

LES «JEUNES INCASABLES» EN PROTECTION DE L'ENFANCE: L'IMPENSÉ DU GENRE DANS LES TROUBLES ET PRISES EN CHARGE

Didier Drieu

Maître de conférences HDR Psychologie clinique et pathologie, UCBN - CERReV, Université de Caen – Psychanalyste groupes, familles CMPP ACSEA, Caen
didier.drieu@unicaen.fr

Emmanuelle Eeckeman

Psychologue pédopsychiatrie, doctorante UCBN-CERReV

Marie Plagès

Psychologue clinicienne Foyer Martin Luther King A.A.J.B, Caen – Membre associé UCBN-CERReV, Université de Caen.

Résumé

Les représentations des adolescents dits "incassables" ont évolué à travers les décennies tant du côté de l'éducatif que du soin psychiatrique. Dans notre pratique clinique, nous pensons qu'il est nécessaire d'intégrer un modèle plurifocal prenant en compte les problématiques d'attachement, de filiation et les modes d'alliance dans la famille. Nous envisageons aussi que ces vulnérabilités peuvent varier selon le genre et les modalités d'entrée en Protection de l'Enfance. Ainsi, nous illustrerons ces propos par la présentation de deux cas cliniques d'une jeune et d'un adolescent.

Mots clés: Adolescence; Vulnérabilité; Attachement; Protection de l'Enfance.

Resumo

As representações dos adolescentes em dificuldades evoluíram ao longo de décadas, tanto do ponto de vista da educação quanto dos cuidados psiquiátricos. Em nossa prática clínica, consideramos ser necessário integrar um modelo plurifocal que leve em conta as problemáticas de integração, filiação e modos de vinculação na família. Igualmente, levamos em conta que estas vulnerabilidades podem variar conforme o gênero e as formas de ingresso nas instituições de proteção da infância.



Assim, ilustramos estes temas com a apresentação de dois casos clínicos, o primeiro de uma jovem e o segundo de um adolescente.

Palavras-chave: Adolescência; Vulnerabilidade; Integração; Proteção à infância.

Abstract

The representations of the teenagers in difficulties evolved through the decades of the side of the educational and the psychiatric care. In our clinical practice, we think that it is necessary to integrate a plurifocal model taking in account the problematic of attachment, of filiation and the fashions of alliance in the family. We also consider that these vulnerabilities can vary according to the kind and the modes of entry in child protection. Thus, we will illustrate these subjects by the presentation of two cases clinic of a young and a teenager.

Keywords: Adolescence; Vulnerability; Attachment; Child protection.

Nous retrouvons souvent la notion de carences éducatives ou, par extension, narcissiques pour désigner les sources des conflits suscitant des troubles des conduites chez les enfants en danger placés en Protection de l'Enfance. Ces carences semblent être à l'origine de contraintes de dépendance amenant chez les jeunes des ruptures, des difficultés multiples dans la subjectivation à l'adolescence et, au final, parfois un ancrage dans un trouble de personnalité. Cependant, le terme de carences masque des situations bien différentes de vulnérabilité qui nous semblent très spécifiques chez ces adolescents, tant du côté des enjeux internes (puberté, construction identitaire) que du rapport à l'environnement (filiation, affiliation).

Aussi, avant de préciser nos idées quant aux problématiques en jeu chez ces adolescents, nous proposons de revenir dans un premier temps sur le contexte dans lequel est apparu la figure de « l'adolescent dit incasable », puis « à difficultés multiples » en Protection de l'Enfance. Enfin, il s'agira de mieux appréhender les enjeux de prises en charge des enfants et adolescents en protection de l'enfance.

L'objectif de ce travail est de comprendre les problématiques de ces adolescents mais surtout les processus sous-jacents qui nous paraissent s'instaurer différemment selon le genre à l'adolescence. La vulnérabilité est la même à la base, à savoir des troubles des conduites (ou agirs) en résonance avec des problèmes d'attachement, de dépendance, souvent un héritage traumatique et, au final, une souffrance des liens et modes d'alliance à leur famille et à l'environnement. Cependant, cette vulnérabilité narcissique va se jouer différemment pour la jeune fille ou l'adolescent, ce qui provoque en écho des ruptures spécifiques dans les prises en charge. En effet, celles-ci s'organisent différemment en fonction du mode d'entrée en Protection de l'Enfance, différences de référence dans l'accompagnement éducatif qui joue considérablement sur la façon dont les équipes éducatives (ASE) ou de soin (psychiatrie/pédopsychiatrie) composent un dispositif de travail clinique avec le (ou la) jeune et son environnement.

