

Pauline Espi

Pédopsychiatre responsable de l'unité Hospitalisations brèves pour adolescent·e-s (UHBA) et de l'équipe mobile Mouv'ados

Le Vinatier psychiatrie universitaire Lyon Métropole

L'adolescent, le lien, la crise : de la rupture à la repossibilisation

Rhizome : *Quelles sont les spécificités et les étapes de la crise suicidaire chez les adolescents ? Comment se manifeste-t-elle ?*

Pauline Espi :

Le « processus adolescent » nous indique déjà qu'une forme de crise est intrinsèque à l'adolescence, au sens où il implique de grands remaniements. Les affiliations verticales deviennent horizontales, les figures d'appui deviennent moins les parents et davantage les pairs. Il existe également une tension permanente entre la persistance de certaines dépendances de l'enfance et une vive aspiration à l'autonomie chez les adolescents. Cela est parfois décuplé en temps de crise, avec des envies et des manifestations paradoxales.

Le risque suicidaire à l'adolescence s'analyse souvent à travers sa fonction d'adresse. Quand un jeune dit à un adulte qu'il a des idées suicidaires, il va porter une attention particulière à la manière dont ce dernier va répondre à sa détresse. Souvent, le symptôme a une fonction relationnelle importante à l'adolescence et le devenir de la crise dépend beaucoup de la réaction de l'entourage. Par exemple, si les parents sont plus présents, se remettent en cause, modifient des choses de leur côté et créent du lien, le pronostic de la crise suicidaire devient plus favorable. C'est le cas indépendamment même de l'action psychiatrique.

La rupture dans le fonctionnement du jeune va être un signe alarmant. Les troubles internalisés se manifestent par un repli des adolescents sur eux-mêmes, ils se désarment du tissu social, semblent perdre de l'élan vital et peuvent développer une tension interne allant même jusqu'à l'apparition d'idées

suicidaires. Les troubles externalisés s'expriment chez les jeunes qui adressent de la désobéissance, ont tendance à beaucoup s'agiter, ont des conduites à risque ou déploient une grande colère envers leurs proches, alors que ce n'était pas forcément le cas auparavant. Les adolescents ont comme caractéristique d'être très sensibles émotionnellement et impulsifs. En pleine construction de leur capacité à mentaliser et à se subjectiver, ils ignorent parfois la source de leur mal-être. Donc, comme ils ne vont pas bien, ils font un passage à l'acte. Nous essayons alors de traduire avec eux ce qu'ils vivent et traversent, mais qu'ils n'arrivent pas à dire avec des mots.

Le schéma « classique » que nous remarquons chez ces adolescents se traduit souvent par des désinsertions progressives : leur scolarité ne tient plus trop, ils n'arrivent plus à aller au collège ou au lycée ; ils voient de moins en moins leurs amis ; ce qu'ils adoraient avant ne leur fait plus envie ; ils deviennent agressifs envers leurs proches ; et ils en arrivent à avoir des idées noires et à se scarifier. Dans d'autres situations, plus rares, il s'agit d'un « coup de tonnerre dans un ciel serein », ce qui souligne que cette rupture avec l'état antérieur démarre très brutalement et sans aucune logique interne apparente. Dans tous les cas, un seuil est, en quelque sorte, dépassé. Les projections se ferment et l'horizon se bouche¹.

En ce qui concerne les particularités du travail de la crise en pédopsychiatrie, la question du lien et de l'attachement sont encore davantage travaillées que chez les adultes. La place de l'école est également importante. Par exemple, chaque rentrée scolaire peut être un moment de décompensation.

Nous travaillons beaucoup avec les établissements scolaires, de même qu'avec toutes les autres institutions de l'enfance². Lorsque certains adolescents sont ensuite suivis dans des services de psychiatrie adulte, les outillages pour accueillir des troubles graves du lien³ ne sont plus les mêmes.

