d'une certaine manière et le bébé va s'identifier à ce que son environnement dit, imagine, pense de lui. L'importance de l'interaction et d'un retour de ce que ressent un parent vis-à-vis de son enfant est mise en avant par la théorie de D.W.WINNICOTT du « rôle de miroir de la mère » ainsi que par celle du stade du miroir de J.LACAN. Ce sont deux étapes importantes qui participent au renforcement du sens de soi, et du sentiment d'être vivant, réel (notion de vrai self). La reconnaissance par le bébé de son image dans le miroir s'accompagne d'une reconnaissance par l'Autre de son identité en tant qu'être à part entière, séparé de lui.

Au cours de la période pré verbale, nous pouvons alors parler de soi expérientiel, ou de soi intuitif, qui se construit, grâce aux expériences avec les autres. Un soi qui n'est pas conscient, mais qui donne à l'enfant l'impression d'être un individu séparé, différencié, et en même temps semblable aux autres.

L'arrivée du langage coïncide avec le moment où l'enfant commence à marcher, à se séparer de son environnement pour aller découvrir l'espace et aller à la rencontre de l'Autre. Il cherche à s'affirmer par l'utilisation du « moi je », puis à s'opposer au travers du « non », ce qui lui permet de renforcer sa différence par rapport à l'Autre. Ensuite, le récit de ses expériences va lui permettre de prendre du recul sur ce qu'il vit, raconte, et de prendre en compte le point de vue des autres. L'enfant se crée peu à peu une intimité de part l'écart entre ses vécus et le récit de ceux-ci qui est forcément différent. Il va accéder progressivement à une conscience de soi. En effet, elle est une étape nécessaire à la construction de l'identité du sujet.

E.KESTEMBERG considère lors de l'enfance qu' « *identité et identification sont [...] pratiquement un seul et même mouvement* ». En ce sens, S.FREUD parle du « concept d'identification ». Selon J.LAPLANCHE et J.B.PONTALIS, l'identification est un « *processus psychologique par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci* »².

¹ D.STERN, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, chap. « Les questions et leurs fondements »

² J.LAPLANCHE J.B.PONTALIS *Vocabulaire de la psychanalyse*, p189

La personnalité du sujet, en lien avec son identité, se construirait et se différencierait selon une série d'identifications. S.FREUD distingue d'ailleurs trois modes d'identifications¹: l'identification primaire, narcissique et secondaire.

De plus, l'intimité de la famille, les repères stables et sécurisants qu'elle offre ainsi que les différents modèles identificatoires vont donner à l'enfant un appui de base pour construire sa personnalité, en imitant puis en se différenciant progressivement pour devenir lui-même. Ces expériences organisatrices et fondamentales vont permettre un investissement du monde extérieur. Le cercle s'élargit petit à petit et l'enfant se construit au travers des autres, d'abord en faisant l'expérience du double, du semblable – ce que J.LACAN nomme « l'identification aux semblables » – puis en s'affirmant et en se différenciant par l'intermédiaire du conflit, de l'opposition.

Lorsque l'enfant est scolarisé, tout ce qui a été acquis dans le lien familial est projeté à l'extérieur. L'entrée à l'école permet à l'enfant de se différencier mais surtout de s'affirmer et de s'autonomiser. Il fait alors de nouvelles acquisitions en dehors du milieu familial et du regard parental.

En conclusion, le processus de séparation de la prime enfance est "une amorce" en vue du processus de séparation de l'adolescence. La première permet à l'enfant de s'autonomiser, de construire son identité, de se différencier tout en gardant un lien de dépendance à l'environnement. L'adolescence implique, elle, un désengagement de ces liens. Du côté des parents, ces processus vont également se rejouer de manière plus importante lors de cette période.

De plus, la place de l'enfant et la manière dont il est défini dans et par sa famille – son premier groupe d'appartenance – va influencer la manière dont il va se définir dans la société et le monde extérieur, mais aussi dans ses choix d'investissement de groupes sociaux.

¹ L'identification primaire est la forme la plus originaire du lien à l'objet. Dans l'identification narcissique, l'enfant s'identifie à l'objet pour compenser la douleur de sa perte. Enfin, l'identification secondaire se fait sur la base d'une communauté entre le sujet et l'Autre.

II

L'ADOLESCENCE : CE PASSAGE ENTRE « L'ENFANT » ET « L'ADULTE »

« Je est un Autre »

F.MARTY¹

Nous nous sommes intéressés précédemment au développement de l'enfant et particulièrement à l'intégration du sentiment continu d'exister amenant une certaine sécurité interne et un sentiment d'enveloppe. Cela va lui permettre de prendre conscience de ce qu'il est, et d'aller vers une différenciation et une individuation. Ces processus sont étroitement liés à son environnement qui, par sa qualité de présence, soutient, sollicite et accompagne. Mais qu'en est-il de l'adolescence ?

Le terme adolescent vient du latin « adolescere » qui signifie « grandir, croître, se fortifier ». L'adolescent est « entre deux » mais n'est pas, comme on peut souvent l'entendre, à la fois un enfant et un adulte.

Selon D.MARCELLI et A.BRACONNIER « *entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage* ». Cela indique clairement le fait que le sujet quitte l'enfance mais n'est pas encore adulte, l'adolescence signe cette transition, ce mouvement, cette transformation.

¹ Citation de F.MARTY lors de la conférence de l'association Corps et Psyché *Les expressions du corps chez le bébé et l'adolescent*

De plus, « l'adolescence est une phase de restructuration affective et intellectuelle de la personnalité, un processus d'individuation et de métabolisation des transformations physiologiques liées à l'intégration du corps sexué. »¹.

Mais quand devient-on adolescent ? « L'adolescence s'engage par la réalité des transformations/pubertaires », c'est l'arrivée de la puberté et des modifications corporelles qui signent le début du processus adolescent. Lors de cette période, le corps du sujet va se modifier, il va être envahi par des sensations inconnues qu'il ne maîtrise pas. Ces changements corporels entraînent des remaniements sur le plan psychologique, affectif et relationnel chez l'adolescent.

Nous allons nous intéresser dans cette partie aux remaniements qu'entraîne ce processus sur le plan individuel et familial. Cependant, avant d'aborder cela, il me semble important de commencer par aborder la phylogénèse de l'adolescence.

A. ARRIVEE DE « L'ADOLESCENCE » DANS NOS SOCIETES ACTUELLES

1. Avant : les rites initiatiques de passage

Dans les sociétés dites primitives, la période de passage que l'on nomme aujourd'hui l'adolescence n'existait pas. Cela pour la simple et bonne raison que l'entrée dans l'âge adulte était marquée et précise : au sortir de l'enfance le sujet passait directement à l'âge adulte par l'intermédiaire de rituels initiatiques socialement intégrés. Ces rituels étaient souvent une épreuve de force, d'habileté physique et de courage. Leurs intérêts, malgré la difficulté de ceux-ci dans certaines cultures, étaient de donner une preuve connue de tous du nouveau statut de l'individu au sein de sa communauté : la société toute entière accueillait l'enfant devenu alors adulte.

¹ Définition extraite du « Dictionnaire de psychologie » R.DORON et F.PAROT Ed PUF inclus dans le cours sur « Les pathologies à l'adolescence : les addictions »

2. Après : une période floue et indéterminée

Au fur et à mesure de l'évolution de nos sociétés occidentales, les rites de passages ont quasiment disparu et les limites précises de cette entrée dans l'âge adulte sont devenues floues. Ceci peut être mis en lien avec l'accès à l'éducation scolaire et à l'allongement de la durée d'étude et de la durée d'apprentissage d'un métier. La conséquence en est le décalage qui évolue de jour en jour entre la maturité sexuelle et la maturité sociale. C'est dans cet écart, dans ce flou qu'est née la période de l'adolescence.

De plus, actuellement les rôles sociaux ne se transmettent plus. Les adolescents ne vont plus ni vers le même métier, ni vers le même mode de vie que leurs parents car il y a eu ces dernières années une accélération considérable. La société actuelle s'est ouverte sur le monde et cela offre aux adolescents des possibilités d'épanouissement beaucoup plus larges que leurs ascendants. Le revers de la médaille si l'on peut dire, et David LE BRETON¹ nous l'explique très bien, est que la société n'est plus une société de « nous » mais une société de « je » dans laquelle l'adolescent est livré à lui-même pour conquérir son autonomie et montrer qu'il est à la hauteur.

L'adolescent, pour pouvoir conquérir cette autonomie, doit se confronter à des rites initiatiques, à un cadre et à des limites. C.POTEL considère que la quasi-disparition des rites « *n'enlève rien à la nécessité du caractère quasi-initiatique de ce temps de l'adolescence* »². La société fournit des « pseudo-rites » insuffisants comme le baccalauréat ou le permis de conduire, le service militaire n'étant même plus d'actualité. Cela génère donc chez les adolescents de notre époque un besoin de recréer ces rites au sein d'un groupe de pairs – faute de pouvoir le faire au sein de la société comme auparavant – et d'instaurer de nouvelles modalités d'inscriptions sociales ou corporelles. Les exemples les plus frappants sont le « bizutage » ou encore les tatouages, les piercings et les modes vestimentaires. Emergent aussi de plus en plus ce que D. LE BRETON appelle « les rites privés de passage »³, conduites dangereuses que nous aborderons plus en détail dans le chapitre suivant. Cependant il me semblait important de faire le parallèle entre l'évolution de la société et l'apparition de certaines conduites à risques.

¹ Conférence/débat animé par David LE BRETON *L'adolescence, risques de passage*

² C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations pour les adolescents ?* p57

³ Conférence/débat animé par David LE BRETON *L'adolescence, risques de passage*

Malgré tous ces changements, les problèmes familiaux et sociaux auxquels les adolescents sont confrontés comme la séparation du couple parental, le retard d'acquisition de l'autonomie, le chômage, etc; le psychiatre X.POMMEREAU remarque que la majorité des adolescents se portent plutôt bien et c'est pour lui une « *preuve flagrante des remarquables capacités de tolérance et d'adaptation que déploient les adolescents* »¹.

B. IMPACT CHEZ LE SUJET

1. En amont : la période de Latence

En psychanalyse la période de latence est un stade du développement de la sexualité infantile théorisé par S.FREUD. Elle est incluse dans ce qu'il a nommé le complexe d'œdipe et fait suite au stade phallique. Durant cette phase, le développement sexuel infantile connaît un temps d'arrêt selon S.FREUD et l'énergie au départ associée aux pulsions sexuelles va être utilisée dans un autre but culturellement et socialement valorisant : c'est le processus de sublimation. C'est-à-dire qu'il y a un refoulement, un désinvestissement des pulsions sexuelles en lien avec l'investissement de l'école, du savoir etc.

Le resurgissement brutal des pulsions libidinales² et agressives, en lien avec l'arrivée de la puberté, rend l'entrée dans l'adolescence d'autant plus soudaine pour le sujet qu'il était auparavant dans une période d'évolution, de création et d'investissement d'autres intérêts. L'équilibre qu'il avait acquis jusque-là va être menacé par l'assaut pulsionnel de la puberté. C'est à ce moment-là que se fait pour S.FREUD la réédition du complexe d'œdipe.

2. La crise d'adaptation à un nouveau corps

« Quelque chose de terrible arrive aux adolescents: soudain leur corps exige d'eux-mêmes une chose inconnue, les pousse à une rencontre incertaine, les contraint à renoncer aux satisfactions de l'enfance, brouille constamment toute demande de tendresse par une excitation envahissante et désorganisant. Le corps fait un bruit infernal qui risque à chaque instant de leur « prendre la tête »: l'adolescent hésite souvent entre un renoncement à penser, laissant le corps envahir le champ de la psyché et une tentative de maîtrise de la bête, tuant ou emprisonnant ce corps dans un carcan sécuritaire... »³

¹ X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal – L'écouter, le comprendre et l'aimer* p 10

² La libido étant pour S.FREUD l'énergie au service de la haine mais aussi de l'amour

³ Daniel MARCELLI préface de *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* De C.POTEL

« *L'adolescence est le temps des changements. Et le corps est le lieu de ces changements* »¹. Ces changements corporels sont significatifs de la puberté. Elle est définie comme l'ensemble des transformations amenant la vie sexuelle infantile à sa forme définitive. La puberté commence généralement vers 12-13 ans et correspond selon D.MARCELLI et A.BRACONNIER « *à la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique, aboutissant au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et de la fertilité* »². La puberté signe donc la maturité sexuelle du sujet avec tout ce que cela va engendrer comme changements sur le plan psychique, affectif et relationnel.

Le corps se transforme donc sous l'effet de la puberté et le sujet n'a aucune maîtrise sur ce qui s'y passe, les émotions et les sensations le submergent. C.POTEL cite E.KESTEMBERG : « *la transformation dont les adolescents sont à la fois objet et sujet est déterminée par une modification de leur corps et donc une remise en question de leurs relations antérieures avec leur corps* ».

Ce corps qu'ils avaient investi et authentifié progressivement comme le leur lors de l'enfance, les déconcerte et devient étranger. L'adolescent peut avoir l'impression d'être à la fois lui et à la fois un autre : un autre qui ressemble de plus en plus au corps du parent du même sexe. Cette citation de F.MARTY « *Je est un autre* »³ exprime cette idée d'étrangeté que peuvent éprouver les adolescents.

Les limites sont instables à cette période car les transformations modifient l'image que le sujet a de son propre corps. L'adolescent a du mal à distinguer si les sensations viennent de l'intérieur de son corps ou de l'extérieur. De plus nous pourrions observer chez le jeune une altération des rapports de son corps dans l'espace et par rapport aux autres ce qui a trait au schéma corporel. A.HAIM dira d'ailleurs que « *l'adolescent est un peu comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé* »⁴.

¹ C.POTEL *La psychomotricité : entre théorie et pratique* p 214

² D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p 5

³ Citation de F.MARTY lors de la conférence de l'association Corps et Psyché *Les expressions du corps chez le bébé et l'adolescent*

⁴ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p 18

L'adolescent – dans la relation qu'il reconstruit avec ce « nouveau » corps – va mettre en place des stratégies afin de maîtriser son énergie et « *de sublimer c'est-à-dire de transformer l'excitation en force créatrice* »¹. L'adolescent réapprend alors à connaître son corps en passant par l'éprouvé et la représentation de ces nouvelles sensations afin de les rattacher à de nouvelles significations (allers retours corps/psyché). C'est pour ces raisons que Maryse RAVEL SARROLA indique que « *cette métamorphose physiologique et anatomique entraîne des remaniements sur la scène psychique mais également dans la vie affective et relationnelle de l'adolescent* », « *le corps en se sexualisant, va sexualiser la pensée, la vie affective, les relations, tout va se colorer et pas forcément consciemment.* »²

L'adolescence implique donc une nouvelle représentation du corps en relation avec son environnement.

Selon C.POTEL, le regard des autres se modifie à la vue des bouleversements pubertaires. Les relations entre filles et garçons évoluent et se balancent entre séduction et fuite. Le corps tout d'un coup laisse paraître les émotions, les sentiments : rougeurs, mains moites etc. Cela oblige le sujet à s'adapter.

3. Des mécanismes de défense propres

Les différents mouvements présents à l'adolescence créent un climat d'insécurité interne, et d'angoisse que le sujet essaye de gérer comme il peut, ce qui entraîne souvent la mise en place de mécanismes de défense.

J'ai choisi de traiter seulement ceux qui sont spécifiques de cette période.

Nous pourrions observer à cette période des mécanismes tels que le clivage, utilisé par le sujet pour éviter d'être pris dans l'ambivalence de la séparation d'avec les objets parentaux dont il a encore besoin. Cela se manifeste par des attitudes incompréhensibles et contradictoires, des passages d'un extrême à l'autre de manière brutale dont le jeune n'a pas conscience.

¹ C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Thérapie à médiation corporelles pour les adolescents ?* p61

² DVD *Prendre corps à l'adolescence, l'inédit d'une métamorphose*, un échange entre Maryse RAVEL SARROLA psychomotricienne et Christine FRANÇOIS, psychologue clinicienne

A.FREUD décrit l'intellectualisation comme un mécanisme de défense qui vise à contrôler les pulsions assaillant l'adolescent par le biais de la pensée et de la réflexion intense.

Elle évoque également l'ascétisme — mécanisme de défense plutôt extrême — comme un comportement de plus en plus fréquent à cette période. L'adolescent se trouve alors dans un mouvement où « *toute satisfaction des besoins même les plus fondamentaux devient impossible.* »¹. Ils sont prêts à aller jusqu'à se priver des besoins les plus vitaux afin d'interrompre toute relation « avec les autres qu'ils méprisent ». Cela dans le but de montrer qu'ils sont différents de leurs parents, d'où ce rejet. Selon E.KESTEMBERG, ce mécanisme de défense poussé à l'extrême peut être très dangereux car il ne permet aucune évolution et peut finir par entraîner la mort en lien avec la non-écoute de soi et de ses besoins.

La mise en acte, le passage à l'acte est inclus par D.MARCELLI et A.BRACONNIER dans les mécanismes de défense spécifiques à l'adolescence. Effectivement la décharge tensionnelle par l'intermédiaire du corps protège l'adolescent « *d'un conflit intériorisé et de la souffrance psychique* »² puisque ce passage bloque la voie de l'élaboration mentale. Nous nous y intéresserons plus particulièrement dans le chapitre suivant.

4. La question de la séparation et de l'individuation

Pour F.MARTY, ce processus de séparation-individuation est l'enjeu de l'adolescence. Il est d'ailleurs intimement lié au processus d'identification puisqu'il s'agit de se détacher symboliquement des parents pour s'identifier à des groupes extérieurs. L'adolescent manifestera sa nouvelle appartenance par différentes façons d'investir son corps.

Il me semble important de faire le lien avec le processus de la séparation-individuation dans la prime enfance abordée dans la première partie. Nous allons observer à l'adolescence une réactualisation de ce processus dont la finalité dépendra de la manière dont il s'est déroulé lors de l'enfance.

P.BLOS et J.F MASTERSON³ ont repris les travaux de M.MALHER concernant ce processus au moment de l'enfance et les ont transposés à la période de l'adolescence.

¹ E.KESTEMBERG *L'adolescent à vif* p 26

² D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p 22

³ Ibid p56

Pour ma part, j'ai choisi de m'intéresser à :

- *La première adolescence*, ou l'entrée dans l'adolescence, qui est marquée par l'assaut pulsionnel et « *le rejet des objets internes parentaux* ». Les manifestations sont la prise de distance, l'opposition. Selon ces auteurs « le véritable processus de rupture des liens avec le premier objet a commencé ».
- *L'adolescence* où nous allons observer « *le détachement des premiers objets d'amour* »¹ : c'est-à-dire le réveil du complexe d'œdipe avec un travail de deuil en lien avec la perte ressentie de ces objets.
- *La post-adolescence* ou l'achèvement de cette période de l'adolescence. Selon les auteurs, la maternité/ paternité viendrait compléter et terminer l'organisation de la personnalité du sujet.

Tous ces processus se font de manière chaotique par de multiples allers-retours dont des phases de découragements et de défaillances temporaires, ce qui donne à l'adolescence cet aspect si paradoxal et contradictoire.

A la sortie de la période de latence c'est-à-dire lors du premier mouvement d'arrivée de la préadolescence, il y a une intensification des pulsions et la libido va se diriger à nouveau vers les objets d'amour de l'enfance c'est-à-dire les parents. Le complexe d'Œdipe selon J.LAPLANCHE et J.B.PONTALIS « *connaît à la puberté une reviviscence et est surmonté avec plus ou moins de succès dans un type particulier de choix d'objet* »². Sous-entendu le choix de « l'objet sexuel » en lien avec l'identification à un des parents. Ce processus participe à la construction de l'identité sexuelle du sujet et permet la résolution du complexe d'Œdipe. Jusqu'alors la sexualité était infantile et auto-érotique mais avec l'adolescence, les différentes zones érogènes partielles « *vont se subordonner au primat de la zone génitale* »³ rendant possible la sexualité génitale.

Lors de la préadolescence, l'individu veut grandir, évoluer et en même temps a terriblement peur de l'inconnu. Il éprouve donc le besoin de rester sous la protection parentale, familiale. Cependant la puberté met l'adolescent d'égal à égal avec l'adulte sur le plan de la maturation sexuelle. Les liens qui unissent l'adolescent et ses parents pourraient devenir incestueux.

¹ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p57

² J.LAPLANCHE J.B.PONTALIS *Vocabulaire de la psychanalyse* p79-80

L'adolescent prend alors de la distance, se comporte comme un étranger envers sa famille – ce qui correspond à la notion de « rejet des objets parentaux »¹ lors de la première adolescence – car il ne supporte plus « ces rapprochés corporels »².

A l'adolescence, l'enjeu s'accroît du côté de la séparation symbolique : pouvoir se séparer et continuer à exister sans l'autre. Ce qui signifie exister en tant que sujet à part entière avec des désirs, une identité propre, et avoir acquis une certaine capacité à prendre soin de soi ainsi qu'à se construire en tant qu'adulte. Selon F.MARTY³, l'adolescent va devoir intégrer, intérioriser l'autre et le lien qui l'unie à cet autre afin de réussir à s'en détacher mais sans s'y perdre.