En conclusion, nous nous intéressons aux répercussions de cette approche des troubles sur les prises en charge éducatives et de soin. La mise en place d'une approche plurifocale relevant d'une co-référence éducative et de soin, nous semble un axe primordial de travail. Ces modalités de prise en charge, semblent aujourd'hui possibles avec la mise en place des dispositifs de type « Maison des adolescents ». Il faut toutefois que s'opère une réflexion entre les professionnels dans les différentes institutions à la fois sur les multiples sources des problématiques de ces jeunes, les enjeux spécifiques à l'adolescence selon le sexe et leurs conséquences sur les prises en charge.

Les Adolescents à Difficultés Multiples en Protection de L'Enfance: Contextualisation et Problématique

Le contexte historique et les enjeux

L'entité « adolescents à difficultés multiples » a été créée en réaction à la catégorie des « incasables », ces jeunes « ni vraiment fous, ni simplement délinquants », ne relèvent spécifiquement « ni du psychiatrique, ni du judiciaire, ni de l'éducatif » (Chartier, 1989). Souvent, ces jeunes sont amenés à « habiter » ces différents domaines en les mettant en situation d'échec jusqu'à ce qu'ils soient happés par la mécanique de l'isolement en psychiatrie ou de la détention dans le milieu carcéral.



Le terme d'« incasable » est apparu dans les années 1980, venant –« cristalliser un ensemble de difficultés qui interpelle le champ institutionnel dans le traitement de catégories dites déviantes », comme s'il s'agissait de trouver des alternatives, des lieux pour accueillir des adolescents souvent rejetés de toute part (Gargneli, 2006 : 23).

Auparavant, les qualificatifs furent nombreux pour désigner ces mineurs, très souvent des garçons délinquants pris entre « déni, défi, délit » (Chartier, Op. Cit). Dans les années 50 dans les centres de l'éducation surveillée, les éducateurs parlaient alors « d'inéducables », héritiers possibles des « inamendables » du 19^{ème} siècle, souvent enfermés dans les institutions de coercition, ce qui provoquera le choix de l'éducatif plutôt que la répression dans l'ordonnance de 1945 sur la protection de l'enfance en danger. Les psychiatres, eux, évoquaient davantage le registre de la psychopathie, dérivant de la vieille notion de pervers constitutionnel. La catégorie d'adolescents à difficultés multiples semble aujourd'hui s'être substituée à la notion « d'incasable », ce dernier terme étant connoté négativement. Toutefois, nous pouvons penser que le changement s'est produit aussi en référence avec des mutations de paradigmes, tant du côté des pratiques éducatives que du soin psychiatrique. Du côté des travailleurs sociaux de la Protection de l'Enfance, il semble que le fonctionnement de suppléance parentale conduise à exclure les adolescents les plus vulnérables en s'appuyant –« sur une nouvelle culture psychologique (états limite, incasable) »- qui semble s'opposer à première vue aux appellations anciennes : les insoumis, les inéducables (Gargneli, Op. Cit : 59). Ayant fort heureusement renoncé à un système de contention au sein du milieu éducatif, il semble cependant qu'il existe une sorte de report de la capacité de contention du milieu éducatif sur une autre institution (prison, hôpital psychiatrique). En lien avec une forme de désinstitutionnalisation des pratiques, ces fonctionnements pourraient conduire à des allers et retours des jeunes les plus vulnérables avec des effets de balanciers négatifs, cause d'échecs dans leurs parcours. Dans l'horizon du soin psychique, la psychiatrie se mue dans des services de santé mentale devant s'engager dans des logiques de complémentarité avec les autres institutions : la médecine, le travail social, la prison. Cependant, face aux changements de fondation du soin, la substitution de la logique d'interinstitutionnalité à l'ancienne logique d'altérité, il découle une fragilisation des frontières qui balisent les secteurs sanitaires et sociaux, soignants et éducateurs se renvoyant le flou de leurs pratiques respectives vis-à-vis de ces adolescents à difficultés multiples.

