

Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent

Thierry Rochet,
Responsable de pôle,
Coordinateur de la FIPAR
(Fédération Inter-
Hospitalière de Psychiatrie
de l'Adolescent du Rhône),
Service Hubert Flavigny,
Centre hospitalier
le Vinatier, Bron

La souffrance psychique des enfants et des adolescents n'a été reconnue que très progressivement au cours de l'histoire. La pédopsychiatrie, très alimentée par les théories psychodynamiques s'est surtout développée dans une activité sectorielle extrahospitalière. Les expériences de l'hospitalisation des adolescents, restées longtemps limitées, ont vu leur développement durant les années 90, vivement encouragées par les organismes tutélaires, mais non sans certaines réticences liées à la crainte d'une reproduction des institutionnalisations du passé.

La particularité du soin en pédopsychiatrie est que la demande explicite émane peu des patients, mais plutôt de leur entourage proche, la famille, ou des institutions intervenant auprès de l'enfant ou de l'adolescent (école, services sociaux voire judiciaires). La place du médecin généraliste est particulièrement importante dans cet itinéraire du fait de sa connaissance de l'histoire familiale. Dans la grande majorité des cas, le soin psychique relève d'une prise en charge ambulatoire, en libéral ou dans les secteurs de pédopsychiatrie qui peuvent garantir une continuité de l'organisation des soins et des liens.

Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent. Ce n'est jamais un geste anodin, c'est un acte uniquement médical, non dénué d'un risque de iatrogénicité. Bien souvent, les références nosographiques ne sont pas suffisantes pour l'indiquer. La survenue d'un épisode délirant, d'une cachexie anorexique ou d'une crise suicidaire chez un adolescent déprimé, sont des indications claires. Mais il est nécessaire de prendre également en compte des répercussions d'une affection sur l'environnement, en particulier familial, des facteurs de personnalité, de la capacité de l'adolescent à prendre soin de lui-même et de l'entourage à exercer une contenance et une attention suffisante.



Jean-Christophe Moreno

Parler d'adolescents en rupture est une autre manière d'aborder l'indication. Ruptures d'avec la réalité, dans le délire bien sûr, mais aussi lors d'anorexies graves, de certains comportements à risques ; il s'agit alors de contenir l'angoisse du patient et de sa famille. Ruptures également avec l'environnement, la famille, l'école, les institutions, toutes éminemment pathogènes, comme cela apparaît avec les pathologies de l'agir, où il faut redonner du sens, permettre une élaboration, remettre du lien, entre l'adolescent et son environnement, entre son histoire, ses affects, ses émotions. C'est tout l'enjeu de la symbolisation. L'indication résulte toujours d'un subtil équilibre entre les risques extérieurs liés à la psychopathologie de l'adolescent, les inquiétudes que cela induit sur l'entourage, les possibilités de mises en œuvre d'une fonction thérapeutique adéquate et les bénéfiques qui en résulteront. Pour remplir une fonction soignante, l'hôpital ne peut être un lieu d'exclusion se laissant porter par la tentation actuelle du sécuritaire. L'hospitalisation ne peut pas non plus être un « séjour de rupture », conception jamais porteuse de sens puisque se traduisant trop souvent par la réalité d'un arrêt

brutal de la prise en charge par l'institution demandeuse, véritable abandon en écho des abandons antérieurs, notamment ceux de la petite enfance. Le travail du pédopsychiatre se situe dans le lien et non dans la rupture.

Après un développement normal, Mathilde débute à l'âge de 10 ans des symptômes anxieux suite au décès de deux de ses grands-parents. Insidieusement, les angoisses se développent sous la forme d'idées obsédantes, notamment l'imminence d'un danger pour sa famille et ses proches, puis de compulsions et de rituels de comptage, de lavage, de raclements de gorge ou de cris. L'aggravation des symptômes conduit finalement à une indication d'hospitalisation à l'âge de 16 ans. Mathilde révèle alors avoir été victime, à l'âge de 3 ans, d'attouchements par le mari de sa nourrice. L'hospitalisation permettra à travers la mise à distance d'atténuer l'emprise de Mathilde sur sa famille. L'instauration d'un traitement antidépresseur et la prise en charge groupale et institutionnelle permettront une nette amélioration des symptômes en un mois et la reprise du suivi ambulatoire.