Parallèlement, toute cette période s'accompagne d'un travail de deuil. Il est question à la préadolescence du deuil de la position infantile et de ce que je nommerais ses « bénéfices secondaires » c'est-à-dire le sentiment de complétude, de refuge et de protection apporté par l'environnement en lien avec le deuil des parents idéalisés. Le préadolescent se rend compte que ses parents ne sont pas parfaits, et à ce moment-là il passe d'une idéalisation de ses parents à un rejet couplé d'un clivage: ils sont vécus comme mauvais. Selon D.MARCELLI et A.BRACONNIER cette perte est plus imposée que voulu par l'adolescent.

L'adolescence entraîne par contre une réunification de l'objet en lien avec le clivage de la préadolescence. A cette période, il est question du deuil lié à la perte des « objets œdipiens » chargés d'amour et de haine. L'objet œdipien est donc un objet entier, d'où l'ambivalence des sentiments de l'adolescent envers lui. Selon A.HAIM l'adolescent est « amené à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation œdipienne »⁴. Et c'est l'accès à l'ambivalence qui va permettre à l'adolescent de se détacher de ces objets, d'en faire le deuil.

Lors de la post adolescence, le sujet s'identifie à ses parents concernant le choix de « l'objet sexuel » mais il va également intégrer les fonctions parentales en lien avec une future maternité ou paternité.

¹ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p18

² C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent-Des thérapies à médiations pour les adolescents ?* p54

³ Conférence de l'association Corps et Psyché *Les expressions du corps chez le bébé et l'adolescent*

⁴ Citation incluse p19-20 dans « Adolescence et psychopathologie » D.MARCELLI A.BRACONNIER

Enfin, A.BRACONNIER et D.MARCELLI évoquent la dimension évolutive du lien d'attachement par rapport à l'enfance en disant que « *l'adolescent va substituer au système comportemental d'attachement qui prévaut dans l'enfance, un modèle intériorisé d'une figure d'attachement qui autorise le déploiement d'un scénario d'attachement rassurant, apaisant et facilitant l'expression du système d'exploration* »¹. La qualité de ces liens, de l'attachement mais également l'intériorisation qui en découle vont donc avoir une influence importante sur le processus de séparation-individuation de l'adolescent.

5. Recherche d'une identité propre

Selon E.KESTEMBERG, la prise de distance liée à la sexualisation des liens et les remaniements corporels induisent chez les adolescents une « *interrogation anxieuse plus ou moins intense concernant leur personne* »² remettant en doute leur sentiment d'existence et d'identité. P.JEAMMET met en lien cette menace de l'identité du sujet à l'adolescence avec la tentation de l'inceste : cette « *incitation à la transgression [...] va justement mettre à l'épreuve la solidité de l'intériorisation des interdits et de l'organisation du monde interne et faire de cet âge une menace pour l'identité* »³ d'où cette prise de distance.

La réappropriation du corps va alors s'inclure dans un processus d'acceptation de celui-ci, et plus généralement de la personne dans sa globalité.

De plus « *c'est au sein de la relation mère-enfant que se posent et se construisent la connaissance et l'assomption du corps et de la personne* »⁴. Le sujet effectue des allers retours entre lui et son environnement afin de se construire comme nous avons pu le remarquer dans le développement du jeune enfant. D.MARCELLI et A.BRACONNIER⁵ confirme cette idée de l'importance des premières relations dans la construction d'une identité stable.

Au contraire de l'enfance où la construction de l'identité du sujet est guidée et limitée par la famille, le processus propre à l'adolescence est bordée par les exigences de la société⁶. Ce qui place la finalité de ce processus à un autre niveau dans la continuité de l'insertion du sujet dans la société.

¹ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et Psychopathologie* p 58

² E.KESTEMBERG *L'adolescence à vif* p8

³ P.JEAMMET *Pour nos ados, soyons adultes* p 84

⁴ E.KESTEMBERG *L'adolescence à vif* p 14

⁵ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p26

⁶ Ibid p47

De plus, l'adolescence signifie prendre son envol, se détacher de ses parents, devenir un sujet à part entière : avoir ses propres désirs, envies et ses propres limites afin de ne plus être sous la coupe de ceux des parents. Ce qui revient à « se prendre en main » selon P.JEAMMET, c'est-à-dire s'occuper de soi, réguler son estime de soi et cela concerne également les notions de soutien et d'appui qui étaient gérées par les parents auparavant. Cette période est donc une période d'expérience, d'expérimentation pour les adolescents qui doivent se positionner, rechercher ce qui leur convient et s'affirmer.

Cette recherche d'individuation implique des va et vient permanents « *entre les réassurances parentales et ses velléités (sous-entendu celles de l'adolescent) d'engagements dans des voies plus dangereuses* »¹. Dans le cas d'un environnement suffisamment bon, l'adolescent a eu depuis son enfance un cadre avec des règles et des limites parentales qu'il a peu à peu intégré et qui lui servent de modèle. Lors de la période de l'adolescence il va se les approprier par l'intermédiaire de l'expérience.

Ensuite, le mode d'investissement du corps à l'adolescence est en lien étroit avec la recherche par le sujet d'une identité propre: « *l'adolescent a besoin de passer par son corps pour clamer son identité* »². Les transformations corporelles sur lesquelles il n'a aucune prise mais également la filiation – que son corps trahit et qu'il n'a pas choisi – vont déclencher chez lui un besoin de maîtrise de ce corps. Il sera donc son moyen d'expression privilégié, un moyen d'expression de sa singularité et de sa différence par rapport aux adultes.

Selon C.POTEL les piercings, les tatouages, les modes vestimentaires sont « des symboles, des rituels quasi-initiatiques »³ en lien avec ce que D.LE BRETON nommait « rites individuels de passages »⁴ c'est-à-dire propre aux adolescents et non intégrés dans la société comme auparavant. Ces symboles incluent également un langage et une gestuelle particulière « *une certaine tenue du corps, un tonus particulier, un port de tête, des gestes "clés", "codés"* »⁵ spécifiques des adolescents.

Ils vont être utilisés afin de se démarquer des adultes, pour crier haut et fort leur différence dans le but de se détacher du groupe familial et d'investir de nouveaux groupes pour se construire une identité propre.

¹ X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p132

² C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour adolescents ?* p62

³ Ibid p59

⁴ Conférence/débat animé par David LE BRETON *L'adolescence, risques de passage*

⁵ C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour adolescents ?* p59

Ces nouveaux groupes vont donc permettre au sujet de repasser par le stade des identifications aux pairs, pas pareil mais semblable pour se construire et ensuite s'en différencier et affirmer son identité. Le groupe extérieur contient, enveloppe et rassure au contraire du groupe familial à ce moment-là. Le sentiment d'appartenance qui en découle est un appui qui soutient cette quête identitaire.

Néanmoins ce qui est paradoxal et P.JEAMMET le décrit très bien, c'est que les investissements extérieurs et l'autonomie que l'adolescent acquiert passe par des identifications aux parents. Ce mouvement se résume de la sorte : « *sois toi-même, indépendant de ta famille, mais, pour le devenir, sois un homme comme ton père ou une femme comme ta mère, c'est-à-dire rapproches-toi d'eux au point de prendre en toi les qualités qui font qu'ils sont des adultes comme tu veux le devenir* »¹. Selon cet auteur devenir indépendant par rapport à ceux auxquels on s'identifie – dans le cas de l'adolescent, on parle d'identification aux deux parents – nécessite d'assimiler, d'intégrer quelques-unes de leurs qualités, de la relation entretenue avec eux et se les réapproprier.

6. Le processus de subjectivation

Le processus de subjectivation est un processus fondamental et spécifique de cette période de l'adolescence. Il est pour moi très intriqué – un peu comme un fil conducteur – avec les processus de remaniement de l'identité, de réinvestissement corporel, et de séparation-individuation auxquels nous nous sommes intéressés précédemment.

Il représente une certaine capacité mentale d'élaboration du sujet en lien avec l'établissement d'une pensée propre. Cette capacité entraîne alors chez le sujet une prise de conscience des ressources dont il dispose, de sa relation à lui-même, à son corps et aux autres afin de pouvoir s'autonomiser, se différencier et se désengager des liens de dépendance entretenus avec les images parentales. Je fais le parallèle entre ce processus et ce que P.JEAMMET nomme la « *capacité réflexive* »² dont nous sommes dotés nous les Hommes, et grâce à laquelle nous pouvons avoir un regard sur nous-mêmes, percevoir nos manques et nos difficultés.

¹ P.JEAMMET Pour nos ados, soyons adultes p 89

² Ibid p53

Elle nous permet aussi de concevoir l'autre comme une personne différente avec des pensées, émotions propres et de se comparer aux autres pour continuer notre évolution, développer notre propre créativité, nos propres compétences, et s'intégrer dans de nouveaux groupes en restant soi-même.

B.GOLSE dira par ailleurs que l'intersubjectivité « est le fondement du processus de subjectivation "devenir quelqu'un" c'est-à-dire exister en tant que personne ».¹ Effectivement, pour pouvoir exister comme sujet à part entière, il faut prendre conscience que soi et l'autre, cela fait deux. L'intersubjectivité se met en place précocement lors de la relation entre le nourrisson et son environnement par l'intermédiaire des sensations et des éprouvés et se construit tout au long de l'enfance.

C. IMPACT DANS LA FAMILLE

« L'adolescence révèle ce qui est en jeu depuis l'enfance, que ce soit sur le plan génétique, affectif ou éducatif, mais elle interroge aussi le présent. Que les bases de l'adolescent soient ou non fragiles, sa recherche de lui-même fait des adultes qui l'entourent des modèles et des miroirs – miroirs dans lesquels il guette sa propre image ; modèles qu'il interroge, dont il sonde les valeurs et les croyances. »².

Cette citation de P.JEAMMET met en avant l'importance de l'environnement dans la construction du sujet quelque soit l'étape de son développement. La solidité des assises narcissiques acquises dans l'enfance – grâce à une certaine qualité de présence et de relation avec l'environnement – va jouer sur la manière dont le sujet va gérer son adolescence.

Nous nous sommes intéressés précédemment aux remaniements qu'implique cette période sur le sujet, nous allons voir à présent la place de ce processus dans l'environnement familial.

Je souhaite mettre en avant dans cette partie le rôle essentiel des relations familiales à l'adolescence comme relais, soutien, et appui malgré la prise de distance. En se plaçant du point de vue de l'adolescent, puisque c'est lui que nous recevrons en psychomotricité, il me semble également intéressant d'aborder ses besoins « familiaux » – qui lui apporteraient les bases nécessaires afin de traverser ce passage le mieux possible – et les réponses de la famille à ces besoins.

¹ B.GOLSE « L'adolescent tout seul, cela n'existe pas » p 25 inclus dans *Dialogue n°198*

² P.JEAMMET *Pour nos ados, soyons adultes* p 9

1. La relation parents-adolescent

L'environnement « suffisamment bon » va être amené à effectuer un remaniement relationnel afin de suivre et accompagner le mouvement de l'adolescent. L'intensité des réorganisations individuelles des parents rendra cette tâche plus ou moins complexe.

Comme nous l'avons déjà vu, la distance relationnelle est à réaménager du fait de la maturité sexuelle. P.JEAMMET parle de « liens d'attachements ambivalents »¹, l'adolescent a besoin de la relation qu'il entretient avec ses parents mais ce besoin est intolérable pour lui car il l'empêche d'évoluer, de s'autonomiser. Si le lien est « trop proche »² il se sent intrusé, alors que s'il se distait c'est un sentiment d'abandon qui assaille l'adolescent. Il est dépendant de la relation à son environnement et cela menace son identité. Les parents ressentent les difficultés de leur adolescent concernant les rapprochements physiques par exemple, et sûrement que cela les met en difficulté eux aussi.

Selon P.JEAMMET, l'adolescent ne se rend pas compte à ce moment-là que ce qu'il fuit par peur de perdre son autonomie va lui permettre justement de pouvoir évoluer. Il a besoin de suffisamment de sécurité interne – en lien avec le soutien et la confiance en ses potentialités que lui apporte son entourage – pour pouvoir se désengager progressivement des liens de dépendance à ses parents sans risque de rupture.

Ce « trop-près trop-loin » génère des conflits au sein de la famille car l'adolescent peut à certains moments avoir du mal à prendre du recul et se retrouve débordé par ses émotions. Ces conflits – tant qu'ils ne conduisent pas à une rupture de la relation – sont « positifs », organisateurs car ils vont permettre à l'adolescent de s'opposer, se révolter et par là même de s'affirmer dans la sécurité qu'apporte l'environnement familial. Le rôle des parents est d'essayer d'être à la bonne distance : ni trop près, ni trop loin... Ce qui nécessite une constante adaptation de la part des adultes

La relation du sujet avec son entourage proche conduit à des liens d'attachement qui se sont construits depuis la prime enfance.

¹ P.JEAMMET *Pour nos ados, soyons adultes* p36

² CF I.b.3 : la difficulté à cette période de distinguer ses propres limites, ce qui vient de soi et de l'autre en lien avec l'impact corporel et psychique de la puberté.

L'intériorisation de ces liens d'attachement offre au sujet une relation fiable et rassurante, une base pour aller investir de nouveaux groupes à l'extérieur du groupe familial.

2. Le travail familial de l'adolescence

Ainsi, il me semble que l'on pourrait décrire l'adolescence comme un travail familial. La manière dont il va être vécu sera fonction des relations entre les différents membres de la famille depuis la prime enfance du sujet et de l'histoire personnelle des parents. Ceux-ci vont prendre de plein fouet l'arrivée de la puberté autant que l'adolescent lui-même.

D.MARCELLI et A.BRACONNIER théorisent la notion de « double désengagement »¹. Elle signifie qu'il y a d'une part un renoncement des parents concernant la projection de leur idéal du Moi sur leur enfant car celui-ci cherche à s'en dégager. Et parallèlement l'adolescent doit effectuer un travail d'acceptation concernant le fait de ne plus être l'objet d'une idéalisation de la part de ses parents.

Et d'autre part, l'adolescent fait également le deuil de la « toute puissance parentale »² – c'est-à-dire de l'image idéalisée qu'il avait de ses parents – car il prend conscience qu'ils ne sont pas parfaits. Cela entraîne et permet au sujet de se tourner vers l'extérieur. Du côté des parents, cela conduit à une acceptation de ne plus être les objets d'investissement principaux.

La famille se doit de faire ce travail de désengagement et de deuil de l'enfant – en lien avec « la fin de la création »³ – comprenant l'acceptation de l'altérité de l'adolescent et de son autonomisation afin que celui-ci puisse « voler de ses propres ailes ». Cela amène par ailleurs les parents à effectuer un constat concernant leur parentalité et le fait qu'une partie de l'investissement octroyé à l'enfant va disparaître.

L'adolescence peut engendrer également chez eux une « dimension de régression temporelle »⁴ plus ou moins déstabilisante c'est-à-dire une réémergence des souvenirs, des éléments psycho-affectifs concernant leur propre adolescence.

¹ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et Psychopathologie* p 463

² Ibid

³ C.LEBRUN "Le corps familial au risque du pubertaire" inclus dans *Dialogue n°198*

⁴ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et Psychopathologie* p461

Il y a un autre élément à prendre en compte dans l'impact de l'adolescence sur l'environnement proche : P.JEAMMET décrit « la crise du milieu de la vie »¹, qui est un remaniement profond chez les parents durant cette période. Ceux-ci sont amenés à faire le deuil de leur jeunesse, car ils rentrent dans une partie de leur vie qui les avance davantage vers le déclin. De plus, ils prennent conscience que leurs parents à eux – s'ils sont toujours vivants – se rapprochent peu à peu de la disparition et cela peut également les fragiliser.

Cette crise se joue en miroir par rapport à la « crise d'adolescence », et elle peut compliquer parfois les rencontres et les relations entre adultes et adolescents car elle signe une remise en question globale de la cellule familiale.

3. La réponse de la famille aux besoins de l'adolescent

L'entourage de l'adolescent, au quotidien, va poser un certain regard sur lui dont vont s'imprégner son estime de lui-même et également la manière dont il va se vivre, se ressentir, investir son corps qui change, sa sexualité naissante, ses désirs etc. Parallèlement à la prime enfance où le bébé se reconnaît dans ce que lui renvoie le visage de sa mère, à l'adolescence des choses similaires se rejouent. La personnalité encore en construction de l'adolescent s'appuie sur son milieu familial, s'y nourrit. La position adoptée par l'environnement à cette période est donc importante à prendre en compte dans la manière dont va se dérouler l'adolescence du sujet et de sa famille. Malgré l'impact de l'adolescence sur la famille, le sujet a besoin de sentir la permanence de son environnement dans le changement.

Le rôle de l'environnement est également de poser des limites et un cadre à l'adolescent pour que celui-ci puisse s'en servir de repère, l'intégrer et également qu'il se sente contenu dans ce moment de fragilité où il ne sait plus trop qui il est. Il me semble important de préciser que plus le cadre posé sera fiable et souple, plus l'adolescent se sentira protégé, tout en pouvant s'affirmer et sans être non plus réprimé. C.POTEL rappelle le fait qu'une attitude parentale trop rigide est inadaptée mais une attitude « trop complice nuit à la possibilité de prendre appui »² également. Points d'appuis dont nous avons vu précédemment l'importance.

¹ P.JEAMMET *Pour nos ados, soyons adultes* p 117

² C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour adolescents ?* p78

De plus l'intimité à cette période-là est importante, sa quête par l'adolescent signant une différenciation d'avec l'entourage¹. Le lieu d'intimité de l'adolescent par excellence est sa chambre : lieu qu'il s'est approprié et qui est différencié des espaces familiaux, lieu de repli et de refuge où il peut être lui-même. C'est d'ailleurs à cette période que l'on remarque des panneaux sur les portes des chambres du type « frapper avant d'entrer ». De plus, l'état dans lequel l'adolescent la laisse reflète souvent de manière assez juste l'état global dans lequel il se trouve. X.POMMEREAU évoque d'ailleurs que c'est « un site de projection privilégié »². Il est donc important que l'environnement respecte son intimité étant donné les vécus d'intrusion que peut ressentir l'adolescent.

« La chambre de l'adolescent est un lieu qu'il faut scrupuleusement respecter, sous peine de priver son jeune occupant d'une enveloppe protectrice devenue [...] une sorte de "seconde peau" provisoire »³

En ce sens – et au travers du travail familial – l'environnement proche doit aller vers un renoncement de sa main mise sur ce qui se passe dans la vie du jeune et le soutenir dans sa quête d'autonomie et d'investissement pour de nouveaux intérêts.

Selon D.W.WINNICOTT « *le meilleur travail des parents à l'adolescence est de survivre* » sous-entendu aux destructions et aux attaques du sujet. Le terme « survivre » met donc en évidence l'importance du remaniement familial qu'implique l'adolescence. Il est donc nécessaire de prendre en compte la singularité de chaque famille - son histoire, ses forces, ses traumatismes - dont découleront des capacités d'adaptation propres.

La finalité de l'adolescence sera fonction de la capacité de la famille à se repositionner, à être souple et à s'adapter pour pouvoir répondre aux besoins paradoxaux de l'adolescent. Nous allons voir comment la famille en difficulté pourrait empêcher ou induire certains processus, mécanismes organisateurs ou désorganiseurs chez le jeune complexifiant alors sa tâche de devenir un sujet individué et différencié.

¹ D.MARCELLI A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p 454

² X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal – L'écouter, le comprendre et l'aimer* p61

³ Ibid

III

LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE : SIGNE D'UNE DIFFICULTE DE REAJUSTEMENT FAMILIAL

« L'adolescence est toujours un puissant révélateur de ce qui constitue les ressources de chacun d'entre nous, mais aussi qui peut nous fragiliser, menacer notre équilibre, nous mettre en danger dans la rencontre avec un environnement qui soudain s'élargit considérablement. »¹

P.JEAMMET nous explique que les ressources acquises dans l'enfance vont être déterminantes dans la manière dont le sujet va franchir l'étape de l'adolescence. Selon lui, plus les premières ressources internes sont fragiles, plus le sujet au moment de l'adolescence va être dépendant des éléments extérieurs, et peut être déséquilibré par ceux-ci.

Nous avons vu jusqu'à présent l'accompagnement et le rôle de la famille dans la construction et la structuration de la personnalité de l'individu lui donnant les bases suffisantes pour se séparer symboliquement de ses parents et exister pour lui. Mais voilà, l'adolescence secoue et nous avons pu observer son impact sur le sujet et sa famille. En fonction de la dynamique familiale présente, l'adolescence peut faire « criser » la famille. N'oublions pas que le jeune est en plein remaniement, qu'il se pose d'innombrables questions sur ce qu'il est, ses origines, ce qu'il va devenir et s'il sent que ses appuis extérieurs jusque-là plus ou moins stables se dérobent sous lui, cela peut encore complexifier ce passage.

¹ P.JEAMMET *Pour nos ados, soyons adultes* p51

Nous allons donc nous intéresser à ces situations où les symptômes du jeune expriment plus ou moins directement des difficultés familiales, que ce soit une problématique ancrée depuis l'enfance ou encore un événement extérieur que la famille ne peut accueillir.