Ainsi, les adolescents dit « incasables » en Protection de l'Enfance semble représenter une infime proportion des prises en charge, de 0,5 à 1 % d'environ 97000 enfants confiés aux services de l'ASE.

Ces jeunes posent un problème constant depuis des années, celui de leurs prises en charge tant du côté de l'éducatif que du soin, et ce dans un contexte de fragmentation des parcours des placements en Protection de l'Enfance. Ainsi, dans notre étude menée sur 809 dossiers, nous relevons 25 % des enfants et adolescents qui ont connu 4 placements et au-delà (Frechon, Boujut, Drieu et al., 2009). Aux Etats-Unis, Finkelhor, Ormrod R.-K et Turner H.-A (2008) ont pu montrer sur un échantillon d'enfants de 2 à 17 ans que 15 % des enfants avaient subi jusqu'à 4 à 6 formes de victimisation.

Nous pouvons ajouter l'absence de continuité dans les projets éducatifs et de soins successifs qui se construisent comme des réponses immédiates souvent en réaction aux comportements de l'adolescent et de sa famille. Enfin, jusqu'à très récemment, il était aussi décrit le manque d'alternatives dans les prises en charge entre placements en famille d'accueil et en foyer, entre hospitalisation en services de psychiatrie adulte et en service général (pédiatrie, médecine).

Du côté de la Protection de l'Enfance, les équipes éducatives, les familles d'accueil accueillant les enfants souvent dans l'urgence s'activent beaucoup plus dans des projets de suppléance éducative qui laissent peu de place pour travailler la mobilisation des ressources du jeune et de son entourage. Parfois, le travail sur l'autonomie, le projet de vie, sur les liens d'attachements de ces jeunes se déroulent quelques mois avant 18 ans, les éducateurs se centrant encore beaucoup jusque-là sur les projets de scolarité, d'apprentissage à la vie professionnelle. Il existe plusieurs raisons poussant à ce fonctionnement. Les placements s'organisent encore trop souvent dans un contexte projectif ou idéologique, l'institution du « vide à combler », amenant alors un positionnement des équipes ASE et des établissements médico-sociaux face aux problèmes des familles et des jeunes plus en réaction qu'en résonance susceptible de mobiliser une réflexion sur les pratiques (Fustier, 1993). Faute de penser l'histoire de l'institution, des fondements des pratiques, l'accompagnement éducatif a tendance à répondre à un manque chez des enfants en situation imaginaire de carence, ce qui amène l'institution quasi absolue d'une forme de suppléance familiale qui sera suivi d'un rejet à l'adolescence des « transgresseurs »



vers la psychiatrie, les jeunes les plus difficiles apparaissant alors comme « incasables » par rapport aux normes éducatives et psychiatriques (Chartier, 1989).

Du côté du soin, jusqu'à ces dernières années, les enfants étaient pris en charge en situation aiguë à l'hôpital et autrement, par des services de consultations ou d'hospitalisation de jour relevant de la pédopsychiatrie. A l'adolescence, ces interventions étaient souvent en échec à cause des limites d'intervention de la pédopsychiatrie : fin des prises en charge à 16 ans, cloisonnement des suivis basés sur un modèle de soin individuel, prenant peu en compte les situations de souffrance intersubjective de ces jeunes. Aussi, il était devenu urgent de penser de nouveaux dispositifs permettant de rendre les soins psychiques plus accessibles à l'adolescent et son entourage, de mettre en place des prises en charge plus cohérentes et fiables face à des jeunes qui ne peuvent que les mettre en échec (Plagès, 2007). Les projets autour des maisons des adolescents sont apparus à la suite des programmes régionaux de recherches sur le suicide après 1999 en France. L'idée alors était de proposer des dispositifs permettant une prise en charge plurifocale (plusieurs espaces thérapeutiques et modalités de soin) soutenue par une équipe pluridisciplinaire d'intervenants – « qui prennent en compte l'urgence des situations douloureuses de ces jeunes sans s'y fourvoyer et qui puissent s'associer entre eux et avec les autres référents du jeune pour penser un projet plus global » (Drieu, Genvresse, 2003 : 50). Bien que dépendants des initiatives locales et des moyens accordés, ces lieux se sont organisés autour d'un espace de consultation articulant le soin psychiatrique, psychologique, somatique avec des pédopsychiatres, des infirmiers, des psychologues, des pédiatres, des gynécologues.