Les « adodifficiles » : un problème public interinstitutionnel (suite)

Ces nouveaux dispositifs-phares à l'échelon départemental ne sont bien sûr pas les seuls. Ils sont constellés et innervés par des micros configurations qui se développent sur des territoires plus restreints (territoire de proximité, quartier, commune) à partir d'outils locaux dans le cadre des CUCS⁴, des ateliers santé-ville, des conseils locaux de santé mentale, des chantiers d'insertion, des programmes de réussite éducative. À titre d'exemple, une association de médiateurs sociaux a construit une liste de 127 jeunes d'un même quartier, identifiés comme étant « sans

solution ». La précision du chiffre indique l'ampleur de l'action à mener, mais aussi et peut-être surtout la singularité des situations rencontrées. La réponse au problème public de l'adolescence dans ce quartier passera-t-elle par la mise en œuvre de 127 configurations interinstitutionnelles de prise en charge ?

L'action publique sur mesure a ses limites. Reste que la pluralisation des espaces interinstitutionnels comme réponse à des trajectoires adolescentes de vulnérabilité suppose de remettre sur le chantier la coordination des acteurs. Si l'on repère assez

bien la qualité du tissu urbain qui permet aux différents dispositifs de s'emboîter, la question de la temporalité des processus interinstitutionnels reste entièrement posée. En effet, comment les intervenants se coordonnent-ils dans un temps construit par la successivité de leurs implications respectives auprès de tel ou tel adolescent ou adolescente ? Ce que donne à voir la ronde des dispositifs, c'est aussi différentes processions d'intervenants d'un même territoire qui se succèdent dans le temps sans jamais se rencontrer. ■

⁴NDLR Les Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont succédé en 2007 aux contrats de ville comme cadre du projet de territoire développé au bénéfice des quartiers en difficultés.



Jeanne Comaès

Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent (suite)

Dans notre cadre de soins, nous avons privilégié des approches multiples, à la fois basées sur une pratique institutionnelle, le travail groupal et l'utilisation de diverses médiations, pour aider à l'élaboration et à la symbolisation, sans oublier la prise en compte de la famille, essentielle pour permettre le dépassement des conflits en les reformulant, en les négociant. Il s'agit bien sûr de réduire la symptomatologie, mais aussi de permettre à l'adolescent de prendre soin de lui, de devenir porteur d'un projet thérapeutique, autrement dit, de se réapproprier un désir de santé psychique.

En effet, l'hospitalisation est une expérience de séparation qui entre en résonance avec les questions de l'autonomie, de la dépendance à l'adulte, du 2ème

processus de séparation/individuation (P. Blos). Le travail de l'adolescence est en partie de se distancier des imagos parentaux internalisés pendant l'enfance, travail souvent douloureux chez les adolescents que nous recevons, mais parfois impossible faute d'avoir eu des objets suffisamment fiables à internaliser, et n'ayant par conséquent pas acquis une sécurité interne. Philippe Jeammet insiste sur un paradoxe : « La force dont l'adolescent a besoin et qui lui manque pour être autonome, il l'attribue aux adultes dont il dépend et dont il a besoin. Mais ce besoin est vécu comme une emprise de l'adulte sur lui, et dans ce sens, il le perçoit comme une entrave, comme une menace sur son autonomie ». Plus il est fragile, c'est le cas des adolescents

hospitalisés, plus il ressent cette menace sur son autonomie et sur son intégrité narcissique. En retour, cela peut générer une violence défensive, parfois avec un recours à l'agir. La nécessité d'un travail institutionnel permanent est évident, en particulier sur la distance interpersonnelle afin de se dégager de contre-attitudes néfastes, et nécessite une équipe formée, stable, capable de permanence psychique.

L'hospitalisation n'est pas une fin en soi, mais un outil majeur pour les adolescents, à condition de l'intégrer dans un partenariat avec les secteurs mais aussi les autres partenaires (pédiatrie, école, services sociaux...). ■

Bibliographie

Blos P. (1997) Adolescence et second processus d'individuation. In : Perret Catipovic M., Ladame F., *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Editions Delachaux et Nestlé S.A., Lausanne, Paris, 113-150.

Jeammet P. (1990), Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38, (4-5), 190-199.

Rochet T. (2004), Hospitalisation des adolescents en psychiatrie. *L'Information Psychiatrique*, 80, (10), 799-802.