A. QUAND L'ADOLESCENT VA MAL : DES SIGNES D'APPEL AUX CONDUITES PATHOLOGIQUES

1. Des manifestations corporelles, comportementales à prendre en compte

A l'adolescence, le corps a une place centrale. Nous nous sommes intéressés au fait que l'investissement corporel à l'adolescence permettait au sujet d'une part une certaine maîtrise mais aussi un moyen d'affirmer sa différence et son identité propre par rapport aux adultes.

Chez l'adolescent en souffrance, le corps et les actes vont être souvent les seuls moyens de communication d'un mal-être indicible. Les comportements du jeune, ses réactions sont autant de signes d'appel à l'entourage. L'adolescent recherche inconsciemment chez les adultes un accueil, une écoute et une compréhension de ses états psychiques qui se manifestent par le corps. Selon P.JEAMMET et D.BOCHEREAU, les parents doivent donc y être attentifs.

Certains jeunes peuvent s'enfoncer dans des comportements ou des conduites sans forcément en avoir conscience. Il est important de faire la différence entre une grande émotion et des changements d'habitudes brutaux. Dans le premier cas, nous pouvons identifier rapidement les origines de ces changements d'humeur alors que le changement brutal se fait sans raison apparente et se fixe dans le temps. Il est le signe que quelque chose ne va pas dans la vie de l'adolescent. Pour exemple, nous pouvons évoquer ce que X.POMMEREAU nomme « l'idéation suicidaire »¹ qu'il qualifie comme résultant d'une « concentration d'idées noires ». Celle-ci induit une cristallisation de la souffrance déjà présente et peut-être en ce sens un facteur déclenchant d'un passage à l'acte.

Cependant il n'est pas évident pour la famille de savoir si tout cela est dû à la période de l'adolescence ou si c'est dangereux pour le sujet car la frontière est mince entre le normal et le pathologique à cette période.

¹X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p214

Toutes ces manifestations signent donc une demande d'attention de la part de l'adolescent et une souffrance sous-jacente. Mais comment les signes qu'envoie l'adolescent vont être interprétés par la famille ? Pourra-t-elle accueillir les révélations de l'adolescent qui pourraient causer l'effondrement d'un équilibre déjà précaire ?

En effet, l'inadéquation des réponses de l'environnement proche du sujet conduit le plus souvent à une aggravation et une augmentation de la puissance des manifestations.

2. Les passages à l'acte

« Plus l'adolescent est en souffrance, moins il est en mesure de le reconnaître lui-même, moins encore de l'exprimer verbalement et de manière aisément saisissable. Plus il va alors tenter de se servir de son corps ou de recourir aux actes pour tenter de le dire et de résoudre un mal-être impossible à formuler d'une autre manière. »¹

Philippe JEAMMET & Denis BOCHEREAU

a. De l'acte au passage à l'acte : éléments de compréhension

L'agir est fréquemment utilisé pour nommer les conduites adolescentes au sens large c'est-à-dire les tentatives de suicide, les conduites auto et hétéro-agressives, les conduites à risques et les conduites addictives.

S.LESOURD fait la différence entre l'acte et l'agir. Le premier « *implique une reconnaissance de la division subjective* » donc se fait dans le lien à l'autre et dans la reconnaissance de la personne et de sa subjectivité. L'agir quant-à lui correspondrait à « *une réassurance sur une certitude d'être* »² où le sujet serait plutôt centré sur lui-même.

Selon D.MARCELLI et A.BRACONNIER, l'agir et l'acte dans la période de l'adolescence peuvent avoir différentes significations en fonction des situations rencontrées. Ils évoquent l'agir comme une « *stratégie interactive* »³ pouvant être rapprochée entre autre des signaux d'appels dont nous parlions ci-dessus.

¹ P.JEAMMET & D.BOCHEREAU *La souffrance des adolescents - Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge* p72

²P.A. RAOULT cite S.LESOURD dans l'article "Clinique et psychopathologie du passage à l'acte" issu du *Bulletin de Psychologie* p9

³D .MARCELLI et A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p103

Il y a également l'agir comme expression d'un mécanisme de défense¹. En ce sens P.JEAMMET explique que les adolescents agissent pour être actif et maître de ce qu'ils font, cela contrecarre leurs vécus de passivité concernant les bouleversements tant corporels que psychiques qu'ils subissent. Ces agissements sont donc « *l'expression [...] d'un processus mentalisé* »²: le recours à l'acte est dans ce cas un mécanisme de défense c'est-à-dire un moyen mis en place par le jeune afin de se protéger, d'éviter la souffrance. Ensuite nous retrouvons l'agir comme « entrave à la conduite mentalisée »: le passage à l'acte ne permet pas l'élaboration, il entrave les compétences de symbolisation du sujet. L'individu par ce biais, fuit la prise de conscience de ses affects. A ce propos, J.P.RAYNAUD évoque le fait que les agirs à cette période – et surtout dans le cas d'un court circuit de l'élaboration – font écho à une fragilité narcissique du sujet depuis sa prime enfance.

Il me semble intéressant de rajouter que ces auteurs envisagent les deux derniers types de significations de l'agir dont nous venons de parler comme deux versants d'une même conduite et font des parallèles avec le modèle psychanalytique qui parlent « d'acting out » et « d'actes symptômes »³.

D'un côté nous avons l'utilisation de l'acte de manière impulsive – qui en fait un passage à l'acte ne permettant pas les processus d'élaboration – que l'on pourrait rapprocher du terme « d'acting out » – passage à l'acte en lien avec des « motions pulsionnelles » – éveillé par la cure analytique. Et d'un autre côté, le recours à l'acte comme mécanisme de défense qui ferait référence aux « actes symptômes » des psychanalystes puisque dans les deux cas il y a une lutte interne et une répétition des comportements.

Malgré le fait qu'il y ait deux versants de l'agir, le passage à l'acte lui est défini comme une « *voie courte qui évite le détour par la psyché et qui limite les possibilités d'élaboration mentale* »⁴. Qu'il soit impulsif ou répétitif, dans le cas des adolescents auxquels nous nous intéressons c'est-à-dire sans déficit intellectuel ou psychose, le passage à l'acte est signe d'une souffrance qu'il faut entendre, la répétition montrant en effet une lutte mais sans possibilité de trouver des solutions satisfaisantes dans la durée.

¹ CF II.B.3 Des mécanismes de défense propres

² D.MARCELLI & A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p 97

³ D.MARCELLI & A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p 97

⁴ P.A. RAOULT dans l'article "Clinique et psychopathologie du passage à l'acte" p12 issu du *Bulletin de Psychologie*

Enfin, ARCHAMBAULT et MORMONT définissent le passage à l'acte « *comme substitut à une parole manquante soit impossible, soit tue, ou comme modalité de destruction d'une chaîne de signifiants infernaux, d'une situation pénible. Ils le conçoivent inscrits dans la trajectoire de vie et dans la dynamique de la personnalité. Il est d'origine multifactorielle : un état de tension, une poussée déclenchée par des signaux internes ou externes, un milieu dans lequel s'exerce un contrôle social.* »¹

D.MARCELLI et A.BRACONNIER rajoutent le fait que le passage à l'acte à cette période et sa répétition signe souvent un mouvement dépressif. G.DIATKINE souligne également « *combien l'agir s'avère un moyen de défense contre la dépression* »². Mais la dépression de qui ? En effet l'hyperactivité de l'enfant comme le passage à l'acte lors de l'adolescence peuvent être des formes de lutte contre la dépression maternelle. Ensuite à l'adolescence, le passage à l'acte peut aussi être un moyen de défense contre son propre mouvement dépressif. La personnalité du sujet étant loin d'être fixé, on parle plus souvent de « mouvement dépressif » qui peut être passager alors que la dépression signe une réelle pathologie.

b. Les différents types de passages à l'acte

La souffrance de l'adolescent peut être telle que lorsque les signaux envoyés à l'entourage ne sont pas entendus ou pris en compte, il ne trouve plus d'autres solutions que de passer à l'acte. Selon P.JEAMMET, le facteur de risque est la conduite elle-même, c'est-à-dire que lorsque l'adolescent a trouvé cette voie de décharge, il aura tendance à la réutiliser. X.POMMEREAU nous dit en ce sens qu'un suicidant sur deux récidive dans l'année. Et c'est justement la répétition qui va en faire une conduite « symptôme » et compulsive.

Il me semble important de traiter les différents types de passage à l'acte et surtout ce qui peut être recherché en fonction des contextes et des adolescents.

¹ P.A. RAOULT cite ARCHAMBAULT et MORMONT p10 dans l'article "Clinique et psychopathologie du passage à l'acte" issu du *Bulletin de Psychologie*

² P.A. RAOULT cite G.DIATKINE p13 dans l'article "Clinique et psychopathologie du passage à l'acte" issu du *Bulletin de Psychologie*

❖ Conduites auto-agressives

Les automutilations font référence aux attaques du corps. J'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement aux scarifications et à une conduite de gravité supérieure la phlébotomie. Les scarifications sont des coupures superficielles de la peau, effectuées fréquemment au niveau des poignets ou des avant-bras. X.POMMEREAU nous interpelle d'ailleurs sur le fait que « *le caractère souvent très superficiel des entailles [...] contribue à dénier la gravité des "blessures psychiques" qu'elles sous-tendent* ».

Ce que l'on nomme la phlébotomie est une incision plus profonde, au niveau d'une veine et qui se rapproche de la tentative de suicide.

Lucie, 16 ans se souvient lors de son premier jour d'hospitalisation avoir raconté à un adolescent présent son envie de se suicider. Peu de temps après, elle s'est scarifiée avec un bout de miroir qu'elle avait gardé et peut dire qu'elle sentait sa veine rouler sous le morceau de miroir juste avant que les infirmiers ne l'arrêtent. Ceux-ci prévenus par ce fameux jeune devenu son ami. Elle était donc à la limite de la phlébotomie et exprime clairement que son intention à ce moment-là était de mourir.

Concernant les scarifications, la plupart des auteurs s'accordent à dire que ce sont des conduites plutôt féminines. Elles peuvent pour certains jeunes être un moyen d'attirer l'attention, d'appeler à l'aide. Ensuite, selon D. LE BRETON quand la souffrance psychique est tellement omniprésente qu'elle est insupportable, avoir recours à la douleur physique donne une impression de maîtrise de la douleur psychique et permet sa suppression temporaire. Le sociologue explique également que l'on peut mettre en lien les scarifications avec la difficulté d'être soi dans nos sociétés actuelles. Le fait de se marquer, de faire couler du sang, permettrait au sujet de faire "peau neuve". Elles peuvent aussi être un moyen de décharge lorsque la tension interne devient trop grande.

Mélanie, lorsque je la rencontre, a de nombreuses entailles sur les poignets. Elle multiplie également les hospitalisations en étant à sa quatrième. Elle pourra verbaliser les raisons de ses scarifications "pour se défouler", elle explique que quand elle sent la tension monter, se scarifier la soulage. Par contre elle sait maintenant qu'elle a d'autres supports comme les activités sportives et des espaces thérapeutiques pour exprimer son agressivité et éviter qu'elle ne se transforme en violence retournée contre elle.

Et en ce sens, une différence entre violence et agressivité s'impose. C.POTEL considère qu'il y a une agressivité positive «nécessaire dans la construction du sujet humain » mais également qu'elle est « toujours au centre du vécu adolescent et exprime toute l'intensité du conflit entre désir du changement et attraction vers la régression »¹. Ainsi, « l'agressivité concerne l'objet, elle témoigne d'un lien à l'autre »². Mais elle peut prendre des formes extrêmes et devenir violence contre soi ou contre les autres. La violence est alors une décharge pulsionnelle, et lorsqu'elle est extériorisée il n'y a plus de contrôle, ni de lien, l'autre n'est plus pris en compte.

Concernant les **conduites suicidaires**, X.POMMEREAU explique que même si l'adolescent verbalise l'idée de vouloir mourir, « imaginer sa propre mort est impensable en tant que telle »³. En ce sens, « vouloir en finir avec la vie » signifie plutôt pour l'adolescent abandonner celle-là et tout ses problèmes pour en commencer une nouvelle. En effet, D.LE BRETON signale que sur 165 000 hospitalisations par an, il n'y a que 800 décès, donc pour lui « à l'adolescence, il n'y a pas de tentatives de suicide mais des tentatives de vivre »⁴. En effet, les tentatives de suicides (T.S) à l'adolescence sont plus fréquentes que des suicides réussis, retrouvés par contre en plus grand nombre chez les adultes.

Ensuite, selon X.POMMEREAU les jeunes filles et les jeunes garçons ne vont pas utiliser les mêmes moyens. Les garçons se tournent préférentiellement vers des moyens de destruction que nous pouvons qualifier de violents « aux travers desquels s'exerce la démonstration d'une toute puissance "éclatante" et "virile" à la mesure de l'impuissance ressentie »⁵ comme les armes à feu et la pendaison qu'ils peuvent par ailleurs associer à la consommation de substances toxiques. D.MARCELLI et A.BRACONNIER considèrent que la mortalité par suicide est plus fréquente chez les jeunes garçons (8 garçons pour 2 filles) de part leur recours à des moyens « à fort potentiel léthal »⁶. Les filles quant-à elles ont plus fréquemment recours à des méthodes où l'enveloppe corporelle n'est pas atteinte de façon importante mais cela n'en diminue pas la gravité.

¹C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents ?* p66

²Laurent BRANCHARD et Gérard PIRLOT « De la violence à l'agressivité, du passage à l'acte à la mise en acte, du groupe au sujet » ; inclus dans *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*

³X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p210

⁴Conférence de D.LE BRETON *Adolescence: risques de passage*

⁵X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p216

⁶D.MARCELLI et A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p278

Mélanie part en vacances avec ses parents adoptifs et sa fratrie peu de temps après sa sortie d'hospitalisation d'un des centres s'occupant d'adolescents. Ses parents décident d'arrêter les prises en charge de Mélanie pendant la pleine période des vacances estivales. Deux semaines après, elle devient très irritable et fébrile puis passe à l'acte en avalant la quasi-totalité du stock de ses médicaments achetés en avance par sa mère. Elle peut verbaliser qu'à ce moment-là elle voulait mourir, et n'en revient pas d'être encore vivante. Elle restera dans le coma deux jours et passera par le service de réanimation avant d'être hospitalisée dans mon lieu de stage.

❖ **Conduites hétéro-agressives**

Certains adolescents vont avoir recours à des conduites hétéro-agressives c'est-à-dire ayant pour cible l'extérieur et non eux-mêmes. J'entends par ce type de conduite les actes de violence comme les crises clastiques et les actes délictueux comme le vol dont la répétition risque d'engager l'adolescent dans le domaine de la délinquance. D.MARCELLI et A.BRACONNIER différencient les conduites violentes « contre les biens », et les conduites violentes « contre les personnes ».

Prenons l'exemple du vol, il peut être réalisé seul, ou en bande. Il est donc important de distinguer ce que D.MARCELLI et A.BRACONNIER appellent le « vol initiatique » afin d'intégrer un groupe - je fais alors le parallèle avec la séparation symbolique du groupe familial et les investissements de l'extérieur auxquels nous nous sommes intéressés dans le chapitre antérieur - et les vols effectués seuls de manière impulsive ou compulsive. Selon ces auteurs, l'objet volé et l'utilité qu'en ont les voleurs – collection, accumulation ou simple possession – permet une « *correspondance assez nette avec un certain contexte psychologique* »¹.

Il me semble que ces conduites peuvent également souligner un besoin de se confronter au cadre et à la loi avec une recherche - jusque là non satisfaite - de limites. Elles sont, dans le cas de vols compulsifs, une réponse à une tension et/ou une angoisse. Le sujet n'y trouve une satisfaction que temporaire et cela l'incite à récidiver.

¹ D.MARCELLI & A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p111

Concernant les conduites violentes envers les personnes, il me semble intéressant de parler des «tyrans familiaux»¹. Pour D.MARCELLI et A.BRACONNIER, au départ la « *violence s'est exercée soit entre les conjoints, mais l'enfant a été le spectateur, soit sur les enfants mais le futur tyran n'a pas toujours été la victime principale* », cette violence existe donc dans le milieu familial. Ils remarquent d'ailleurs des difficultés psychologiques ancrées depuis l'enfance (énurésie, tics, troubles du sommeil...). Le jeune présente par également des troubles des comportements en dehors du milieu familial.

Les violences hors de la famille et dans le contexte de crimes et de délits sont peu fréquentes.

❖ Les conduites à risques

D.LE BRETON qualifie les conduites à risques à l'adolescence de « rites de passages dont il faut renouveler la conceptualisation »² car ce sont des rites individuels souvent très inadaptés et dangereux. Comme nous l'avons vu précédemment, les adolescents n'ont plus de rituels leurs permettant d'être encadré par la société pour traverser cette période. Selon D.LE BRETON ils cherchent à se recréer des rites initiatiques au sein d'un groupe de pairs mais que l'on ne peut pas considérer comme tel étant donné qu'ils ne sont pas collectivement et temporellement encadrés par l'ensemble de la société. L'auteur considère d'ailleurs que les conduites ordaliques qu'il nomme « les rites du destin » en font partie. Le terme d'ordalie signifiait au Moyen Age « jugement de Dieu »: le jeune cherche à se confronter à la mort afin de savoir si sa vie vaut la peine d'être vécue, dans une optique « ça passe ou ça casse ».

Nous pouvons également faire l'hypothèse que ce moyen est utilisé par l'adolescent dans une recherche de stimulation, de sensation lui renvoyant un sentiment d'existence et de reconnaissance par le biais des exploits réalisés. De plus, X.POMMEREAU explique que la plupart de ces adolescents « *évoluent dans des environnements où les repères que leur offrent les adultes se montrent trop flous ou anormalement changeants* ». Les conduites à risques sont fréquemment utilisées par des adolescents en mal de cadre et de limites. Précédemment nous nous sommes intéressés au fait qu'à l'adolescence, le sujet doit s'autonomiser et s'individualiser et cela passe par l'expérimentation afin de se positionner en tant qu'individu à part entière.

¹ D.MARCELLI & A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p117

² Conférence/débat animé par David LE BRETON *L'adolescence, risques de passage*

Dans les cas évoqués ici, les expérimentations vont jusqu'à la mise en danger pour « éprouver la consistance »¹ de ce cadre et également pour tester ses limites, sa valeur et sa place dans le monde. Les conduites à risques comprennent aussi les comportements sexuels inconscients.

La fugue fait partie des *conduite à risques*. Selon P.JEAMMET, elle est à prendre en compte car elle signe une souffrance qui peut conduire à une tentative de suicide : un tiers des T.S étant précédé d'une fugue. P.JEAMMET et D.BOCHEREAU disent en ce sens qu' « *elle traduit [...] une tendance au passage à l'acte quand la pensée se retrouve dans une impasse, fait signe de rupture.* »²

Ensuite, l'acte de fuguer correspond à une recherche de maîtrise récurrente à cette période. L'adolescent ne pouvant maîtriser la situation insupportable qu'il vit dans son milieu familial s'en extirpe. P.JEAMMET explique que ces conduites de maîtrise du dehors – faute de maîtrise du dedans – sont souvent présentes chez des adolescents en grande insécurité interne.

De plus, D.MARCELLI & A.BRACONNIER considère la fugue comme un moyen de fuite qui traduit une impulsivité en lien avec une tension interne. Elle permet de concrétiser, au travers d'une prise de distance, la séparation qui a du mal à être intériorisée par l'adolescent. Il est fréquent, dans ces cas de figure, qu'il y ait des difficultés familiales rendant difficile une séparation sans rupture des liens.

Romane est une adolescente de 13 ans ayant un cadre familial instable, peu sécurisée et peu disponible. Elle a également subi de nombreux traumatismes dont un viol par un des compagnons de sa mère. Les solutions qu'elle a trouvées pour s'extirper de ce milieu familial non fiable et maltraitant sont des fugues – qu'elle effectue de manière compulsive – associées à des conduites sexuelles à risques et à des passages à l'acte dont des scarifications et des tentatives d'étranglement. Le manque d'un cadre, d'un tiers et de limites entraînent donc Romane à chercher inlassablement les siennes, à se chercher aussi elle-même dans une répétition ne permettant aucune symbolisation de ses vécus.

¹ X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p132

² P.JEAMMET & D.BOCHEREAU *La souffrance des adolescents - Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge* p75

❖ Le repli relationnel

Le repli relationnel «représente l'image inversée de tous ces "agirs" qui occupent fréquemment le devant du tableau sémiologique»¹.

La déscolarisation par exemple est une conduite retrouvée fréquemment chez les jeunes en souffrance. Elle fait partie pour moi des conduites de repli relationnel. En effet, il y a un repli chez soi mais avec une conservation des relations intra-familiales. Nous pouvons donc comprendre ce type de conduite comme une conduite phobique signant une problématique relationnelle avec les pairs (c'est l'extérieur qui peut être vécu comme menaçant) mais aussi comme une manière pour le jeune de montrer qu'il existe en étant actif dans son refus d'aller à l'école. Dans ce deuxième cas, on se situe plus dans une problématique concernant la dynamique familiale.

Cette conduite peut avoir un degré plus inquiétant lorsque le repli de l'adolescent est complet au point de rompre toute relation et toute communication, tant avec l'environnement familial tant qu'extérieur.