En deçà, en prévention des conduites de rupture, il faut bien souvent aider l'entourage et les intervenants dans l'environnement des jeunes à travailler ensemble. Cependant, cette offre de soin reste aléatoire pour les jeunes aux difficultés multiples pour plusieurs raisons. Ces adolescents alternent entre des suivis judiciaires (foyers fermés, centres éducatifs renforcés, prison) et psychiatriques très éclatés, cloisonnés d'où la nécessité de penser ensemble des espaces de repli plus que de rupture. Cette co-référence, une partition à travailler entre intervenants de champs différents, nous paraît avoir une consistance qu'à la condition que puisse être entendue les caractéristiques des modes d'entrée dans le placement, l'histoire spécifique de ces jeunes avec leur environnement modelée différemment selon le genre. Afin de prévenir l'enfermement de ces jeunes dans leurs conduites de ruptures, il est devenu urgent de travailler au décloisonnement entre le monde du soin et de l'éducatif. Les modalités



peuvent prendre plusieurs formes : cellules de réflexion sur les jeunes aux difficultés multiples au niveau de l'ASE, les équipes pluridisciplinaires des maisons des adolescents, les lieux ressources pour les professionnels confrontés à des jeunes à difficultés multiples (DERPAD).

Avant d'appréhender plus avant les spécificités des troubles de ces adolescents, il nous semble important de revenir sur les problématiques de ces situations en amont, ce dès l'entrée dans le placement.

Les problématiques en jeu à l'entrée dans le placement

Suscités par les situations de maltraitance mais surtout des liens inadéquats ou toxiques, les troubles des adolescents ne peuvent faire l'objet d'actions préventives qu'en amont du placement. Ainsi, pourra-t-on espérer diminuer l'importance des violences et ruptures en travaillant sur les liens entre le jeune et son environnement. En Protection de l'Enfance, ce travail s'instaure à partir des pratiques d'accueil des jeunes et de leur entourage dans les établissements et/ou familles d'accueil. Toutefois, ce travail sur les liens est préparé par les soins qui précèdent le placement, souvent menés en pédopsychiatrie, CMPP, dans les CAMPS ou même en périnatalité.

Les recherches sur l'attachement initiées par Bowlby en 1951 ont fait suite en France à une étude longitudinale avec des enfants séparés précocement de leurs mères par M. David et G. Appel dès 1964. Ces travaux ont permis des avancées dans la perception des effets négatifs de la séparation mais surtout des relations discontinues, dysfonctionnelles des parents avec les enfants. Ces collègues ont alors proposé de nouvelles pratiques de soins dans les pouponnières, prenant davantage en compte les achoppements dans la construction de la parentalité, dans le tissage du lien. Cependant, ces travaux pionniers ont été suivis plus tardivement de recherches sur ces enjeux en protection de l'enfance à partir des travaux sur les soins en périnatalité (Malandrin, Schauder, 2009 ; Delion et al. 2008 ; Houzel, 1999). Aujourd'hui, ces réflexions sur la parentalité, l'intersubjectivité ont permis d'initier de nouveaux dispositifs de soin précoce, d'abord vers les enfants prématurés et leurs parents, puis avec les familles aux difficultés multiples. Conçus sous la forme de réseaux de périnatalité ou d'écoles de parents, ces dispositifs se présentent comme des espaces d'accueil mettant en lien différents professionnels de plusieurs institutions qui peuvent penser ensemble des prises en charges plurifocales et groupales, seules alternatives pour accueillir, contenir et accompagner dans la durée les familles en



situation souvent de précarité sociale et psychique. Pensés en lien avec une évaluation plus soutenue des dépressions du post partum et des troubles de la relation mère /enfant, ces lieux se sont intéressés de plus en plus à certaines situations extrêmes de parentalité qui en viennent à provoquer une distorsion des liens d'attachement, une interactivité dans la perversion relationnelle et la violence. Les groupes des semblables, des professionnels permettent alors d'organiser un espace pare-excitant, en remobilisant des médiations susceptibles de mettre au travail les difficultés dans les interactions précoces et dans la parentification et ses achoppements (Bydlowsky, 2000 ; Accard, Bénateau, 2006 ; Accard et al., 2012). Depuis quelques années, l'expérience des « rencontres médiatisées en pédopsychiatrie » pour les enfants placés ainsi que celles des « groupes thérapeutiques parallèles parents /enfants » ont amené de nouvelles pratiques de soin. Cependant, les politiques de Protection de l'Enfance et l'histoire des institutions ne favorisent pas un décloisonnement de ces pratiques. Les situations des enfants à l'entrée en Protection de l'Enfance restent peu évaluées du point de vue des problématiques d'attachement, des considérations du genre par exemple.