Rhizome : *Comment les adolescents en crise sont-ils accueillis au sein des unités de soin de pédopsychiatrie ?*

Pauline Espi :

L'accueil des adolescents en crise au sein de l'hôpital est composé de deux grands temps. Le premier consiste à accueillir la crise. Cela permet aux jeunes de créer un espace, une bulle, laissant place à la pensée et à la mentalisation. De plus, l'hospitalisation marque souvent un temps d'arrêt à des agirs non-stop, ou du moins un changement de rythme. Nous essayons de comprendre l'origine de la crise. Nous rencontrons le jeune, ses parents et nous nous mettons en lien avec ses soignants référents. Nous mettons en place des groupes thérapeutiques et construisons une « théorie du patient » avec l'adolescent et sa famille. Celle-ci vise à donner du sens à ce qui fait crise dans l'histoire et la vie psychique du jeune. Dans un deuxième temps, nous amorçons des chemins thérapeutiques, évoquons ce qui peut être mis en place et engageons des processus de changement. Par ailleurs, il importe d'avoir une attention à l'accord ou au désaccord qu'éprouve le jeune à être hospitalisé, puisque cela détermine la part active qu'il mettra dans son processus de soin, le but n'étant pas qu'il se sente piégé à l'hôpital. Après une crise, les jeunes ressentent de l'apaisement. Il s'agit

¹ Bruno Falissard parle de « rupture phénoménologique » : « Là ça n'est plus comme avant. »

Falissard, B. (2020). *Soigner la souffrance psychique des enfants*. Odile Jacob.

² Telles que l'Aide sociale à l'enfance ou la Protection judiciaire de la jeunesse.

³ En lien, par exemple, avec du trauma complexe ou des troubles de l'attachement.

4 Soit le fait de lutter contre le sentiment d'isolement et de solitude de l'adolescent qui souffre.

5 Soit le fait d'ouvrir de nouvelles perspectives.

d'un effet un peu cathartique. Ensuite, leur devenir dépend beaucoup de comment leur environnement se transforme et change. Quand c'est le cas, les jeunes vont souvent mieux. D'ailleurs, nous estimons que 75 % des adolescents accueillis à l'UHBA feront un séjour isolé, puis seront intégralement soignés en ambulatoire, mais 1 à 2 % reviennent très souvent et s'appuient sur l'hôpital.

À l'adolescence, les entretiens familiaux sont importants. Il importe donc que le jeune se réaccorde avec ses accompagnants primaires – soit avec ses parents ou parfois ses éducateurs – afin de partager une vision commune de ce qui fait crise et des postures de soutien. Le groupe a également son importance. À l'hôpital, des dynamiques groupales massives se retrouvent au sein des services. La sociabilisation, qui se remet souvent en route au sein du collectif, participe à réactiver le sentiment d'appartenance des jeunes et à les sortir de la solitude. Toutefois, le groupe peut aussi fragiliser les jeunes les plus sensibles émotionnellement, notamment ceux qui absorbent la souffrance des autres. Certains peuvent conclure des pactes suicidaires pour se retrouver de nouveau hospitalisés ensemble. Des conduites à risque peuvent également émerger collectivement. Les équipes soignantes sont attentives à cela.

Rhizome : Comment la question du diagnostic est-elle appréhendée par les jeunes et leur entourage ?

Pauline Espi : Nous recevons beaucoup de demandes de diagnostic. En effet, des familles, épuisées par des parcours d'errance ou des jeunes qui ne comprennent plus leur propre fonctionnement depuis quelque temps, formulent le besoin d'un diagnostic. Il s'agit aussi parfois d'un besoin d'identification, de s'affilier à d'autres personnes avec qui ils auraient une souffrance en commun.

Néanmoins, le temps de la crise n'est pas optimal pour poser un diagnostic, puisque la crise brouille toute la psychopathologie. Nous pouvons toutefois formuler des hypothèses en les restituant comme des pistes pour voir si elles font sens pour le jeune ou ses proches. Il est également important de préciser que

nous gardons une posture d'humilité autour du diagnostic, puisqu'à l'adolescence une instabilité nosographique existe du fait de l'ensemble des processus de transformation propres à cette période.