Les jeunes ayant recours à ce type de conduite choisissent donc, au contraire des autres, d'être actif dans leur passivité. Afin d'éviter de la subir, ils s'y enferment. Sauf que cette attitude de repli ne permet pas l'extériorisation de la tension interne qui peut alors se retourner contre l'adolescent. Selon X.POMMEREAU, l'adolescent espère en « se recroquevillant sur sa souffrance », « l'étouffer dans l'œuf »². Il ne trouve à ce moment-là aucune autre solution que de dépenser toute son énergie disponible dans « l'édification de fortifications » visant à le protéger de la confrontation avec les autres... et avec lui-même afin de s'extirper de la dépendance affective dans laquelle il se trouve. L'utilisation de cette conduite le soulage car le met à distance, mais très rapidement il va se sentir comme emprisonné dans sa forteresse.

Le repli est souvent vécu par les parents comme une attaque directe de leur manière d'éduquer leur enfant. De plus cette conduite entraîne une rupture avec les possibilités d'avenir et empêche l'investissement de l'extérieur: elle signe donc, selon X.POMMEREAU, une grande détresse du sujet. Enfin, il évoque le paradoxe de cette conduite qui est en fait un appel à l'aide désespéré, une demande de reconnaissance de la part du sujet à ses parents.

¹ D.MARCELLI & A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p104

² X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p70

❖ Les conduites addictives

Elles me semblent importantes à mettre en avant surtout en lien avec le propos de P.JEAMMET & D.BOCHEREAU. Ils en donnent la définition suivante : « *elles se caractérisent par la consommation répétitive d'un produit ou le recours tout aussi répétitif à une conduite ou à un comportement, qui vont en augmentant et en s'aggravant et finissent par avoir des conséquences sur la personne, sa santé et/ou son psychisme* »¹. Ces conduites ne sont donc plus réduites seulement à l'alcoolisme ou la consommation de toxiques, mais prennent en compte l'addiction aux jeux vidéo à une idéologie ou encore, et surtout aux conduites à risques. Par contre, il est important de rappeler que les conséquences ne seront pas les mêmes.

Il faut par ailleurs faire la différence entre le terme de dépendance et celui d'addiction. La dépendance « *est l'état psychique (et également physique) résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un objet externe, et qui comprend toujours une pulsion à utiliser cet objet externe afin de retrouver ses effets psychiques* »². Dans la continuité, l'addiction est une conduite de dépendance compulsive.

Les conduites addictives à l'adolescence sont fréquentes étant donné la problématique centrale de cette période que nous avons étudié précédemment : la séparation symbolique d'avec les parents ou « premiers objets d'amour ». Au travers de ces conduites, l'adolescent qui n'a pas les bases narcissiques et psychiques suffisantes pour s'engager en tant que sujet à part entière dans le monde adulte déplace sa dépendance – sous entendue à la relation affective entretenue avec ses parents – sur un objet extérieur qui joue le rôle de substitution.

Ces conduites sont aussi très attrayantes car elles induisent un sentiment de bien-être, de complétude qui rappelle la symbiose de la prime enfance, période durant laquelle l'environnement satisfait tous les besoins du nourrisson.

Elles permettent aussi de « *rompre avec une réalité jugée insupportable* »³. Les jeunes se retrouvent autour d'un désir commun d'oublier et de sortir de la réalité. Ces conduites manifestent une souffrance bien réelle que nous ne devons pas banaliser bien qu'à l'adolescence, elles puissent passer plus ou moins inaperçues aux yeux des parents.

¹ P.JEAMMET & D.BOCHEREAU *La souffrance des adolescents - Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge*

² M.PRETOT *Je souffre donc je suis! – Approche psychomotrice des comportements autodestructeurs de l'adolescent, en lien avec les premières relations* Mémoire en psychomotricité p 46

³ X.POMMERAU *Quand l'adolescent va mal - L'écouter, le comprendre et l'aimer* p116

En effet D.MARCELLI et A.BRACONNIER nous exposent trois contextes différents concernant la consommation à l'adolescence. Chez les pré-adolescents, collégiens, nous pouvons retrouver des consommations d'alcool et de drogue ponctuelles mais importantes qui vont aller dans le sens d'une intégration au niveau du groupe de pairs. Par contre, dans les années lycées, la dépendance s'inscrit de plus en plus, les adolescents deviennent difficilement abordables et restreignent progressivement leurs champs de rencontre à des jeunes ayant des situations similaires. Pour terminer, les auteurs considèrent les adolescents plus âgés ayant recours à ces conduites comme complètement addicts de manière massive et quotidienne, et en lien exclusif avec des pairs dépendants. Leurs parents se sentent généralement débordés et impuissants.

B. LE DESACCORDAGE FAMILIAL

Nous nous sommes intéressés depuis le début de ce chapitre aux différents passages à l'acte utilisés par les adolescents. Nous nous sommes rendus compte à quel point ils manifestaient tous une grande souffrance du sujet à ce moment précis mais qui dure peut-être depuis plus longtemps. En effet l'adolescence, comme nous avons pu le voir jusque là, n'est pas une période simple et facile à traverser même quand la famille va bien de part les remaniements qu'elle entraîne. Mais lorsque que les difficultés sont ancrées depuis la prime enfance, les ressources et les bases autant internes, qu'externes peuvent manquer et l'adolescent va alors, autant que sa famille, être dévasté par cette période.

En ce sens, F.LADAME nous dit que la pathologie de l'adolescent doit être comprise selon une « **double perspective** : d'un côté la pathologie de l'adolescent renvoie fréquemment à des vicissitudes inscrites dans le premier développement, mais d'un autre côté l'actualisation de cette pathologie à l'adolescence révèle les défauts de l'environnement présent. » La TS correspondrait selon lui à une coalition entre « les mouvements psycho-affectifs internes et les conditions environnementales actuelles »¹ donc entre dedans et dehors.

¹ Cité par D.MARCELLI et A.BRACONNIER dans *Adolescence et psychopathologie* chap. « Les tentatives de suicide »

Ensuite, D.MARCELLI et A.BRACONNIER distinguent « *de façon en partie schématique [...] trois types de position en fonction des auteurs* »¹ sous-entendus différents degrés dans le désaccordage familial.

- Une première où l'entrée dans la période de l'adolescence et donc l'opposition du sujet serait la cause « *des conflits relationnels entre parents et adolescents* ».
- Une deuxième où lorsque les conflits sont plus intenses, certains auteurs s'accordent à dire que « *les conflits adolescents-parents témoignent [...] aussi bien des difficultés de l'adolescent à assumer sa croissance et son autonomisation que de difficultés chez les parents à surmonter ce qui a été appelé " la crise du milieu de la vie" ou la "crise parentale"* ».
- Une troisième où les auteurs estiment que « *les conduites déviantes de l'adolescent résultent en grande partie des attitudes pathologiques parentales* ».

En ce sens, C.POTEL dit très bien que « *tous les parents ne sont pas égaux devant les tumultes et les tempêtes de l'adolescence. Certains se rigidifient, d'autre se ferment, d'autres sont trop adolescents eux-mêmes pour rester un repère, certes bousculé mais solide malgré tout. D'autres disparaissent, psychologiquement ou en réalité* »².

En effet chaque parent et chaque famille réagit différemment à ce passage qu'est l'adolescence ce qui donne lieu à différentes situations.

J'ai choisi pour ma part de porter mon attention sur celles qui trouvent une issue dans le passage à l'acte. De plus chaque individu est singulier, il est donc évident que chaque famille a sa dynamique, et son histoire propre. En ce sens, il m'a semblé important d'étayer mes propos avec deux situations bien différentes de deux adolescentes rencontrées sur mon lieu de stage.

1. Un « suffisamment bon » impossible pour la famille

Lorsque l'environnement n'a pas pu être « suffisamment bon », on remarque très tôt dans la vie de l'enfant des carences affectives et éducatives. Nous avons pu percevoir dans le premier chapitre combien la prime enfance et l'enfance sont riches en acquisitions. L'environnement est essentiel au bon développement psychomoteur, affectif et cognitif du sujet.

¹ D.MARCELLI et A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p453

² C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* p64

Il est également celui par le biais duquel l'enfant va se forger une image, une représentation de ce qu'il est – en lien avec la confiance et l'estime de soi – et de sa place dans sa famille.

Selon M.LEMAY, le terme de carence renvoie à un *« processus morbide qui risque d'apparaître lorsqu'un enfant de moins de trois ans a subi la rupture de ses premiers investissements avec les personnes significatives de son entourage sans que cette rupture ait pu être réparée »*¹

Elle différencie la carence affective totale de la carence affective partielle. La première étant une séparation réelle d'avec l'entourage d'une durée de plus de 5 mois lorsque l'enfant est dans sa première année de vie. Nous pouvons retrouver la seconde dans différentes situations. D'une part lorsqu'il n'y a pas d'interactions suffisantes entre l'environnement et le nourrisson dû à l'absence physique des personnes s'occupant de l'enfant. D'autre part, lorsque les séparations successives d'avec l'entourage proche ne vont pas permettre que s'établisse un lien d'attachement sécure essentiel au « bon » développement de l'enfant. Et enfin, l'entourage pouvant être présent de manière réelle mais de par l'inadéquation de ses réponses et l'inadaptation aux besoins du nourrisson ne vont pas lui permettre de faire l'expérience d'un sentiment continu d'exister. Dans ce cas, le jeune enfant ne se sentira investi par ses parents.

Ainsi, lorsque le sujet entre dans la période de l'adolescence, les stratégies de compensations qu'il a mises en place durant l'enfance vont être difficile à tenir de part le manque de ressources et de repères internes et externes. C.POTEL considère en ce sens que *« si les adultes sont en difficulté dans leurs repérages fondamentaux, les situations où rupture et passage à l'acte sont souvent les seules portes de sortie pour les adolescents peuvent devenir gravissimes. »*²

¹ M.LEMAY *J'ai mal à ma mère* p15

² C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* p64

Romane, adolescente aux multiples fugues et passages à l'acte, nomme son père "son géniteur" étant donné qu'il ne l'a pas reconnu et ne souhaite actuellement plus la revoir. La mère de Romane quant à elle est en proie à d'importantes carences, à un vécu de maltraitance durant son enfance et à une dépression qui a nécessité plusieurs hospitalisations. Elle semble peu disponible psychiquement afin de s'occuper de sa fille étant donné qu'elle a elle-même besoin de soin. Cette situation est présente depuis le plus jeune âge de Romane a donc souffert de carences. Les interactions entre la mère et sa fille ont semble-t-il manqué d'ajustement, d'adéquation ce qui eu un impact sur l'intégration de repères familiaux stables et contenantants par Romane. A ce jour elle est placée depuis environ trois ans et l'investissement du foyer et des adultes comme étant des personnes fiables est relativement compliqué pour elle. Les attitudes paradoxales d'agrippement et de rejet de la mère envers sa fille mettant Romane au centre d'un conflit de loyauté entre son foyer et cette dernière. Le manque d'un tiers dans la relation mère-fille – généralement assuré par le père – est aussi à prendre en compte. Romane a manqué, de sa naissance jusqu'à maintenant, d'un environnement « suffisamment bon » lui permettant de s'épanouir et de développer ses potentialités. Ses fuites en avant et ses conduites à risques comme agirs compulsifs montrent la difficulté pour Romane d'élaborer ces événements et d'investir un lieu et des personnes pouvant l'accompagner dans ce travail complexe.

Ainsi, les acquisitions que nous avons évoquées dans la première partie se sont sûrement faites de manière inadéquate ou n'ont simplement pas pu se faire. En effet nous avons considéré précédemment que les parents, dans leur premiers pas vers la parentalité, effectuent des allers-retours et s'identifient au bébé qu'ils étaient et à la manière dont ils ont été maternés. Lorsque ceux-ci ont eu un environnement carencé et maltraitant, nous pouvons nous questionner sur le fait qu'ils puissent manquer d'appuis ou de référence nécessaires pour accompagner leur enfant différemment.

Dans ces cas là, nous pouvons supposer que le jeune enfant pris dans une relation qui manque d'accordage aura des difficultés à s'inscrire dans une temporalité et à acquérir un sentiment d'enveloppe donc de ce fait un sentiment continu d'exister. Nous avons également considéré l'importance de ce que va renvoyer l'environnement à l'enfant au quotidien et lorsqu'entre en jeu une pathologie parentale telle que la dépression, D.W.WINNICOTT explique que cela peut altérer l'image que le parent renvoi à son enfant, cette image reflétant plutôt ces propres états d'âme qu'un investissement, un désir tourné vers celui-ci.

Cela peut conduire l'enfant à être dans une recherche constante que son environnement lui renvoi une image de lui-même.

Ensuite, lorsque parents et adolescent entretiennent ce type de relation, l'individuation de l'adolescent est mise en péril. En effet, il me semble que si le parent ne pense pas son enfant comme un être différencié et séparé de lui, il va être difficile pour l'enfant et encore d'avantage pour l'adolescent de se ressentir, de se percevoir comme une personne à part entière existant hors de l'espace psychique du parent, avec des désirs et des envies propres, et pouvoir ainsi s'en détacher symboliquement. Ce processus implique également des ressources internes et externes dont font parti le sentiment de sécurité intérieure et la fiabilité parentale. Ces ressources peuvent manquer aux adolescents carencés qui ont alors du mal à investir sans s'agripper une relation fiable avec d'autres adultes pouvant faire office de substituts parentaux.

2. Quand l'extérieur s'en mêle

Nous venons de voir avec le cas de Romane que la famille peut être en difficulté et ne pas être disponible pour construire une relation stable et sécurisée avec leur enfant.

La famille peut être également aimante et disponible, ayant créé de solides relations avec leur enfant, mais un élément extérieur va les obliger à s'adapter et à se repositionner vis-à-vis de lui. J'entends par élément extérieur un traumatisme dû à une agression, un viol que l'enfant subie hors du contexte familial.

Le traumatisme est défini dans un dictionnaire de psychologie comme « *un surcroît d'excitations pulsionnelles qui déborde la psyché et met en défaut les capacités de pare-excitation [du sujet]. Plus qu'un événement objectivable dans la réalité externe, le traumatisme se mesure à l'intensité de la désorganisation psychique et des effets délétères (comme les troubles psychopathologiques) qu'il est susceptible d'entraîner chez le sujet* ». ¹

Selon moi, la manière dont l'enfant va se réadapter et faire face à cet événement va dépendre des moyens de la famille pour l'accueillir, le comprendre et se tourner vers une aide extérieure si besoin. Nous avons d'ailleurs étudié précédemment que la personnalité du sujet est encore en construction et que l'adolescent s'appuie sur son milieu familial pour façonner sa personnalité.

¹ C.CHARRON & all *La psychologie de A à Z – 500 mots pour comprendre* p 194

Ainsi, cet ensemble de facteurs va avoir une influence sur l'intensité de l'impact psychique du traumatisme que subit l'enfant ou l'adolescent. Ce traumatisme pouvant donner lieu à des troubles psychopathologiques associés.

Lucie est une adolescente de 16 ans qui a fait de multiples passages à l'acte. Elle a une grande sœur de deux ans son aînée. Petites elles étaient toutes deux gardées par une nourrice et ont été enfermées à plusieurs reprises dans la salle de bain de celle-ci avec son chien. Cette dame gardait tous les enfants du quartier et c'est pour cela que les parents des deux fillettes l'avaient choisie. Lucie dira qu'elle a très peu de souvenirs de cette période mais elle se rappelle néanmoins que sa sœur avait essayé de la défendre ce qui l'avait conduit à se faire maltraiter par la nourrice. Leurs parents ont appris cette histoire bien des années plus tard, et n'ont pas porté plainte contre cette personne car ils ne l'avaient pas déclaré durant toutes ces années. Lucie a ensuite vécu des agressions sexuelles répétées par une fille de son âge dont elle était sous l'emprise durant toute la période de l'école primaire et du collège, elle avait alors 11 ans. Elle a pu dire à ses parents qu'elle avait des ennuis à l'école mais n'a jamais pu leur en expliquer la véritable nature. Ils ont entendus puisqu'ils s'étaient alors plaints au collège.

En ce sens, il me semble important d'aborder le fait qu'il semble y avoir dans cette famille un certain culte du secret sous le prétexte de la protection : le père ment régulièrement à sa propre mère sur sa vie quotidienne, ses voyages etc. Lucie explique qu'ils lui disent tout au dernier moment pour la protéger. Ensuite, Lucie et sa grande sœur ont porté seules le lourd secret de leurs maltraitances pendant de longues années. Enfin, Lucie n'a dévoilé que tout récemment – c'est-à-dire lors de sa dernière hospitalisation – la teneur de ce qu'elle avait subi à l'école primaire et au collège. Elle a pu dire à l'équipe qu'à l'époque elle donnait des détails de son quotidien à l'école pour éviter de parler du reste et s'inventait même des amis pour rassurer ses parents. Ils ont été sous le choc et ont très longuement hésité avant de porter plainte.

Je pense que les divers traumatismes des deux filles ont eu un impact important sur la dynamique familiale et sur chacun des membres de celle-ci. Les parents se sont trouvés en difficultés lors des premières révélations de leurs filles. Nous pourrions faire l'hypothèse que les mécanismes de défense mis en place au niveau familial ont certainement eu une influence sur les mesures de protection effectuées. Je pense que cela peut avoir un lien avec le fait que Lucie ait gardé pour elle tout ce qu'elle avait vécu, elle a ressenti la fragilité de sa famille, et les a donc protégés. La violence qu'elle a subit, Lucie se l'est alors retournée contre elle-même pour être "actrice" de sa propre maltraitance.

Elle garde également pour elle toutes les émotions négatives qui l'assaillent et "met le masque" dira-t-elle afin de faire bonne figure auprès des proches et aussi pour s'en persuader elle-même...

Ces comportements arrivent suite à une grande détresse, et il me semble que cette situation montre clairement l'impact d'un traumatisme sur la famille, dont les difficultés de repositionnement et d'adaptation induisent fortement la manière dont le sujet va grandir avec ce passé traumatique. En effet, P.JEAMMET et D.BOCHEREAU évoquent en parlant du mal-être adolescent que « *de la rapidité de réaction des parents et de l'environnement dépendent souvent son devenir et son amélioration* »¹. De plus, le fait que l'adolescent garde cela secret signifie selon D.MARCELLI et A.BRACONNIER qu'il perçoit et tient compte de la capacité de l'environnement à supporter ces révélations. Dans le cas où il choisit de ne pas révéler ce qu'il a vécu mais où les événements dépassent quand même très fortement ses capacités intégratives, le sujet va avoir recours aux types de conduites étudiées antérieurement.

En conclusion, cette citation de X.POMMEREAU qui résume parfaitement mon propos sur ce dernier chapitre.

*« Les malaises et les troubles du comportement - surtout ceux qui durent et se répètent - ne doivent pas être interprétés comme de simples manifestations d'humeur ou de banales réactions caractérielles, dues à la rigidité ou à la mollesse de principes éducatifs mal posés. En réalité, les "éclats d'adolescence" révèlent des situations familiales qui étaient explosives depuis fort longtemps. »*²

¹ P.JEAMMET & D.BOCHEREAU *La souffrance des adolescents*, chapitre "Les signes du mal-être: du normal au pathologique"

² X.POMMEREAU *Quand l'adolescent va mal – L'écouter, le comprendre et l'aimer* p 246-247

IV

LA SPECIFICITE DE LA PSYCHOMOTRICITE AVEC DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE

« Et c'est ceux qui auront été le moins nourris pendant l'enfance qui vont dépendre le plus de la qualité de l'accompagnement qui leur est proposé socialement. »¹

Philippe JEAMMET

A. DANS L'INSTITUTION

Le Centre de Crise et de Soins Spécialisé pour Adolescents (C.C.S.S.A) communément appelé « centre de crise ado » fait partie de la filière Adolescent du pôle de pédopsychiatrie sectorielle de l'hôpital. Les soins dispensés ont été pensés pour une durée d'hospitalisation courte : de 3 à 4 semaines environ à temps complet.

1. Population accueillie

Cette institution accueille des adolescents d'environ 12 à 18 ans qui sont dans une détresse psychopathologique. Elle peut être d'origine réactionnelle, traumatique et/ou en lien avec des passages à l'acte auxquels nous nous sommes intéressés dans la partie précédente.

¹ P.JEAMMET *Pour nos ados, soyons adultes* p52

Il peut également s'agir de mouvements dépressifs ou délirants - conséquences d'un traumatisme - ou de réelles décompensations indiquant une entrée dans la pathologie psychiatrique.

Il est donc nécessaire de différencier la crise d'adolescence que C.POTEL nomme « organisatrice, une crise féconde pour la maturation et la construction identitaire » et les « positions régressives » ou « manifestations symptomatiques »¹ qui peuvent en découler car l'adolescent est en difficulté pour trouver un nouvel équilibre.

2. Caractéristique spécifique de l'unité

a. Une certaine temporalité

Le fait que ce soit un service fermé donne à l'institution une temporalité particulière. Le temps passe souvent très lentement pour les adolescents « parce qu'on ne peut rien faire ici ». Ils sont en rupture par rapport à leur rythme habituel car d'une part ils ne sont pas scolarisés² en milieu ordinaire pendant le temps de l'hospitalisation et d'autre part ils n'ont pas de contact téléphonique et internet aussi intenses qu'à l'extérieur. Les adolescents arrivent à verbaliser leur ennui aux soignants et j'ai pu remarquer que cette temporalité pouvait finalement favoriser leur demande de soins sous le prétexte - pour certains - de « l'occupation ».