Ainsi, des observations décrivent de plus en plus fréquemment des situations de maltraitance complexes mettant en jeu des formes de « survictimation » des enfants et adolescents sans que l'on puisse vraiment en appréhender les différents facteurs de risque et de protection. Dans leur dossier initial en 2005, les rapporteurs de l'ONED soulignent la complexité d'un double système de protection (Aide Sociale à l'Enfance et tribunaux pour enfants), du recueil épidémiologique autour des situations de maltraitance. Ils décrivent des carences de pratiques alternatives permettant des accompagnements conjoints milieu ouvert / internat de crise, un travail en co-référence sur les problématiques d'attachement entre l'éducatif et le soin. Dans la même perspective, face à un projet de recherches longitudinales sur le devenir des enfants placés, Frechon, Boujut, Drieu et al. (Op. Cit) observent que les violences psychologiques (abus émotionnels et négligences lourdes) sont probablement sous évaluées et encore plus dans la trajectoire du garçon qui ne fait l'objet d'un mandat de protection bien souvent que lorsqu'il est mis en cause dans des problèmes de comportement. Ces formes de violences pourraient être sous-entendues ou encore davantage taboues car elles soulignent l'importance d'un climat relationnel toxique.

Déjà, en 1985, L. Kreisler (1985, 1997) précisait que l'enfant maltraité représentait « 1 sur 200 des entrées pour le tout venant des hospitalisations pédiatriques », des données statistiques qui semblaient pour lui devoir être revues à la

hausse (p. 2365). Il ajoute que –« méconnus, 50 à 60 % d'entre eux risquent de graves infirmités ou la mort » (p. 2366). Dans ces recherches, l'accent est mis sur une influence plurifactorielle telle que la prématurité de l'enfant, des vulnérabilités associées de familles vivant souvent dans des conditions sociales précaires : mauvaises conditions de vie mais aussi déviances multiples (Gauthier, 1982 ; Straus, Manciaux, Gabel et al., 1993). Bénéficiant des travaux sur l'attachement, de l'approche systémique et psychanalytique de la famille, nous sommes davantage tentés de prendre en compte la construction des liens familiaux dans les situations de maltraitance et dans le travail d'accompagnement thérapeutique et éducatif avec l'enfant et son environnement. En 1997, Soulé, dans un article déjà cité (Kreisler, op. cit.), précise que –« le développement de l'investissement d'un enfant par sa mère est bien antérieur à sa naissance et passe par de nombreuses étapes avec des remaniements constants », la mère pouvant être en prise avec un enfant imaginaire qui n'a rien à voir avec les interactions qui se développent lors de la naissance de son bébé (p. 2379). Ces propos peuvent être mis en perspective avec plusieurs travaux menés sur l'attachement désorganisé dans la situation étrange où la peur, le gel et la désorientation chez l'enfant sont maintenant dans les recherches reliés à la maltraitance de l'enfant et à des traumatismes non résolus dans l'histoire des parents (Fonagy, 2001, 2004).

Cependant, ces repères paraissent encore peu entendus dans l'évaluation initiale à l'entrée dans le placement. Malgré des investigations précédant le placement, les prises en charge sont souvent démarrées sur la base d'un diagnostic très sommaire, faisant rarement l'objet d'une analyse pluridisciplinaire, d'une concertation entre les services sociaux, de soins et le judiciaire. En particulier, pour les adolescents, il existe des divergences d'interprétation entre les professionnels de la psychiatrie et de l'Aide Sociale à l'Enfance sur ce qui relève de la pathologie ou de problématique d'adolescence, amenant à ne solliciter souvent un partenariat que dans des situations d'urgence, après des fugues ou des tentatives de suicide répétées chez la jeune fille par exemple, des violences de comportement qui provoquent l'intervention du juge en pénal chez le garçon. Par ailleurs, les travaux conduits par D. Houzel (1999) et M. Berger (1997, 2003) font apparaître que le diagnostic ne comporte pas la plupart du temps une évaluation approfondie des liens parentaux et familiaux. Ces modes de filiation, d'attachement se trouvent pourtant fortement mobilisés de manière très réactionnelle par ces jeunes dans leurs agirs, ceux-ci n'ayant à cœur que de trouver le soutien des parents dans la réalité, la figure maternelle pour la jeune fille, celle du père



pour l'adolescent, là où surtout les liens identificatoires ont échoué précédemment à donner une assise narcissique nécessaire au travail de subjectivation.