La sensibilisation des proches au sujet du mal-être ressenti par le jeune et de sa manière de l'exprimer est nécessaire. Dans ce sens, nous développons aussi des dispositifs destinés aux familles et nous prenons davantage la mesure de leur importance. Les familles sont surtout mobilisées en tant que partie prenante du système souffrant et donc comme solutions possibles.

Rhizome : Comment la question du suicide est-elle abordée avec des adolescents à l'hôpital ? Quelles préconisations donner à l'entourage et aux professionnels pour aborder ce sujet ?

Pauline Espi : À l'hôpital, nous explorons l'histoire de la détresse, si les idées sont passives ou actives. Les idées suicidaires nous inquiètent surtout quand elles prennent une forme précise et se scénarisent. Nous nous intéressons aussi à la dimension de létalité de l'intention suicidaire au moment du passage à l'acte. Et parfois, des gestes non intentionnellement graves le deviennent, car les jeunes se « loupent » et peuvent se mettre extrêmement en danger.

Nous discutons également avec l'adolescent des « pare-feu » qu'il identifie : quand les idées suicidaires arrivent, qu'est-ce qui les contrecarrent ? Est-ce qu'il y a d'autres pensées qui viennent les combattre ? Souvent, les jeunes identifient leurs parents ou leurs amis comme des facteurs protecteurs. Nous travaillons également sur des préconisations avec eux, telles que le fait de ne pas rester seul avec des idées suicidaires, d'identifier les numéros ressources, les recours possibles et l'acquisition de ressources internes.

Pour répondre aux conduites suicidaires d'un adolescent, deux grands registres cliniques et humains semblent essentiels à mobiliser, d'une part, la solidarité⁴ et, d'autre part, la repossibilisation⁵. La souffrance enferrme, aller mieux permet de retrouver des degrés de liberté.

Mille choses peuvent ouvrir de nouvelles perspectives, il peut s'agir

d'un projet, d'une rencontre, d'un processus thérapeutique ou même d'un changement de vie. Ainsi, il importe tout d'abord d'accueillir la détresse émotionnelle du jeune, de la valider et de la prendre au sérieux. Il s'agit donc de se solidariser avec lui dans l'épreuve qu'il traverse tout en mesurant l'intensité de ce qu'il vit. Soutenir le soin et combattre l'isolement vécu sont essentiels. La question des liens est également fondamentale. Certains adolescents vont mieux après leur passage à l'hôpital aussi parce qu'ils rencontrent des pairs, ils se sentent donc moins seuls et restent parfois même en lien entre eux après leur hospitalisation. Le fait de savoir qu'ils peuvent rappeler les soignants de l'hôpital, qui les connaissent et qui peuvent les accueillir, participe aussi à les aider.

Pour les parents, il y a un enjeu à engager des transformations autour de la crise suicidaire, mais sans surréagir ni tout analyser à travers le prisme de la suicidalité, car la peur d'un nouveau passage à l'acte peut paralyser la posture parentale. Soutenir la parentalité, maintenir une normalité éducative et une vie quotidienne s'avèrent nécessaires. Nous rencontrons parfois des situations très complexes, notamment quand il s'agit de jeunes confiés à la protection de l'enfance, quand les parents sont en guerre entre eux ou quand les adultes qui entourent le jeune (les parents, les éducateurs, les médecins) sont désaccordés. Dans ce cas, nous les encourageons à s'accorder afin que celui-ci ne soit pas dans des conflits de loyauté. Enfin, parfois, certains parents ont besoin de soins pour eux-mêmes, notamment quand ils sont très fragiles, projectifs et que le jeune a peur de « les effondrer ». Les intervenants sociaux ou les membres de l'entourage qui recueillent des informations sur la vie quotidienne du jeune jouent des rôles cruciaux dans la prise en charge de la crise suicidaire. En effet, en partageant les signes alarmants avec les professionnels de santé, ils permettent d'ajuster la réponse soignante. Les messages de santé publique à retenir sont que les idées suicidaires sont graves, que les personnes qui les vivent ne doivent pas rester seules et qu'il faut solliciter des professionnels de santé pour que la crise suicidaire soit évaluée. ▶