En fonction de leurs problématiques individuelles, la temporalité du service va soit leur permettre de s'apaiser, de se centrer sur eux, soit inversement dans le cas de repli leur permettre de renouer contact avec leurs pairs, de partager leurs vécus et dans tous les cas de pouvoir accéder au soin.

La temporalité est vécue comme plutôt lente par les adolescents alors que les professionnels sont pressés par le temps, n'ayant qu'environ 3 semaines pour effectuer leurs différentes missions auxquelles nous nous intéresserons dans une partie ultérieure.

¹ C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* p64

² Une convention signée entre l'hôpital et l'éducation nationale permet à des enseignants de venir au Centre de Crise et de Soins Spécialisés pour Adolescents deux heures chacun par semaine afin de dispenser des cours de maths, de français, d'anglais, d'histoire et de géographie, et des sciences de la vie et de la terre.

b. Un service contenant et pare-excitant

La majeure partie des adolescents sont admis dans l'unité en étant passé précédemment par les urgences psychiatriques (le SECOP) pour ceux âgés de plus de 15 ans et par les urgences pédiatriques pour les autres. Cela en lien avec des conduites à risques, des passages à l'acte violents auto ou hétéro-agressifs. L'hospitalisation de par la fermeture du service va avoir un effet d'enveloppe et de pare-excitation – c'est à dire de protection contre l'excès de stimulations externes – en enlevant l'adolescent de son environnement. L'équipe soignante est également extrêmement vigilante et essaye de border la dynamique du groupe et de chacun des patients afin de les protéger de la violence des autres mais aussi de la leur.

Cela implique donc un cadre avec des règles strictes concernant l'espace d'intimité – c'est-à-dire la chambre du patient – la vie commune et les différents espaces de soins. Par exemple les temps de télévision, de jeux vidéo ou d'activités « sportives » dans la cour intérieure sont prédéfinis afin de limiter l'excitation tout en permettant le loisir. Des temps en chambre sont également posés sur prescription médicale pour apaiser et permettre un retour sur soi de l'adolescent.

C.POTEL dit en ce sens – en parlant du thérapeute en général mais il me semble que ces notions sont également applicables à l'équipe soignante de l'institution – que l'on « *doit pouvoir s'appuyer sur ses propres ressources psychiques internes – c'est-à-dire celles issues du travail théorico-clinique pluridisciplinaire en plus des ressources individuelles de chaque soignant – afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses. En d'autres termes : contenir* »¹.

Cette citation résume clairement ce que j'ai perçu de la fonction contenante de l'institution.

Le cadre institutionnel donne des repères stables et sécurisants à l'adolescent, les siens pouvant être plus flous voire inexistantes en lien avec ce moment de crise. Le jeune peut alors se servir de ce cadre comme base lui permettant de s'inscrire dans un travail thérapeutique, de prendre conscience de ses ressentis et de ses vécus afin d'intégrer et d'élaborer les événements qui ont pu le désorganiser.

¹ C.POTEL « Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir » p 327

c. Un tiers entre l'adolescent et son environnement

Le C.C.S.S.A est ce que l'on peut nommer « un espace institutionnel médiateur de courte durée »¹ car il fait tiers entre l'adolescent et son environnement. Il me semble qu'il faut éloigner l'adolescent de tout ce qui aurait pu être en lien avec sa mise en danger. Cela dans le but d'une part de le protéger et d'autre part d'évaluer ses comportements, ses attitudes présentes avant l'hospitalisation et d'appréhender la manière dont il se comporte hors du contexte social habituel (incluant le milieu familial). Ces éléments seront nécessaires à la mise en place d'un projet de soin adapté.

Les relations avec le monde extérieur vont être médiatisées sur indication médicale - c'est-à-dire avec un objectif de soin et sur un temps limité - par l'équipe dans ce moment de grande fragilité. Les appels et les visites ne sont pas autorisés pendant les premières 48h et les téléphones portables sont interdits dans l'unité. Ensuite, la reprise de contact entre l'adolescent et sa famille se fait de manière progressive : après les premières 48h un appel médiatisé par un infirmier peut être passé mais ce n'est qu'après la rencontre de la famille par le psychiatre référent que celle-ci pourra rencontrer l'adolescent par le biais d'une visite médiatisée. Nous nous y intéressons plus particulièrement dans un chapitre ultérieur.

« Pour aider les patients à se séparer et à se différencier, il faut du tiers ; tout comme l'enfant a besoin d'un tiers paternel »¹

Dans certaines situations, l'hospitalisation de l'adolescent lui permet de faire l'expérience de la séparation d'avec un environnement ne laissant pas forcément la place de s'individuer. L'équipe travaille alors avec l'adolescent ces questions fondamentales qui se posent à cette période.

¹ C.POTEL *Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir* p 330

3. L'équipe soignante

a. La constitution de l'équipe

L'équipe de l'unité est une équipe pluridisciplinaire comprenant deux praticiens hospitaliers dont un responsable d'unité, un médecin assistant, un cadre infirmier, une psychologue, une psychomotricienne, une éducatrice spécialisée, une assistance sociale, une secrétaire médicale, des infirmiers et des agents des services hospitaliers.

L'institution étant reliée au pôle de pédopsychiatrie, l'équipe comprend de manière plus large un cadre supérieur de santé et un responsable de pôle.

b. Le travail institutionnel

Il me semble important de mettre en avant - en lien avec la complexité et la difficulté du travail avec ces adolescents en grande souffrance - l'existence de diverses réunions essentielles au travail institutionnel.

La réunion institutionnelle est mise en place une fois par mois afin de réfléchir à l'organisation du service et aux places de chaque professionnel. Effectivement, il est très important de pouvoir différencier les espaces et d'être clair sur sa place pour pouvoir accueillir des adolescents qui eux ne le sont pas forcément. Elle a également pour fonction d'aborder avec l'équipe élargie (chef de pôle et cadre supérieur de santé) certains incidents voire accidents professionnels en lien avec des mouvements violents d'adolescents. Il s'agit alors d'envisager la manière dont l'équipe vit cet événement, comment elle rebondit et ce qui peut être mis en place sur le plan technique pour garantir la sécurité de chacun et éviter ce genre d'incidents. Tout ceci dans le but de permettre à l'équipe de « survivre » à ces attaques et de garder un cadre sécurisant, contenant et pare-excitant pour les adolescents.

La répétition d'accidents au sein du service a motivé l'équipe à créer une réunion spécifique à ce genre de situation, à laquelle la cadre de santé est présente. Cette réunion permet de pouvoir échanger et trouver ensemble des solutions adaptées afin que tous les professionnels présents puissent continuer à exercer leurs métiers dans les meilleures conditions et en collaboration.

L'institution propose également une réunion entre les soignants du service dont le médecin et le cadre de santé, et les patients présents dans l'unité. Cela dans le but de répondre aux questions que peuvent se poser les adolescents concernant l'organisation du service mais également de mettre du tiers entre l'équipe du quotidien et les adolescents. Les règles et le cadre étant assez strictes, les patients essaient de trouver des solutions, des alternatives en exposant leurs arguments auprès des soignants. Par exemple sur la possibilité d'avoir quelques minutes leur portable une fois par semaine, en proposant l'idée que cela soit sur prescription médicale.

Nous avons étudié l'importance du cadre et des limites à l'adolescence et il me semble que l'institution de part la fiabilité et la sécurité de son cadre — car elle maintient les limites — et par son ouverture au dialogue signifiant sa souplesse, permet aux adolescents de se l'approprier et de s'en représenter quelque chose, surtout lorsque c'est un des éléments manquant dans le quotidien du jeune.

c. Ses différentes missions

Chaque membre de l'équipe a une place particulière et spécifique dans le soin apporté à ces adolescents. Etant donné la temporalité du service, la mise en place des projets de soin individuels nécessite une mise en lien régulière des éléments cliniques - recueillis lors du quotidien ou des prises en charge - à différents moments de la vie institutionnelle.

Quotidiennement, les professionnels se réunissent autour des transmissions infirmières. Elles permettent de suivre l'évolution et le comportement de l'adolescent jour après jour, et d'avoir des informations sur les ressentis partagés par le jeune par le biais entre autre de la vie quotidienne dans le service (qualité de son sommeil, de son alimentation, de sa place dans le groupe d'adolescents...)

Ensuite, chaque semaine une réunion clinique permet à l'équipe soignante de réfléchir aux différentes prises en charge, à leur pertinence, à leur intérêt — en lien avec les différents éléments cliniques apportés par les professionnels qui ont rencontré l'adolescent — mais aussi à l'orientation du jeune après son hospitalisation.

Le projet de soin consiste « à permettre à l'adolescent, par des médiations multiples "l'appropriation subjective" (ressentir, comprendre, intégrer...) des événements qui ont pu le désorganiser ou le laisser sans recours. Celui-ci permet et nécessite l'implication de tous (adolescent, famille et soignants)»¹. Le projet est coordonné par le psychiatre référent du jeune.

L'équipe soignante, en lien étroit avec la famille, va évaluer l'adolescent et son environnement afin de mettre en place le réseau de soin comprenant les mesures de protection si nécessaire, le travail sur l'adhésion thérapeutique et l'orientation de l'adolescent sur un soin psychothérapeutique de longue durée.

L'équipe est donc en lien avec différents partenaires à l'extérieur qui peuvent être conviés à des réunions de synthèses dans le service. Ceux que l'adolescent connaît déjà et ceux qu'il sera amené à rencontrer par la suite comme les diverses institutions, les établissements scolaires, mais aussi les partenaires sociaux et judiciaires.

En ce sens, il me semble intéressant de mettre en avant que les situations d'adolescents rencontrées au sein du "centre de crise ado" nécessitent, de manière fréquente, l'intervention de l'assistante sociale du service dans le but d'activer le réseau de protection de l'enfance. Des demandes de mise en place de mesures éducatives sont effectuées ainsi que des signalements et dans certains cas des demandes de placements. Il y a deux type d'aide éducative : l'Aide Educative à Domicile ou AED est mise en place en accord avec la famille. Elle est à différencier d'une AEMO, l'Aide Educative en Milieu Ouvert qui est ordonnée par le juge.

4. La prise en charge du groupe familial

Dans un premier temps, la famille sera reçue par le psychiatre référent de l'adolescent afin de leur communiquer les motifs de l'hospitalisation. Ceux-ci vont être inclus dans le projet de soin de l'adolescent et sollicités dans l'évaluation de celui-ci et de son environnement.

Le psychiatre référent ainsi que l'assistante sociale du service vont suivre les parents tout au long de l'hospitalisation de leur adolescent.

¹ Livret d'accueil du CCSSA mis à jour en 2011

Ces rencontres ont pour but d'amener la famille à effectuer un travail de réflexion concernant leur adolescent par le biais de la reprise des éléments de son histoire, des relations qu'il entretient avec eux et avec ses pairs – incluant ses relations amoureuses – et des éléments comportementaux dont d'éventuels changements brutaux dans ses habitudes.

Les visites médiatisées (V.M) – rencontres entre l'adolescent et ses parents avec un tiers soignant – vont également permettre un travail familial autour de la souffrance qui fait symptôme chez l'adolescent et qui a nécessité son hospitalisation. Le personnel soignant accompagne les parents dans ces moments parfois douloureux en leur proposant des entretiens avant ou après les visites.

Lucie, a pu exprimer à ses parents durant une V.M son sentiment d'infériorité par rapport à sa grande sœur et le sentiment d'abandon qu'elle avait ressenti lorsque celle-ci avait fait sa dépression. "Je vous hais" dira-t-elle à ses parents. Elle leur reproche de n'avoir vu que la dépression de sa sœur alors qu'elle-même était aussi dans une grande souffrance à ce moment-là. Elle verbalise le fait que cela a majoré son sentiment de "n'être rien" à leurs yeux. Ses parents ont pu lui répondre qu'ils pensaient qu'elle allait bien car ils la voyaient s'autonomiser de plus en plus mais qu'ils se rendaient compte maintenant que ce n'était qu'une façade. Ils ont pu verbaliser leurs inquiétudes et ont demandé à Lucie d'essayer de leur signifier lorsque ça n'irait plus afin qu'ils puissent trouver des solutions ensemble. Enfin, la séparation due à l'hospitalisation remémore au père le fait que la sœur de Lucie a quitté la maison familiale. Il peut alors exprimer à sa fille son envie de profiter de sa présence le plus possible avant qu'elle parte.

Le choc de l'hospitalisation passé, le tiers qu'est l'institution – représenté par le soignant dans ces rencontres – permet une prise de recul par rapport aux événements antérieurs. C'est également le lieu où les parents et l'adolescent vont pouvoir échanger sur leur ressenti concernant la séparation. De plus, l'équipe va alors avoir un aperçu plus précis de la dynamique familiale et des relations entre chacun des membres, cela leur permettant un accompagnement au plus près des besoins de la famille.

Le « centre de crise » tente d'amener les familles – en s'adaptant à chacune bien évidemment – vers une prise de conscience de la situation de l'adolescent reflétant le plus souvent des difficultés au sein de la cellule familiale comme nous avons pu l'étudier dans la partie précédente.

Ces difficultés peuvent aller des complications relationnelles dues aux remaniements induits par l'adolescence à des types de relations plus pathogènes ancrées depuis la prime enfance qui, du fait de l'adolescence, se rejouent avec d'autant plus de force.

Les multiples traumatismes subis par Lucie ont impacté de manière importante l'ensemble de la cellule familiale qui a eu de nombreuses difficultés à faire face et s'est laissée déborder sans pouvoir demander de l'aide. Dans le cas de Lucie et de sa famille, huit hospitalisations ont été nécessaires pour remobiliser et redynamiser la cellule familiale en la soutenant, en lui fournissant un appui et des outils thérapeutiques pour avancer sur sa situation. Entre deux hospitalisations, les parents de Lucie ont pu réfléchir et décider entre autre de porter plainte pour les agressions dont Lucie a été victime. De plus, ils se sont rendu compte de leur difficulté à communiquer surtout concernant leurs ressentis et leurs émotions. En ce sens, ils se sont mobilisés ensemble pour entreprendre une thérapie familiale. Ils pourront peut-être alors dans cet espace essayer de réfléchir de manière plus approfondie sur ce qui les a déstabilisé, et également ce qui n'a pas permis ou les a empêché de se rendre compte des traumatismes subies par leurs filles.

5. Les différents espaces thérapeutiques pour les adolescents

a. Les modalités de prise en charge

Il me semble important de préciser le travail que l'équipe effectue concernant l'adhésion thérapeutique de l'adolescent, parfois admis contre son gré, lors de son hospitalisation.

Les prises en charges individuelles avec les médecins et les infirmiers ont un caractère obligatoire. Les groupes thérapeutiques le sont également pour tous les adolescents sauf contre-indication médicale. Ensuite, concernant les prises en charge individuelles avec la psychologue et en psychomotricité, l'équipe fait différentes propositions d'après ce qu'elle observe de l'adolescent au quotidien et des diverses informations recueillies.

Etant donné la grande fragilité observée à ce moment-là, c'est à l'adolescent de s'inscrire dans le projet de soin et de faire la demande d'une prise en charge.

Romane a effectué plusieurs hospitalisations et nous avons remarqué chez elle une difficulté à s'engager dans un processus thérapeutique. Certes cette difficulté est présente chez beaucoup de jeunes arrivés contre leur gré, et il leur faut souvent une bonne semaine pour se poser, se recentrer sur eux et enfin pouvoir accéder au soin. Chez Romane cela est plus ancré, et je fais le lien avec d'une part ses nombreuses carences et d'autre part la non-fiabilité des réponses qu'elle a pu expérimenter malheureusement de trop nombreuses fois. De plus la relation agrippement-rejet que sa mère entretient avec elle la rend extrêmement dépendante de cette mère, ce qu'elle tente de fuir par ses multiples fugues et en se servant des passages à l'acte comme moyen de retrouver la maîtrise sur soi. S'ouvrir et partager ses vécus dans un espace thérapeutique serait reconnaître à quel point elle a besoin d'aide, donc sa dépendance et vu sa situation cela lui est impossible. D'autant que se mettre "à nue" c'est prendre le risque d'être déçue et de ne pas être reconnue par celui qui est en face. Ses conditions de grande fragilité ne lui permettent pas de prendre ce risque, et cela se manifeste par la mise en échec des prises en charge et le refus du soin.

b. Les différents espaces groupaux proposés

L'unité propose deux groupes thérapeutiques et un groupe plus du côté du loisir.

❖ L'atelier d'expression

Il est animé par la psychomotricienne de l'unité avec un ou deux infirmiers. Les adolescents sont invités à effectuer une production en lien avec leur état psycho-affectif du moment et ils ont à leur disposition plusieurs supports : feuilles de tailles et de couleurs différentes, pastels, feutres, peinture, aquarelle et de l'argile. L'atelier a également pour but la mise en jeu des capacités créatrices au travers de l'expression, et la réintroduction du plaisir dans le dialogue et dans la production.

Il y a différents temps d'échanges – en début et en fin d'atelier – mis en place afin d'accompagner les adolescents dans la mise en mots de leurs ressentis. Le groupe va échanger autour des différentes productions des participants, le « créateur » est invité à parler aux groupes de ce qu'il a fait, et à expliquer ce qui l'a inspiré mais sans obligation.

Ensuite le groupe rebondit par libre association et chacun peut faire partager sa vision de la production de l'autre mais en restant dans le cadre proposé c'est-à-dire dans le respect et le non jugement.

❖ **L'atelier de parole**

L'atelier est animé par la psychologue, la psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée du service, un infirmier est également présent.

Les adolescents sont vivement sollicités par l'équipe pour y venir mais dans le cas où l'un d'eux se trouve en difficulté, il est autorisé à ne pas y participer. Il peut également y avoir des contre-indications médicales.

L'objectif de cet atelier est d'inciter les adolescents à parler de choses qui les intéressent en lien plus ou moins direct avec le moment particulier que l'hospitalisation leur fait vivre. Le but est d'échanger autour des ressentis et expériences de chacun mais parfois il faut reposer le cadre car les adolescents peuvent chercher des réponses bien précises non adaptées dans cet atelier. Le rôle des soignants présents est alors de faire respecter le cadre, de moduler les échanges afin que le groupe s'écoute et respecte la parole de l'autre.

Lucie, vers la fin de son hospitalisation, participe à un groupe de parole où les adolescents abordent le thème de la loi et de la justice qui empêche et embête. Je pense en lien avec leur entrée au centre de crise. Lucie a alors pris la parole afin de faire partager au groupe son expérience de victime d'agression sans rentrer dans des détails trop personnels. Ce qu'elle a amené a permis de faire réfléchir le groupe à ce qui venait d'être dit : la loi et la justice permettent aussi la protection. Ceci les amenant peut-être à reconsidérer les choses selon un autre point de vue.

Un adolescent en difficulté participant au groupe s'est reconnu dans les propos de Lucie. Il me semble qu'il a vu en elle une personne qui pouvait accueillir et comprendre son profond mal-être. Quelques jours après ce groupe, Lucie a sollicité l'équipe afin de les avertir que cet adolescent venait de lui faire une révélation concernant des agressions multiples. Le traumatisme de Lucie et son vécu même révélé à minima, ont donné à l'adolescent un appui et un soutien. Il s'est alors senti compris et moins seul dans sa souffrance ce qui lui a permis d'accorder sa confiance à Lucie.

Cette vignette montre d'une part l'importance de l'échange des expériences, des vécus au sein du groupe d'adolescents et d'autre part l'impact que peut avoir la parole d'un adolescent sur un autre. Cette situation met en évidence l'importance du groupe de pairs à l'adolescence que nous avons exposé plus tôt. De plus, les révélations aux pairs me font penser que l'adulte peut-être considéré comme peu fiable par certains adolescents de par leurs histoires chaotiques.

Les thèmes abordés entre eux sous couvert de l'adulte leur permettent aussi de se sentir moins seul dans l'hospitalisation en prenant conscience que d'autres rencontrent des problématiques similaires à la leur.

c. Les différents temps individuels

❖ **Le suivi psychiatrique**

L'adolescent est suivi par un des psychiatres de l'unité de manière régulière et obligatoire. Les rencontres se font avec la présence d'un infirmier. La relation avec le médecin peut être compliquée de par la place occupée par celui-ci : il détient l'autorité et prend les décisions importantes.

Lucie peut exprimer le fait d'avoir beaucoup de mal avec son médecin référent. Elle devait avoir deux sorties promenade¹ longue avant sa fin d'hospitalisation afin que le médecin puisse juger si elle était prête mais n'en a eu qu'une sur les deux. Elle peut exprimer son énervement et dit que c'est « pour [l'] embêter ». De plus, son souhait omniprésent de sortir l'empêche de se livrer dans un espace thérapeutique par peur que cela vienne allonger son hospitalisation et cette difficulté s'est étendue aux différents espaces de prise en charge et pas seulement aux rencontres médicales.

❖ **Le suivi psychologique**

La psychologue du service rencontre les adolescents en individuel selon les modalités décrites ci-dessus c'est-à-dire qu'elle fait différentes propositions de prise en charge en lien avec l'équipe et c'est à l'adolescent de s'y inscrire. Dans certains cas et lorsqu'il y a une demande particulière de l'équipe, elle effectue des bilans psychologiques.

¹ La sortie promenade est une sortie provisoire durant l'hospitalisation qui se fait soit avec la famille, soit avec des éducateurs référents s'ils sont dans une institution.

❖ *Le travail individuel fait avec les infirmiers*

Les infirmiers s'occupent du quotidien des adolescents : de l'hygiène, de l'alimentation, de la prise de traitements et ils sont également sollicités par les jeunes pour des moments de loisirs. Ils sont dans une prise en charge collective mais en ayant bien en tête les problématiques de chacun.

Ils vont d'ailleurs mettre en place en fonction de ce qu'ils observent des actions à réaliser pour s'adapter à chacun, à leurs difficultés et leur proposer des solutions adaptées. Par exemple, ils remarquent qu'un adolescent a du mal à s'endormir, ils peuvent lui proposer de l'accompagner, de prendre un temps avec lui au moment du coucher pour apaiser la situation. Ils vont donc être amenés à rencontrer les adolescents individuellement sur des temps un peu informel mais qui peuvent être très riches.

Les infirmiers peuvent proposer un travail individualisé autour de « la ligne de vie ». Chaque adolescent inscrit chronologiquement depuis sa naissance les événements marquants, importants pour lui avec deux couleurs différentes afin de différencier les événements heureux et les malheureux. Cela peut permettre d'aborder avec eux la manière dont ils ont vécu ces événements. Le soignant peut amener l'adolescent à une prise de conscience, par ce biais, de ses ressentis.

❖ *La rencontre avec l'assistante sociale du service*

L'assistante sociale du service peut également rencontrer les adolescents de manière ponctuelle. Lorsque des mesures particulières sont prises pendant l'hospitalisation – telle qu'une orientation dans une institution ou un signalement en vue d'un placement – l'adolescent peut avoir besoin d'en comprendre le sens. Les différents professionnels qui le suivent peuvent alors l'orienter vers l'assistante sociale. Elle est effectivement la mieux placée pour reprendre avec le jeune ce qui va se mettre en place pour lui.

B. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU C.C.S.S.A

1. Indications et évaluations

Comme nous l'avons vu ci-dessus, l'équipe pense et propose espaces thérapeutiques adaptées à chacun mais si les adolescents ne souhaitent pas s'y inscrire, leurs choix sont respectés. La psychomotricité s'inscrit également dans ce cadre de prise en soins.

Il n'y a pas de bilan psychomoteur effectué dans le service étant donné le moment de « crise » dans lequel se trouve les adolescents accueillis ainsi que la temporalité de l'institution.

Par contre, lors des premières rencontres, la psychomotricienne évalue la situation avec les éléments que lui amènent l'adolescent et l'équipe. Ceci lui permet d'envisager des axes d'intervention qui peuvent commencer à se travailler pendant ce court séjour d'hospitalisation. Cela dans le but de construire un projet de travail cohérent en lien avec les demandes qui émergent pour l'adolescent.

2. Le cadre en psychomotricité

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. »¹

Catherine POTEL

En ce sens, le cadre est une notion qu'il me semble important de développer. Dans le cas « du centre de crise », le cadre donne des repères aux adolescents et est très contenant comme nous avons pu le voir en lien avec les différents mouvements pulsionnels auxquels ils peuvent être sujets. Le cadre institutionnel est donc très présent ce qui permet une articulation avec le cadre posé en psychomotricité. J'entends par là que l'enveloppe de base est le cadre institutionnel, le cadre en psychomotricité s'y appuie et forme une enveloppe complémentaire avec des propriétés qui lui sont propres. En psychomotricité, le cadre institutionnel a fonction de tiers dans la relation thérapeutique.

C.POTEL nous parle également de conditions spatiales et temporelles, des conditions de matériels et d'accompagnement thérapeutique « qui sont des conditions particulières pour qu'un travail psychomoteur puisse se faire »². Il s'agit plus précisément du cadre physique comprenant la durée des séances, la fréquence, le lieu et le matériel ainsi que du cadre psychique correspondant à la fonction du psychomotricien et à sa capacité à penser et à élaborer les éléments cliniques que déploie l'adolescent. En général, l'investissement corporel et psychique du

¹ C.POTEL *Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir* p 320

² C.POTEL *Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir* p321

psychomotricien dans la relation va d'ailleurs permettre d'utiliser la médiation comme outil à la symbolisation.

La psychomotricienne de l'unité rencontre les adolescents souvent plusieurs fois par semaine. Les jours et les durées des séances peuvent varier, le cadre temporel étant souple et adapté aux possibilités et aux demandes de chacun en lien avec l'hospitalisation complète et la temporalité du service.

Ensuite, le cadre en psychomotricité comme le définit C.POTEL délimite un dedans et un dehors. Dans l'institution, il me semble que le cadre posé en psychomotricité marque plutôt un entre-deux justement, car d'une part il est lié au cadre institutionnel et à les mêmes bases que celui-ci mais d'autre part il peut s'en détacher en apportant une enveloppe supplémentaire. Il est garant par exemple d'une confidentialité non dévoilée à l'équipe, sauf en cas d'éléments dangereux abordés par le jeune en séance qui nécessitent d'être parlés à l'équipe afin de mettre en place une mesure de protection. La psychomotricité offre là un espace d'intimité, où tous leurs faits et gestes ne seront pas rapportés à l'équipe. De plus, elle délimite un espace de jeu dans lequel les expériences psycho-corporelles vont pouvoir se faire avec les règles fondamentales telles que « ne pas se faire mal, ne pas faire mal aux autres par les gestes ou par les mots et respecter le matériel ».

En général, le psychomotricien est garant du cadre qu'il pose et se doit donc de le tenir, cela est directement lié à sa capacité à pouvoir accueillir les différentes manifestations et à les contenir par le biais de ses verbalisations et de son investissement corporel. Il faut particulièrement mettre en avant le cadre et l'importance de la protection avec les adolescents en souffrance car certains de par leurs problématiques n'ont pas pu expérimenter la fiabilité des adultes. Cela dans le but qu'ils puissent prendre conscience à minima que certains peuvent être fiables et les protéger.

Enfin, le cadre en psychomotricité, avec ses repères, fait également tiers dans la relation thérapeutique et doit permettre que ni le patient, ni le thérapeute se sente intrusé ou envahi. La distance relationnelle adéquate permet alors l'exploration, la prise en compte des ressentis et la symbolisation.

« Cette articulation fondamentale entre, d'une part, enveloppement et acceptation de la régression – inhérents à nos pratiques corporelles – et, d'autre part, triangulation et limites faisant appel au tiers « paternel », va être la condition indispensable pour qu'il y ait circulation « fluide » entre extériorisation, expressivité, créativité, intériorité. Pour que du jeu advienne. »¹

3. Intérêt et spécificité de la prise en charge en psychomotricité

Mélanie verbalise le fait qu'elle trouve la psychomotricité ludique et moins formelle. Elle la compare aux entretiens médicaux qui se font en face à face et où elle se sent inférieure par rapport au médecin. Ici, selon elle, ce n'est pas classique et il n'y a pas de question de supériorité même si chacun reste à sa place. Elle exprime qu'elle a le sentiment d'une proximité qui la met à l'aise et lui permet de se confier plus facilement.

a. La gestion, l'expression des affects et le passage par l'acte

Comme nous l'avons vu précédemment, l'émergence pulsionnelle est massive à l'adolescence. D.MARCELLI met en lien cette énergie pulsionnelle et l'accès à la subjectivation à l'adolescence « entrer dans l'humanité, c'est passer de la copulation à la sexualité, de l'impulsion à tuer au désir de faire mal, en un mot, c'est interposer entre la violence instinctuelle du corps et la réalisation de l'acte, une pensée pour l'autre, l'attente d'un désir partagé »².

La question de la gestion des affects est centrale au « centre de crise ado ». Il y a notamment la question de la violence qui est prépondérante dans la temporalité de la crise. Lorsque l'adolescent peut s'y inscrire, la psychomotricité permet l'accès à un travail global dans le lien corps-affect-psyché qui peut permettre au jeune de travailler autour de ses représentations, de ses questionnements afin de se positionner parfois autrement et de dépasser le moment de la crise.

Nombres d'adolescents en souffrance passent à l'acte pour disent-ils décharger leur tension, mais aussi parce qu'ils ne trouvent plus d'autres solutions à ce moment-là.

¹ C.POTEL *Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir* p 331

² D.MARCELLI préface de *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* p9

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, le passage à l'acte court-circuite la mentalisation, c'est une décharge « une action du corps sans pensée »¹.

En psychomotricité, nous allons justement tenter de remettre du sens à l'agir. Nous allons passer par l'acte, par l'intermédiaire du corps afin que la sensation permette l'intégration de l'expérience vécue, son élaboration en passant par la verbalisation. En ce sens, lorsque les adolescents sont en proie à de grandes souffrances, penser peut être difficile, et la verbalisation également. Passer par l'intermédiaire d'une activité, de l'expérience corporelle et de l'appareil psychique du thérapeute peut permettre de réactiver au travers des sensations, et des éprouvés, la boucle sensation-perception-représentation et relancer l'élaboration.

Mélanie, lors de sa première venue en psychomotricité raconte ses motifs d'hospitalisation à la psychomotricienne. Je remarque qu'elle parle de son intoxication médicamenteuse volontaire comme si c'était une banalité. En effet, les affects sont mis à distance non pas parce que l'adolescente banalise son geste comme on pourrait en avoir l'impression au premier abord mais plutôt parce qu'il est en lien avec énormément de souffrance encore difficile à penser. Mélanie après une activité de boxe contre le matelas de réception pourra verbaliser les différentes sensations qui la traverse et prendre conscience de l'importance d'avoir des espaces pour soi afin d'exprimer son agressivité. Elle pourra d'ailleurs dire qu'elle écrit beaucoup et que ça la détend, la cigarette lui fait également cet effet mais au moment où la tension monte, ce n'est plus suffisant et c'est en ça qu'un accompagnement en psychomotricité est intéressant.

Le corps change et se transforme à l'adolescence et les questions autour du corps réel – correspondant au corps fonctionnel et en lien avec le schéma corporel – et autour du corps imaginaire – c'est-à-dire les vécus et l'image du corps de l'adolescent – se reposent.

En psychomotricité, il est possible de mettre l'accent sur les transformations que subissent les sensations, les ressentis et les éprouvés. Ces diverses manifestations et expressions corporelles peuvent se jouer et s'éprouver par le biais des médiations utilisés. Celles-ci permettant la symbolisation des vécus.

¹C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents* ? p 6

b. L'utilisation des médiations

« La médiation, enfin, campe au milieu..., comme l'indique l'étymologie : médius. La médiation est un processus qui toujours s'interpose : entre l'un et l'autre, entre soi et soi, entre un avant et un après [...] qui donne du jeu, de l'entre je(u), pour reprendre l'expression de R.ROUSSILLON. »¹

D.MARCELLI & N.CATHELINE

La population adolescente – et encore plus dans les moments de crise – peut être parfois défensive par rapport à la question du soin, de la parole et/ou de l'élaboration, certains jeunes peuvent dire « je ne parlerai pas ». D'où l'intérêt, il me semble de passer par autre chose que la parole : l'utilisation des médiations démystifie la rencontre ou l'évaluation avec un professionnel en donnant à celle-ci un aspect ludique et moins formel. Il permet surtout de faire des détours qui respectent les rythmes d'élaboration de l'adolescent et peuvent amener à une plus grande adhésion thérapeutique.

La création d'une activité, d'un jeu met en confiance l'adolescent qui ne se sent alors directement confronté aux motifs de son hospitalisation. Petit à petit l'activité lui permet de faire des liens, avec l'aide de la psychomotricienne, sur ce qui a pu être difficile ces derniers temps.

Lucie, comme je vous le disais plus haut, a des difficultés à se laisser aller et cela dans n'importe quel espace du « centre de crise » de peur d'un impact sur la durée de son hospitalisation. A ce moment-là, elle vient d'être réhospitalisé d'urgence.

Elle a pu exprimer en psychomotricité son mal-être et le fait que quand elle se mettait dans le personnage – sous entendue sous le masque – elle avait du mal à en sortir ensuite pour être authentique. La psychomotricienne lui propose alors une activité et elle choisit une écoute musicale.

Lucie, à la fin la deuxième chanson et à la demande de la psychomotricienne, s'exprime sur ses sensations qui ont l'air plutôt désagréables. Paradoxalement elle nous dit que cette chanson l'a renvoie à des moments agréables avec son petit-ami. La psychomotricienne l'amène alors à prendre conscience que ses ressentis corporels sont bien différents du moment agréable qu'elle décrit. Lucie peut alors nous exprimer que cette chanson lui fait penser à sa semaine entre ses deux hospitalisations, elle pensait qu'elle « était sortie de tout alors que non, loin de là ».

¹ D.MARCELLI & N.CATHELINE *Ces adolescents qui évitent de penser – Pour une théorie du soin avec médiation*, p10

L'écoute musicale a donc fait surgir un sentiment de désillusion qui devait l'habiter depuis son retour dans le service. Ce partage a permis de refaire lien avec ses sensations et de pouvoir être accompagné et soutenu dans ce processus de prise en compte de ses vécus.

Le médiateur permet ainsi aux adolescents d'accéder à un espace de travail différent. N.CATHELIN¹ dit en ce sens que les médiations sont des outils précieux afin d'éviter la relation duelle en face à face qui pourrait rappeler aux adolescents la notion de dépendance à leur propres parents qu'ils essaient alors de fuir. Les médiations permettent donc de faire tiers dans la relation duelle et induisent un espace transitionnel. Il me semble intéressant de faire le parallèle entre la fonction de tiers du médiateur et ce que D.MARCELLI et N.CATHELIN nomme la « *fonction réfléchissante de la médiation* », réflexion permettant selon eux l'accès à l'« *altérité nécessaire au processus de reconnaissance de soi* »². Cela me fait penser au rôle du père qui fait tiers dans la relation dyadique mère-bébé. Et qui de ce fait va ouvrir l'enfant au monde et entraîner le début d'un processus de différenciation amenant à terme la reconnaissance de l'autre comme personne à part entière, avec des désirs propres et différents des siens.

Les médiations, comme nous l'avons vu précédemment peuvent également servir de support à la symbolisation car elles mettent en jeu un processus de transformation et d'intégration des vécus corporels.

Mais leur « intérêt thérapeutique »³ va dépendre, selon C.POTEL des capacités de compréhension, d'écoute, d'accueil des mouvements psycho-affectifs et corporels en séance et de l'élaboration du psychomotricien. Elle explique à quel point les thérapies à médiations et encore plus celles à médiations corporelles nécessitent un engagement important du soignant. Et effectivement c'est une donnée importante à prendre en compte en psychomotricité.

Dans la prise en charge incluant un médiateur, la spécificité du psychomotricien concerne le regard porté sur les grandes fonctions psychomotrices : rapport au tonus musculaire, au temps, à l'espace, à la latéralité, au corps réel et/ou imaginaire, à la coordination, à l'équilibre et aux vécus corporels des adolescents.

¹ DVD *Les enjeux de la séparation à l'adolescence*, un échange entre Nicole CATHELIN et Daniel MARCELLI

² Nicole CATHELIN et Daniel MARCELLI *Ces adolescents qui évitent de penser – Pour une théorie du soin avec médiation*, p11

³ C.POTEL *Corps brûlant, corps adolescents – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* ? p 103

c. La psychomotricité comme espace transitionnel

Il est intéressant de proposer aux adolescents un espace individuel, car la relation duelle permet un travail autour de l'intime rendu possible par l'utilisation des médiations (différent du travail du médecin et des infirmiers, où il y a toujours un tiers). L'intime tient une place importante à l'adolescence, sa quête signe la mise au travail de l'adolescent autour de la différenciation et de la séparation symbolique. D'où l'intérêt de pouvoir accompagner l'adolescent en lui offrant un espace adéquat.

Ce travail en individuel est d'autant plus possible de par la localisation de la salle de psychomotricité : elle est séparée des lieux de l'hospitalisation complète par un SAS. Elle n'est ni tout à fait externe au service, ni totalement intégrée non plus.

De plus, la psychomotricienne ne gère pas le quotidien et ne décide pas des sorties et des traitements. Ainsi, cela permet un travail avec l'adolescent sur l'adhésion thérapeutique hors de la contrainte du soin.

Cet espace transitionnel conduit donc à une triangulation avec l'équipe de soin : l'organisation des séances se fait en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, un retour des éléments importants qui se sont passés en séance est fait à l'équipe et en réunion clinique tout en préservant l'espace d'intimité créée en psychomotricité. Durant les séances, les adolescents sont sollicités pour exprimer sans crainte mais dans le respect leurs vécus autour de l'hospitalisation.

Le travail en psychomotricité permet également aux adolescents d'accéder à un espace imaginaire, plus accessible dans un espace transitionnel que dans les autres espaces de l'unité. D.W.WINNICOTT définit l'espace transitionnel comme l'espace de relation et de découverte sécurisée qui se construit entre l'environnement et l'enfant lui permettant de se construire et déployer sa créativité. La psychomotricité comme espace transitionnel offre donc la possibilité aux adolescents « de faire des expériences corporelles et psychiques reliant [...] monde interne et monde externe ». Les médecins par leurs prises de décision, et les infirmiers par le partage de la quotidienneté se situent, eux, davantage du côté de l'espace réel.

En ce sens, il me semble important de rajouter que le fait d'être du côté de l'espace imaginaire permet de se concentrer sur les vécus familiaux de l'adolescent, comment il se sent dans sa famille, ce qui le dérange et donc toucher du doigt la représentation qu'il peut avoir de sa famille.

C. UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE

1. Éléments de compréhension de l'histoire de Paul et contexte d'admission

Je rencontre Paul car la psychiatre du service pense à une prise en charge en psychomotricité pour lui et qu'il accepte ma proposition d'un travail autour de différents médiateurs afin de l'aider à réfléchir à ce qu'il se passe pour lui. En dehors de l'accompagnement quotidien des infirmiers, Paul sera suivi pendant son hospitalisation par la psychiatre de l'unité et par moi-même en psychomotricité.

Paul est un jeune adolescent de 12 ans, brun avec les cheveux mi- longs et les yeux marron. Il mesure 1,56 m pour 61 kg.

Il est admis au C.C.S.S.A par recommandation du psychiatre qui le suit en ambulatoire suite à sa déscolarisation depuis le mois de janvier.

a. Entretien d'admission

Paul semble satisfait d'être hospitalisé, ce qui est un cas assez rare dans l'institution et qui indique réellement ce besoin de protection et d'éloignement ainsi que d'un cadre cohérent et rassurant. Il mettra en avant le fait que la distanciation d'avec sa mère lui permet d'éviter les conflits. Le médecin rapporte qu'il se sent bien dans le service car dit-il « ici on ne me dit pas non tout le temps », ce qui pose la question du cadre éducatif mis en place par la mère et des relations qu'il entretient avec ses parents. La psychiatre remarque également un vécu persécutif en ce qui concerne sa relation à sa mère, à son frère et à l'ex-compagnon de sa mère : il raconte qu'ils lèveraient la main sur lui fréquemment.

De plus, l'équipe rencontre une mère qui serait inadaptée (ex : elle n'arriverait pas à poser les limites), excessive, fusionnelle et qui le giflerait souvent.

Son environnement et son quotidien semblent donc empreints de violence, de conflits et de débordements.

b. Anamnèse

Avant de rencontrer la mère de Paul son père a eu deux enfants, qui ont actuellement 32 et 40 ans. Paul ne les a pas vus depuis un petit moment.

Il a un grand frère, de deux ans son aîné. Celui-ci est né d'une fécondation in vitro au contraire de Paul qui est arrivé naturellement.

Les parents de Paul se séparent lorsqu'il a 4 ans et cela de manière violente. Ces violences, Paul y a d'ailleurs été exposé. Actuellement l'adolescent a très peu de contact avec son père qu'il décrit lui-même comme « alcoolique et agressif ».

Il devra faire avec plusieurs déménagements durant son enfance et le dernier en date était l'an passé.

Un suivi psychiatrique en ambulatoire est mis en place pour Paul durant ses années d'école primaire concernant des angoisses psychotiques (comportements ritualisés persistants et présence d'un ami imaginaire). Le départ à la retraite de son psychiatre entraîne un arrêt du suivi qui sera repris par un de ses confrères lorsque Paul est en CM2.

En 2007, sa mère rencontre un homme avec qui Paul semble ne pas bien s'entendre. Depuis un an environ, cet homme ne vit plus sous le même toit que Paul mais continue d'entretenir une relation avec la mère. Ce départ est à mettre en lien avec les difficultés rencontrées par cet homme aux vues des choix éducatifs faits par la mère.

Paul vit donc actuellement avec sa mère et son grand frère. Ce dernier n'est présent au domicile que le week-end, il est en internat la semaine.

Selon l'équipe, la mère semble être à l'origine de l'envoi du frère en internat car elle « n'en pouvait plus ». L'évaluation clinique a permis au psychiatre du service et à l'équipe de comprendre la relation que la mère entretient avec ses enfants et il semblerait qu'elle ait des difficultés à penser ses deux enfants en même temps, ce serait soit l'un soit l'autre.

La mère a effectué une demande d'aide éducative à domicile (AED) car elle se trouvait en difficulté avec son aîné. L'éducatrice étant en arrêt maladie, l'équipe n'a pas pu en savoir d'avantage concernant les modalités de mise en place de cette aide.

c. Les motifs de son arrivée au C.C.S.S.A

Paul semble avoir des difficultés dans la relation à l'autre et plus particulièrement avec sa mère et ses pairs au collège. Sa déscolarisation serait à mettre en lien avec des moqueries sur son physique et son comportement impulsif dont il ferait l'objet depuis la rentrée 2012. Cela par le leader d'un groupe de collégien et malgré un changement de classe.

Paul évitera le collège dans un premier temps se plaignant de maux de ventre auprès de sa mère puis il finira par lui raconter ce qu'il se passe au collège et ce qui l'inquiète. Il semblerait qu'il y ait des manifestations de type psychosomatique sous-jacentes telles que les maux de ventre, les vomissements, les troubles du sommeil.

L'hospitalisation de Paul est motivée par l'évaluation des éléments psychopathologiques qui sous-tendent son évitement scolaire et ses antécédents.

2. Le séjour de Paul au C.C.S.S.A

a. Paul en relation avec ses pairs et l'équipe soignante

Il utilise beaucoup les règles de l'unité qu'il connaît par cœur (ce qui m'évoque la notion de cadre rassurant et contenant) et les transpose dans différents espaces : lors de la réunion soignants-soignés, et de visites médiatisées avec sa mère par exemple. Dans le quotidien, il a de grandes difficultés à les respecter en lien avec les rivalités ressenties auprès de ses pairs. De plus, nous pouvons entendre la nécessité pour lui de tester le cadre de l'unité ainsi que la fiabilité de l'adulte. Cette expérience lui a permis d'intégrer quelque chose du côté du sens des règles collectives qui protègent et étayent à l'opposé de ce qu'il vit au domicile.

La mère ayant des difficultés à poser des limites stables et à tenir un cadre homogène, les règles ne sont maniées que du côté de la rivalité.

L'équipe me relate que Paul paraît avoir tissé une relation avec une autre jeune du service, et un soir il va y avoir un incident entre eux. Paul l'aurait prise à la gorge suite à un refus de la part de l'adolescente. Paul n'a pas pu maîtriser ses émotions et sa tension interne l'a débordé.

Il y a eu de la violence entre les deux adolescents ce qui a obligé l'équipe à poser un temps en chambre jusqu'au lendemain matin.

Ce qui ressort de cet incident est l'intolérance de Paul concernant les droits des autres par rapport aux siens. Il verbalisera à l'équipe que cela lui rappelle le collège et plus particulièrement les insultes et les moqueries dont il est l'objet. Il semble que quelque chose se joue pour lui du côté de la rivalité fraternelle avec les autres adolescents du centre, qui se rejoue également avec ses pairs au collège.

L'équipe observera d'ailleurs une alternance de mouvements d'effondrement narcissique, de dévalorisation avec des mouvements de toute puissance imaginaire. Je pense que cette toute puissance imaginaire serait à mettre en lien avec le climat violent et carencé dans lequel Paul semble avoir vécu. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, pour ne plus avoir à subir cette violence, un des moyens qu'il a mis en place pour se protéger inconsciemment est d'être dans l'agir, afin de la maîtriser.

Sa violence est présente également au domicile (crises clastiques fréquentes) et je fais le parallèle avec la théorie des «tyrans familiaux»¹ développé antérieurement. De plus lorsque D.MARCELLI et A.BRACONNIER abordent le profil psychopathologique de l'adolescent « tyran », des éléments me font penser à la situation de Paul : liens dyadiques, relation fusionnelle à la mère, difficulté de séparation, absence d'exigence concernant l'éducation, absence de figure paternelle et exigences de toute puissance.

b. Première rencontre

Je vois Paul pour la première fois lorsque je participe au groupe de parole animé par la psychomotricienne, la psychologue et l'éducatrice du service. Il se trouve dans une posture en fermeture (assis sur une chaise, enroulé sur lui-même, le dos courbé et la tête en direction du sol) et ne parlera pas pendant le temps du groupe. Rétrospectivement, je pense qu'il se trouve à ce moment-là avec un groupe plus âgé, proche de la sortie et qui a donc bien investi l'hospitalisation alors que lui est là depuis seulement quelques jours.

¹ D.MARCELLI & A.BRACONNIER *Adolescence et psychopathologie* p117

Notre premier échange verbal se fait lorsque je vais proposer à Paul une prise en charge en psychomotricité et lui expose les modalités de ce travail. Il me semble toute de suite intéressé par ce que je lui propose et nous fixons un rendez-vous rapidement. Il est alors présent dans le service depuis une semaine.

3. La prise en charge de Paul en psychomotricité

L'indication d'une prise en charge en psychomotricité pour Paul prend tout son sens au vu des éléments exposés ci-dessus. Il me semble important de passer par l'intermédiaire de médiateurs afin de faire tiers dans la relation et de lui donner un support qui permette la mise en mots, en liens (avec des éléments de son histoire), et la symbolisation. Ensuite concernant les manifestations de type psychosomatiques, l'approche psychomotrice pourra permettre de faire des liens au niveau de son corps réel, entre ses manifestations corporelles et son état d'anxiété.

Je vais m'inscrire dans la dynamique de travail et d'évaluation en psychomotricité citée précédemment. Je vais rencontrer Paul sur des temps d'environ 1h, la psychomotricienne assistant aux séances en tant qu'observatrice.

Ma rencontre avec Paul s'est déroulée sur quatre séances et en l'espace de neuf jours. C'est un élément important à préciser et à mettre en lien avec la temporalité de l'institution qui ne permet l'établissement que d'une prise en charge de courte durée (mais peut permettre de repérer les demandes, les besoins et d'orienter en fonction).

Elles vont être organisées en trois temps : un premier temps où nous échangeons et durant lequel je demande à Paul comment il se sent et la date du jour, ce qui permet de l'inscrire dans le temps réel tout en évaluant ses repères temporels. Un second où nous réfléchissons ensemble à une activité en lien avec les enjeux dégagés et nous la mettons en place. Une dernière durant laquelle nous reprenons ce qui s'est produit et vécu lors de l'activité, ce qui a été exprimé et je tente de guider Paul dans la mise en lien de ses affects et/ ou représentations avec certains éléments de son histoire personnelle.

Lors de ces temps en début et en fin de séance, Paul s'assoie toujours sur la même boule d'équilibre.

Il la comparera d'ailleurs à celle du cirque et pourra me dire qu'il la trouve « plus molle » et « agréable ». Cela coïncide avec le moment où il est en train de s'enfoncer dedans, d'expérimenter la manière dont l'objet réagit par rapport aux mouvements qu'il y imprime. J'ai l'impression que les caractéristiques de la boule d'équilibre ont permis d'accueillir ses mouvements corporels et psychiques et de les accompagner, de manière souple mais résistante. C'est sur cette boule d'équilibre que va se manifester corporellement dans un premier temps la tension interne de Paul, puis au fil de ces quatre séances un relâchement avec une diminution de l'agitation.

Durant notre première rencontre, j'explique à Paul le travail qu'il va être possible de faire ensemble en psychomotricité. Je lui demande également s'il veut bien se présenter, et me raconter un peu les raisons de son hospitalisation. C'est aussi lors de ce moment que j'énonce le cadre dans lequel va se dérouler notre rencontre et étant donné son comportement dans le service, c'est un élément très important.

L'objectif de cette première rencontre va être de faire émerger une demande de la part de l'adolescent, et également de dégager des axes de travail pour y répondre.

De plus, ce temps privilégié en début de séance va s'étendre sur la totalité de celle-ci. Paul commence à me raconter ce qu'il aime faire de ses moments libres et les activités qui rythment son quotidien. Tout en ayant un cheminement de pensée cohérent, je vais alors rapidement me rendre compte qu'il parle beaucoup. J'ai la sensation d'être happée par son discours et que les idées fusent dans sa tête. Je décide donc à ce moment-là de contenir ce déploiement d'idées en lui posant quelques questions. Je lui signifie qu'il n'est pas obligé d'y répondre.

Dans ces moments de crise et de bouleversements, nous avons vu précédemment l'importance du respect du rythme du jeune car cela peut réactiver des traumatismes et donc les fragiliser d'avantage. D'un côté, il ne faut pas le forcer à nous donner des informations qu'il n'est peut-être pas encore prêt à partager, ni d'autre part le laisser se déverser sans limite.

Ainsi, Paul pourra me dire qu'il ne souhaite pas aborder ses difficultés à l'école, ni les conflits à l'intérieur du service. Je pense qu'il a conscience de ses difficultés, et que ce refus serait plutôt à mettre en lien avec une peur de jugement de ma part. Jugement qui risquerait de l'attaquer narcissiquement et d'attaquer également le lien qu'il est en train d'investir.

L'attaque me fait d'ailleurs penser au judo, sport qu'il a arrêté car il y avait eu un conflit avec un autre élève et une transgression des règles.

Au foot, ce type d'expériences avec les autres s'est reproduit : il n'arrivait pas à choisir à qui faire la passe entre ses camarades, ce qui amenait souvent des conflits de loyauté et de rivalité au sein de l'équipe. Je pense que cela pourrait être en lien avec la difficulté de la mère à penser à ses deux enfants en même temps et à l'absence de tiers dans la relation avec celle-ci. Cela rend difficile l'intégration de cette notion et pourrait expliquer la difficulté de Paul à faire des choix. Depuis peu il s'est mis au Karaté, sport qu'il exerce pour « se défendre et maigrir » me dit-il. Mais se défendre contre qui ? Et pourquoi ?

Nous sommes conduits à aborder un élément qui revient régulièrement dans la vie quotidienne de Paul : **la violence**, celle de son grand frère envers lui, de son oncle, des jeux vidéo auxquels il joue trop, des séries qu'il regarde pendant des heures, de sa mère (j'ai ce dernier élément par l'intermédiaire de l'équipe) mais aussi la sienne.

Nous échangerons à deux reprises sur ce sujet. Le fait qu'il puisse verbaliser qu'il est satisfait d'être ici montre combien ce jeune adolescent a besoin d'être protégé. Forcément devant moi il s'en défend, ces jeux ne sont pas violents pour lui mais seulement « plus technique ». De plus sa mère accepte qu'il joue à des jeux interdits au moins de dix-huit ans. Je me permets de poser le fait que des images peuvent heurter la sensibilité de certains et que les interdictions ne sont pas là pour rien mais je n'ai pas l'impression qu'il m'entende.

De plus il y passe un temps excessif et plus particulièrement lors de sa déscolarisation. Cela m'amène à m'interroger sur l'intérêt conscient ou non qu'il y trouve : moyen d'exprimer son agressivité, combler un manque, l'attente mais aussi peut-être se plonger dans les jeux vidéo pour éviter de penser car la réalité est trop difficile à supporter. Selon D.MARCELLI et A.BRACONNIER, « l'écran offre l'illusion »¹ c'est-à-dire qu'il permet à l'adolescent de se détacher du temps et de l'espace réel (le jeu permet de mourir et de renaître par exemple) mais aussi de pouvoir franchir toutes les limites (dans le cas de Paul les limites de la violence essentiellement) et de disposer de possibilités infinies. S.TISSERON a également parlé de l'impact dangereux des jeux vidéo sur le sujet, ils entraînent selon lui une confusion entre réel et imaginaire mais également un repli sur soi². De plus Paul me disait avoir besoin d'un ordinateur quasiment vide qui aille vite pour pouvoir jouer aux jeux en ligne.

¹ A.BRACONNIER D.MARCELLI *Adolescence et psychopathologie* p 418

² Bertrand SEYS, « Place et rôle des usages des jeux vidéo et d'internet dans la souffrance psychologique », *Les Cahiers du numérique*

J'associe cela à la théorie de D.MARCELLI et A.BRACONNIER selon laquelle « la vitesse étaye, canalise, et entretient l'excitation pulsionnelle qui menace constamment l'adolescent de débordement »¹. Enfin ce goût prononcé pour les jeux vidéo peut être rapproché des conduites addictives dont nous avons parlé antérieurement.

Cette « passion » pour les jeux vidéo, il le partage avec son frère de 14 ans. Il y a une rivalité importante entre eux couplée parfois à de la violence physique. Je suis surprise par le fait qu'ils puissent jouer en ligne ensemble mais dans deux pièces différentes de la maison et en étant en lien par téléphone. Cela m'interroge sur la nécessité d'un tiers (écran ou jeu lui-même) pour être en relation avec l'Autre. J'ai l'impression que Paul idéalise son frère et ses capacités (pouvoir jouer à un jeu vidéo en étant sur Skype et en regardant la télévision) et son matériel qui est plus performant que le sien. Sa mère leur aurait dit que si l'un possédait quelque chose l'autre l'aurait également mais elle ne le tient pas. Paul est donc dans une rivalité permanente avec son frère, ce qui se répercute selon moi sur sa relation aux autres et en particulier ses pairs.

Je remarque d'ailleurs au cours de nos rencontres (et c'est également en lien avec ce qu'il se passe dans l'unité) qu'il accorde énormément d'importance à ses droits, et peut être même plus qu'à ses envies et ses besoins. Lors du récit de sa sortie promenade avec sa mère et son frère, ce qui ressort de manière exclusive est qu'il avait droit à deux sorties « comme les autres adolescents » donc il les a demandé. A aucun moment et malgré mes sollicitations, il exprime une émotion ou un sentiment vis-à-vis de cette sortie.

Il me parlera très peu de son père, de sa relation avec lui, et de la famille du côté paternel. J'ai l'impression qu'il est peu présent dans sa vie. Paul fera par contre le lien lors d'une activité déployée ensemble, entre nos passes contre le mur avec un ballon souple et le Beach volley que son père pratiquait avant qu'il ne soit blessé. La séance se termine et nous n'échangerons pas d'avantage sur ce sujet.

Je m'interroge sur le fait que Paul aurait peut-être manqué d'un tiers séparateur, qui lui aurait permis de se détacher de sa mère. L'évaluation clinique a montré que la mère avait du mal à penser à ses deux enfants en même temps et également à se séparer d'eux. Nous pouvons nous imaginer une possible difficulté de la mère à laisser une place au père. Elle continue donc d'entretenir une relation fusionnelle avec son fils.

¹ A.BRACONNIER D.MARCELLI *Adolescence et psychopathologie* p 418

C.POTEL explique très bien qu'il y a deux conditions pour que la triangulation de la relation soit possible, la première « *que dans la tête de la mère il existe un autre – cet autre étant dans la plus banale des situations, le père* » et qu'elle lui laisse la place dans cette relation. Mais également « *que cet autre soit prêt à jouer son rôle séparateur dans la dyade mère-enfant* ». Il me semble que le cadre institutionnel, celui posé en psychomotricité ainsi que la place de la psychomotricienne en tant qu'observatrice durant les séances a été bénéfique et a contribué à ce qu'il puisse se vivre comme une personne à part entière avec des désirs propres. Cela illustre bien la notion de tiers du cadre à laquelle nous nous sommes intéressés antérieurement.

Au fil du temps, les moments d'échange du début de la séance vont être de plus en plus succincts et Paul souhaitera enchaîner rapidement sur les activités. Celles-ci seront mises en place sur les trois dernières séances. J'accompagne Paul dans la construction des jeux sans l'influencer puisque le choix de l'activité et la manière dont il la déploie raconte quelque chose de lui, de ce qu'il est. Paul témoigne alors d'une grande créativité. Elle se manifeste dans les stratégies, les solutions qu'il trouve aux problèmes rencontrés. Paul supporte l'échec et rebondit, pense à de nouvelles solutions. Selon WINNICOTT, dans un cadre thérapeutique, si les conditions de confiance sont établies, alors « l'activité créative, physique et mentale manifestée dans le jeu »¹ ainsi que les éléments que le thérapeute va renvoyer en retour au patient par rapport aux expériences vécues, vont permettre à l'individu d'« exister comme unité » et de renforcer « son sentiment de soi ».

Au départ Paul est dans la retenue, il est très prudent, et fait attention à moi et au matériel. Depuis le début de cette prise en charge plane la crainte de ne pas pouvoir le canaliser et le contenir s'il déborde, et le fait de voir qu'il est au clair avec le cadre me renforce.

Plus tard je me permettrais de l'autoriser à se laisser un peu plus aller, et le choix de l'activité va refléter l'intégration de mes paroles puisqu'il frappera sur le matelas avec des gants de protection puis avec un bâton en plastique. A ce moment-là, il est important de mettre du tiers, je m'appuie donc sur le temps : séries de 1 min, puis temps de récupération. Paul reste dans la relation, me regarde souvent et je l'encourage à exprimer ce qu'il ressent le plus possible. Pense-t-il à quelqu'un, un éventuel destinataire, par rapport à l'agressivité qu'il déploie lorsqu'il frappe sur ce matelas ?

¹D.W. WINNICOTT *Jeu et Réalité* § La créativité et ses origines

Je lui propose d'utiliser la craie qui me semble un support intéressant permettant la symbolisation. Je le sens hésiter, sûrement par peur de jugement mais aussi par maîtrise et peur du débordement. Il dessinera finalement un collégien qu'il « déteste », et qu'il situe comme à l'origine de tous ses ennuis. Au moment où il rajoute de la craie rouge et me lance « je l'ai tué », je me questionne sur le fait que la frontière entre réel et imaginaire est bien claire pour lui. Lorsque nous échangeons à ce sujet à la fin de l'activité, il me semble pouvoir discriminer les deux dans l'après-coup alors que pris dans l'action cela semble plus confus.

Lors de la dernière séance, nous allons mettre en place un jeu où il faut viser dans un cerceau. Sans que je le sollicite, Paul va mettre en place des difficultés supplémentaires : rajouter un cerceau tenu en l'air, se reculer et compter les points. Il investit la relation, le jeu et l'espace de la salle. Ses mouvements sont précis et bien coordonnés. De plus, il n'est pas du tout dans la rivalité : les places de chacun sont clairement définies pour lui, il a accès à la différence des générations (ce qui met de plus en plus à distance la persistance d'éléments de type psychotique chez Paul). Il peut également me dire qu'il aime la compétition : avoir des personnes en face plus forte parce que ça le fait progresser. Nous aborderons ensemble la notion d'agressivité dite « positive » développée dans le chapitre précédent, qui permet de s'affirmer, s'autonomiser, de mettre en place des défis et de les remporter.

Il est important par ailleurs qu'il fasse la différence entre ce qu'il a exprimé dans la séance qui est de l'ordre de l'agressivité et ce qui peut parfois le déborder qui serait plus en lien avec de la violence. Nous en avons donné les définitions dans la partie précédente.

C'est également ce qui différencie le passage par l'acte et le passage à l'acte, la psychomotricité permettant de remettre du sens sur les actes comme nous avons pu le voir antérieurement.

Rétrospectivement, je pense que Paul avait besoin d'être rassuré sur ce qu'il venait d'exprimer. La crainte d'un possible débordement a dû être perçue, ne lui permettant pas de se sentir assez en sécurité pour déployer pleinement son agressivité. En effet, de nombreux tics faciaux sont apparus lorsque nous avons abordé cette notion et j'ai eu l'impression à ce moment-là d'une maîtrise de sa tension interne.

Je l'ai néanmoins valorisé concernant son investissement en psychomotricité. Il s'est finalement saisi de ce que j'ai pu lui dire sur l'agressivité puisqu'il a fait une association avec une partie de ping-pong faite entre lui et un adolescent du service.

Il m'a semblé important de lui conseiller de continuer à garder des espaces pour lui, afin de pouvoir exprimer ses ressentis et son agressivité. Je pense que cela pourra lui permettre d'éviter qu'à trop tenter de la contenir sans la transformer elle ne le déborde sous forme de violence.

4. Conclusions

a. De sa prise en charge en psychomotricité

Ces quatre rencontres lui ont apporté quelques outils pour prendre conscience de ce qu'il ressent afin de mieux le gérer. Il a été réellement au travail durant cette hospitalisation même si la durée de nos rencontres a été courte. Il a investi la relation et le cadre, ce qui lui a permis de faire des propositions d'activités et de les construire tout en se confrontant à ses difficultés pour faire des choix. Son engagement pourrait être en lien avec le fait que la prise en charge en psychomotricité est individuelle (alors que le reste se fait en collectivité), utilise des médiateurs et que la salle de psychomotricité est un espace un peu à part dans le service, un espace transitionnel où l'adolescent n'est pas sous la contrainte du soin.

De plus, il a fait beaucoup d'associations avec ce qu'il avait pu vivre avant et a pu prendre conscience à minima de ses difficultés.

L'approche psychomotrice a permis d'aborder la question de l'agressivité et de la violence ainsi que la différence entre le réel et l'imaginaire mais également l'expression des émotions en lien avec son histoire.

Ces éléments ont permis d'évaluer que la rivalité touchait essentiellement les pairs et qu'il n'y avait pas de confusion des sexes et des générations. De plus nous avons remarqué qu'il ne réagissait pas de la même manière en fonction des espaces, ce qui a écarté l'hypothèse d'une persistance d'éléments psychotiques et a donc évité une mise sous traitement.

Ensuite l'agitation, la pratique du Karaté ainsi que l'investissement du cadre de l'unité pourrait être en lien avec une fragilité des enveloppes corporelle et psychique, il serait donc en recherche de dur dans le corps (par le renforcement musculaire) et d'un tout autour étayant (le cadre de l'institution).

b. De son hospitalisation

Il me semble que la contenance de l'institution et le cadre stricte lui a été bénéfique, lui permettant une rupture avec son quotidien pour se recentrer un peu plus sur lui. L'apprentissage par cœur des règles de l'unité indique de manière assez importante son besoin de cadre et de limites, et montre aussi qu'il en manque au domicile.

Ce qui s'est joué dans les différents espaces de l'institution : avec les infirmiers, le médecin et en psychomotricité, a permis d'évaluer plusieurs choses. D'une part, l'équipe a observé une relation fusionnelle avec la mère et nous pouvons alors faire l'hypothèse que le seul moyen pour se détacher de cette mère est de s'en arracher, ce qui inclut forcément de la violence. D'autre part, comme nous avons pu le voir dans la troisième partie, la violence et la carence présentent depuis l'enfance dans la cellule familiale peuvent-être également une indication concernant la violence dont fait preuve Paul aujourd'hui. L'impossibilité de la mère à penser à ses deux enfants semble être à l'origine de la rivalité entre Paul et son frère, qui se rejouera avec les pairs au collège et dans l'unité. Il me semble important de rajouter que l'hospitalisation a permis à la mère une prise de conscience de la dynamique familiale et de la souffrance de Paul par rapport à sa relation avec elle et son frère.

Il reste néanmoins beaucoup de questions en suspens et la temporalité de l'institution fait que tout se déroule rapidement. L'objectif est de « déblayer le terrain », de faire bouger les choses pour l'adolescent au moment de la crise et lui donner des outils pour exprimer autrement ce qu'il ressent que par le passage à l'acte, l'hétéro/auto agressivité, le repli relationnel etc.

5. Et après...

Un projet d'internat en ITEP avait été pensé récemment par le psychiatre qui le suit en ambulatoire. De plus cette hospitalisation a été l'occasion d'une séparation provisoire entre Paul et sa mère. Elle a permis à l'équipe de reprendre la question de l'orientation avec eux, et de les amener à comprendre l'intérêt d'un éloignement du domicile la semaine.

Ensuite, je pense qu'une prise en charge en psychomotricité à plus long terme serait intéressante et adaptée pour Paul.

En premier lieu, elle lui offrirait un espace thérapeutique qui tienne dans la durée avec un cadre sécurisé, fiable et en dehors de toute rivalité et de toute relation fusionnelle. Paul pourrait alors investir le cadre, le tester, et faire l'expérience à plus long terme de la fiabilité des adultes puisque ses carences affectives et éducatives ne lui ont pas permis d'intégrer des repères essentiels. En effet, le psychomotricien va pouvoir accompagner Paul par l'intermédiaire du jeu dans l'élaboration de ses vécus et de repères plus solides qui lui serviront d'appuis durant cette période.

Il serait aussi important d'amener ce jeune adolescent à prendre conscience de la violence des jeux vidéo et de l'impact que cela peut avoir sur son psychisme et sur ses capacités créatives. Dans une continuité et en dehors de toute rivalité, la question des affects, du plaisir et de l'écoute de soi pourrait être abordée. Ensuite, au travers des expériences corporelles Paul aurait peu à peu la possibilité de prendre conscience de ses vécus et de ses ressentis dans l'optique de mieux les gérer. Cet espace serait donc l'occasion pour Paul d'exprimer son agressivité car il bénéficierait d'un accompagnement adéquat pour comprendre et se faire une représentation des événements qui ont pu le faire souffrir. Cela pourrait alors progressivement l'apaiser et diminuer ses accès de violence. L'accueil de ses vécus difficiles et la remobilisation des liens corps-affects-psyché – moyen adapté pour réenclencher les processus de pensée – pourrait l'amener à sortir petit à petit de son enfermement dans les jeux vidéo.

Des expériences contenantantes et régressives avec un appui psychique et corporel du thérapeute (de type Moi-auxiliaire) lui permettrait une découverte de lui-même et d'un sentiment continu d'existence en dehors de son entourage. Il pourrait faire l'expérience d'exister pour lui, avec ses propres désirs, ses propres envies en n'étant plus dans l'obligation de recourir à des moyens tels que la déscolarisation pour s'affirmer et être reconnu comme une personne à part entière. Pour cela, il serait nécessaire d'axer la prise en charge sur un renforcement des enveloppes corporelles et psychiques qui semblent fragiles tout en soutenant la confiance et l'estime de soi de manière à consolider ses assises narcissiques.

Le psychomotricien aurait en quelque sorte un rôle de "suppléance" du milieu familial qui est inadaptée dans le cas de Paul et manque de contenance et de sécurité pour lui servir de point d'appui durant cette période. Il est encore à la préadolescence et en lien avec la deuxième partie, il me semblerait pertinent que Paul puisse être accompagné pendant cette transition difficile qu'est l'adolescence remettant sur le devant de la scène les failles de la prime enfance. De plus la psychomotricité pourra l'aider dans la construction et l'éprouvé de ressources internes solides ainsi que dans la prise de conscience des liens de dépendance qu'il entretient. Tout ceci lui permettant de soutenir son processus d'individuation et de séparation d'avec son groupe familial afin d'éviter une rupture des liens. Il serait important également d'aborder ses vécus autour de sa relation avec son père qui est censé représenter la loi et l'autorité, le cadre. En effet, la psychomotricité a la possibilité de se dégager des « parents réels » pour porter attention à la représentation et aux vécus de l'adolescent concernant les parents qu'il a « dans sa tête ».

Les changements et les progrès de l'adolescent au cours de la prise en charge vont avoir un impact sur la dynamique familiale en la remobilisant. Il est donc important que la famille effectue un travail de son côté et soit suivie dans le passage de l'adolescence. Ceci d'une part afin que les différentes intégrations qui ont pu être faites par l'adolescent au travers de la prise en charge en psychomotricité puissent être utilisables au dehors, et servir d'outils au quotidien. Et d'autre part, que le tiers institutionnel permette de réengager la communication et l'échange afin que les relations entre parents et adolescents soient moins destructurantes, désorganisantes et sur le point de se rompre.

Enfin, concernant le travail familial en institution, j'ai pu remarquer que certaines situations – en particulier les vignettes que je vous ai présentées – nécessitaient plusieurs hospitalisations afin de faire bouger la cellule familiale et que les choses évoluent. En effet l'adolescence remet à jour des situations ancrées depuis de nombreuses années, l'adolescent étant fréquemment le « porte drapeau » d'une souffrance familiale pour laquelle il demande à être aidé.

Notons que l'institution reste disponible à l'adolescent après sa sortie et certains ayant investi l'hospitalisation rappellent lorsqu'ils sentent que ça ne va pas. De part ces fonctions de contenance, de tiers et de protection, l'institution reste une porte de secours et offre donc un autre moyen aux adolescents que le passage à l'acte.

En conclusion de cette dernière partie, cette citation de F.JOLY clos parfaitement mon propos sur ma vision de la psychomotricité auprès de ces adolescents : la psychomotricité par l'intermédiaire des expériences corporelles et du jeu « *ne néglige ni la question des apprentissages, ni celle du développement des compétences sensori-motrices et cognitives mais l'intègre toujours au sein d'une pleine expérience ludique via la mise en jeu d'une interaction transformatrice, où le thérapeute d'abord "interlocuteur transitionnel" pourra peu à peu être intériorisé comme interlocuteur interne soutien de la fonction contenante et de la **fonction transitionnelle**.* »¹ Sous entendue qui fait pont entre les vécus et les représentations, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, et enfin entre le corps et la psyché.

¹ F.JOLY « Le travail du jouer et ses déclinaisons » inclus dans *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°124

CONCLUSION

L'adolescence est un passage, une transition riche et complexe au niveau des transformations qu'elle entraîne. Lorsque le sujet entre dans l'adolescence, il est pris dans ce tourbillon auquel il ne comprend pas grand-chose, et surtout sur lequel il ne peut pas agir. Nous avons vu aussi que ce tourbillon affecte et déstabilise l'environnement familial qui l'entoure. Par ailleurs, passer par l'acte et par le corporel à l'adolescence sera un des moyens privilégiés de l'individu afin de se réapproprier son corps et de maîtriser ce qui s'y passe.

Toutefois, les différents cas amenés dans cet écrit montrent que les passages par l'acte peuvent laisser place aux passages à l'acte qui court-circuitent alors la symbolisation et précipitent l'adolescent dans un cycle infernal dont il a besoin d'aide pour se sortir. Ces éléments impliquent le groupe familial qui peut se retrouver dans une impasse et avoir également besoin d'un soutien extérieur afin d'apporter une aide adaptée à leur adolescent.

L'institution, dans laquelle s'exerce la psychomotricité, accueille et prend en charge la famille afin de redynamiser les relations et de mettre en place un travail familial. Cela donne au psychomotricien la possibilité de se positionner en complémentarité. Il peut alors porter son attention sur l'adolescent dans sa globalité, sur ses vécus et ressentis concernant son environnement familial ainsi que sur la représentation qu'il peut en avoir. Nous avons vu que dans ce moment de crise et de grande souffrance, l'expérience corporelle et le jeu vont permettre de faire un détour en n'attaquant pas « de front » la problématique de l'adolescent. De plus, nous savons que le passage à l'acte et la souffrance font échouer les processus de symbolisation et conduisent à la mise à distance des affects. En ce sens passer par l'acte au travers des médiations peut permettre à l'adolescent de refaire le lien entre son corps, ses affects et son psychisme sans se sentir intrusé. Enfin, la disponibilité psychique, la bienveillance et l'investissement corporel dont va faire preuve le psychomotricien dans l'expérience en relation soutiendra l'adolescent dans sa réflexion et dans sa prise de conscience des événements qui ont pu le désorganiser.

En lien avec mon expérience de stage au C.C.S.S.A je me suis intéressée spécifiquement à des adolescents très en difficulté, ayant des situations familiales complexes et assez extrêmes. Cependant j'ai choisi de mettre en avant ces contenus théoriques dans une optique plus générale pour qu'ils puissent apporter des éléments de compréhension en vue d'un travail avec des adolescents utilisant les agirs sans être forcément en situation de crise.

En effet, j'ai effectué mon autre stage dans une Maison d'Enfants à Caractère Social qui accueille des adolescents présentant d'importantes problématiques familiales. Il me semblerait pertinent de prendre appui sur ces recherches pour envisager l'amont de la crise. Ainsi une prise en charge en psychomotricité pourrait leur permettre d'accéder à un espace d'expérience qui leur serait propre afin de les soutenir dans leur individuation et dans ce passage qu'est l'adolescence. La psychomotricité, comme thérapie à médiation corporelle, serait l'occasion de mettre en jeu leur corps en relation en leur donnant la possibilité de trouver des réponses différentes. En effet, il serait peut-être également possible d'appréhender leurs états de souffrances, de les entendre et de leur offrir un espace de réflexion et d'écoute évitant alors qu'ils aient à passer à l'acte pour « appeler à l'aide ».

Cet écrit est l'aboutissement de mes questionnements concernant ces adolescents en souffrance, concernant ma pratique en tant que stagiaire tout au long de cette année ainsi que mes réflexions sur la dimension particulière d'une approche en psychomotricité avec ces jeunes. Ce travail m'a permis de prendre conscience de la nécessité des allers-retours permanents entre la théorie et la pratique, de l'importance des échanges entre les différents professionnels et de l'aspect incontournable d'une réflexion personnelle concernant notre statut et notre identité de psychomotricien.

« Je me sens comme le passeur du guet, qui aide au franchissement du torrent. Les rives sont plus ou moins éloignées, les flots plus ou moins tumultueux. Il faut parfois attendre tranquillement que l'orage cesse de gronder. Il faut parfois ramer plus vite pour franchir les tourbillons. Reculer pour mieux avancer est parfois utile, voire nécessaire. Gagner la terre ferme prend du temps. Je suis le passeur du guet, mon radeau est un appui et je l'espère solide pour mes passagers que sont les adolescents. »

Catherine POTEL

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET JEAN, *Psychologie pathologique théorique et clinique*, 10^{ème} édition, Masson, 2008

BRANCHARD LAURENT et PIRLOT GERARD, « De la violence à l'agressivité, du passage à l'acte à la mise en acte, du groupe au sujet », inclus dans *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* n°56 p 201-214 ERES 2011

CHARRON CAMILO & all, *La psychologie de A à Z – 500 mots pour comprendre*, Ed Dunot, 2007

CICCONNE ALBERT, Dossier « Le concept de fonction contenante » inclus dans *Santé Mentale* n°135, 2009

DELPY CATHERINE-JULIET, « Entre 2 et 3 ans : l'adolescence de la prime enfance », inclus dans *L'enfant de 2 ans est-il un élève ?*, Ed ERES, 2005

GOLSE BERNARD « L'adolescent tout seul, cela n'existe pas » inclus dans *Dialogue* n°198 p19-29, Ed Eres, 2012

HOUZEL DIDIER « Les axes de la parentalité » inclus dans *Les cahiers de Rhizome : de l'exil à la précarité contemporaine, difficile parentalité* n°39, 2009 édité par l'ONSMP-ORSPERE

JEAMMET PHILIPPE, *Pour nos ados, soyons adultes*, Ed Odile Jacob, 2010

JEAMMET PHILIPPE & BOCHEREAU DENIS, *La souffrance des adolescents - Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge*, Ed La découverte, 2007

JOLY FABIEN « Le travail du jouer et ses déclinaisons » inclus dans *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°124, 2000

KESTEMBERG EVELYNE, *L'adolescence à vif*, Ed Puf, 1999 (1^{er} § « Identité et identifications »)

LAPLANCHE JEAN & PONTALIS JEAN-BERTRAND, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5^{ème} édition, Puf, 2007

LATOUR ANNE- MARIE, MOYANO OLIVIER, RODRIGUEZ MARC et all. Conférence sur *Le passage à l'acte*, 17/09/12 à Bordeaux, Association Corps et Psyché

LE BRETON DAVID conférence/débat, *Adolescence: risques de passage*, 19/02/13 à Talence

LEBRUN CAROLINE « Le corps familial au risque du pubertaire » inclus dans *Dialogue* n°198 p69-79, Ed Eres, 2012

- LEGENDTRE MANON, *A l'adolescence, le corps fait du bruit: le problème du corps à l'adolescence – Une expérience psychomotrice auprès de jeune en ITEP*, Mémoire de Psychomotricité 2011
- LEMAY MICHEL, *J'ai mal à ma mère*, Ed Fleurus, 2001 (p15)
- MARCELLI DANIEL & BRACONNIER ALAIN, *Adolescence et psychopathologie*, 7^{ème} édition, Masson, 2008
- MARCELLI DANIEL & CATHELINE NICOLE *Les enjeux de la séparation à l'adolescence*, DVD, collection Parole Donnée, 2002.
- MARCELLI DANIEL avec la collaboration de COHEN DAVID, *Enfance et Psychopathologie*, 7^{ème} édition, Masson, 2006
- MARCELLI DANIEL & CATHELINE NICOLE *Ces adolescents qui évitent de penser – Pour une théorie du soin avec médiation* Ed ERES, 2011
- MOULINIE NOEMIE *Au travers d'une quête de l'identité, un chemin vers l'autonomie: en quoi une prise en charge psychomotrice peut servir la cause de l'autonomie, enjeu de l'adolescence*, Mémoire de Psychomotricité 2011
- POMMEREAU XAVIER, *Quand l'adolescent va mal – L'écouter, le comprendre et l'aimer*, Ed J'ai lu, 2009
- POTEL CATHERINE, *La psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2^{ème} édition actualisée, In press, 2010
- POTEL CATHERINE, *Corps brulant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?*, Ed Eres, 2006
- PRETOT MERINE, *Je souffre donc je suis! – Approche psychomotrice des comportements autodestructeurs de l'adolescent, en lien avec les premières relations* Mémoire en psychomotricité 2002
- OSTERRIETH PATRICK, *L'enfant et la famille*, Ed Scarabée, 1963
- RAOULT PATRICK ANGE « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte » issu du *Bulletin de Psychologie* n°481 p7-16, 2006
- RAVEL SARROLA MARYSE & FRANCOIS CHRISTINE *Prendre corps à l'adolescence, l'inédit d'une métamorphose*, DVD, collection Parole Donnée, 2009

SEYS BERTRAND, « Place et rôle des usages des jeux vidéo et d'internet dans la souffrance psychologique », inclus dans *Les Cahiers du numérique* p. 117-134, 2003/2 Vol. 4.

STERN DANIEL, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Ed Puf, 1999

VALLON SERGE « Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales », inclus dans *VST-Vie Sociale et Traitements* n°89, Ed ERES, 2006

WINNICOTT DONALD WOOD *Jeu et Réalité*, Folio Essai, 2009

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5

I^{ER} PARTIE 7

IMPACT DES RELATIONS FAMILIALES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

A. Généralités sur la famille.....	7
1. <i>Différentes visions de la famille</i>	7
2. <i>Evolution de la famille dans notre société</i>	8
B. La parentalité et les fonctions parentales	10
C. Rôle de la famille dans la prime enfance: de la dépendance à l'indépendance.....	11
1. <i>Le corps pensable par l'intermédiaire de l'Autre</i>	11
2. <i>De la symbiose à la différenciation en passant par la séparation</i>	13
3. <i>Parallèlement, l'identité du jeune enfant se construit</i>	16

II^{EME} PARTIE 19

L'ADOLESCENCE : CE PASSAGE ENTRE « L'ENFANT » ET « L'ADULTE »

A. Arrivée de « l'adolescence » dans nos sociétés actuelles	20
1. <i>Avant : les rites initiatiques de passage</i>	20
2. <i>Après : une période floue et indéterminée</i>	21
B. Impact chez le sujet.....	22
1. <i>En amont : la période de Latence</i>	22
2. <i>La crise d'adaptation à un nouveau corps</i>	22
3. <i>Des mécanismes de défense propres</i>	24
4. <i>La question de la séparation et de l'individuation</i>	25
5. <i>Recherche d'une identité propre</i>	28
6. <i>Le processus de subjectivation</i>	30
C. Impact dans la famille.....	31
1. <i>La relation parents-adolescent</i>	32
2. <i>Le travail familial de l'adolescence</i>	33
3. <i>La réponse de la famille aux besoins de l'adolescent</i>	34

LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE : SIGNE D'UNE DIFFICULTE DE REAJUSTEMENT FAMILIAL

A.	Quand l'adolescent va mal : des signes d'appel aux conduites pathologiques	37
1.	<i>Des manifestations corporelles, comportementales à prendre en compte</i>	37
2.	<i>Les passages à l'acte</i>	38
a.	De l'acte au passage à l'acte : éléments de compréhension	38
b.	Les différents types de passages à l'acte	40
B.	Le désaccordage familial	48
1.	<i>Un « suffisamment bon » impossible pour la famille</i>	49
2.	<i>Quand l'extérieur s'en mêle</i>	52

**LA SPECIFICITE DE LA PSYCHOMOTRICITE AVEC DES
ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE**

A.	Dans l'institution	55
1.	<i>Population accueillie</i>	55
2.	<i>Caractéristiques spécifiques de l'unité</i>	56
a.	Une certaine temporalité	56
b.	Un service contenant et pare-excitant	57
c.	Un tiers entre l'adolescent et son environnement	58
3.	<i>L'équipe soignante</i>	59
a.	La constitution de l'équipe	59
b.	Le travail institutionnel.....	59
c.	Ses différentes missions.....	60
4.	<i>La prise en charge du groupe familial</i>	61
5.	<i>Les différents espaces thérapeutiques pour les adolescents</i>	63
a.	Les modalités de prise en charge	63
b.	Les différents espaces groupaux proposés.....	64
c.	Les différents temps individuels	66
B.	La psychomotricité au sein du c.c.s.s.a.....	67
1.	<i>Indications et évaluations</i>	67
2.	<i>Le cadre en psychomotricité</i>	68
3.	<i>Intérêt et spécificité de la prise en charge en psychomotricité</i>	70
a.	La gestion, l'expression des affects et le passage par l'acte.....	70
b.	L'utilisation des médiations.....	72
c.	La psychomotricité comme espace transitionnel	74

C. Un exemple de prise en charge	75
1. <i>Éléments de compréhension de l'histoire de Paul et contexte d'admission</i>	75
a. Entretien d'admission	75
b. Anamnèse	76
c. Les motifs de son arrivée au C.C.S.S.A	77
2. <i>Le séjour de Paul au C.C.S.S.A.</i>	77
a. Paul en relation avec ses pairs et l'équipe soignante	77
b. Première rencontre	78
3. <i>La prise en charge de Paul en psychomotricité</i>	79
4. <i>Conclusions</i>	85
a. De sa prise en charge en psychomotricité	85
b. De son hospitalisation.....	86
5. <i>Et après</i>	86
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	93