Passé le temps de l'évaluation, les objectifs de prise en charge risquent d'être très flous surtout lorsqu'ils doivent être partagés entre les équipes de l'ASE et les équipes de soin en pédopsychiatrie. La réussite de la prise en charge est largement liée à l'analyse partagée de la faisabilité des interventions de part et d'autre, des dynamiques d'alliance de travail avec les parents, la famille et entre les différents protagonistes. Ainsi, dans ces perspectives, nous voyons bien comment se pose la question de la co-référence entre l'éducatif et le soin. Comme le montre M. Berger (2003), l'enfant se fabriquant une ou des théories sur les raisons de la séparation, allant jusqu'à se considérer comme responsable, il va être nécessaire de lui offrir un espace contenant et fiable où partager ses idées, les nuancer, les faire évoluer, ce qui revient à lui permettre d'établir un minimum de distance avec son environnement, ses parents et d'éprouver par la même occasion, une relation à un objet qui survive. On comprend dès lors l'importance de ces références dans la relation éducative et de soin comme une alternative souvent à la relation d'emprise pouvant s'exercer par ailleurs.

Vulnérabilité narcissique, son devenir pour les adolescents en protection de l'enfance

Si nous sommes en accord avec les hypothèses de P. Jeammet sur l'existence d'une vulnérabilité narcissique se caractérisant par des logiques paradoxales de dépendance (écart entre attentes de reconnaissance et investissements dans la réalité), nous voyons bien qu'il y a ici à explorer la spécificité de ces problématiques au regard de ces situations particulières des liens initiaux (attachement, filiation traumatique) et du placement.

Rappelons ici les termes des processus d'adolescence selon P. Jeammet. Pour changer, l'adolescent doit pouvoir se détacher de ses parents afin d'investir de nouveaux objets, mais il ne peut le réaliser qu'à la condition de pouvoir s'appuyer sur modèles internes opérants (représentations de soi et de l'environnement) suffisamment stables et sécurisées. Cette ambiguïté peut provoquer des –« moments de flottement, voire de dépersonnalisation, des épisodes dépressifs pouvant signifier une dynamique de deuil, mais aussi parfois renvoyer à une vulnérabilité narcissique plus importante » (Jeammet et Corcos, 2001 : 28-29). C'est pourquoi pour résister à ceux-ci, l'adolescent doit pouvoir se différencier de ses parents en s'appuyant sur eux : « pour être soi, il faut se nourrir des autres et dans le même temps il faut s'en

différencier» (Ibid : 30). Ce dernier paradoxe, selon eux, peut menacer l'autonomie et la pensée du sujet, engendrer une situation de destructivité qui attaque l'intégrité narcissique et susciter en retour une violence défensive se traduisant par des agirs.

Aussi, la dynamique adolescente peut provoquer des antagonismes se traduisant par une forme de contradiction violente entre sauvegarde narcissique et changements objectaux, entre dépendance et recherche d'autonomie, autant de situations susceptibles de provoquer des conduites pathogènes. L'aménagement de ces moments de crise dépend beaucoup de la qualité des assises narcissiques mais surtout de la fiabilité des réponses et des échanges avec l'environnement, de la nature du regard et de l'attitude que les parents et l'entourage ont eu (et ont) par rapport à l'adolescent : « l'étayage narcissique parental » (Marty, 2010). Plus ils sont dans le rejet, dans l'intolérance, plus ils disqualifient les conduites du jeune et plus le narcissisme de ce dernier risque de se dégrader. Toutes ces réponses menacent l'intégrité et le sentiment de continuité narcissique du jeune sujet. Le rôle essentiel que les parents ou les référents peuvent jouer pour leurs adolescents est donc de rendre narcissiquement tolérable les investissements objectaux, et d'éviter ainsi une confrontation brutale au paradoxe énoncé précédemment.

Les adolescents se sentiront davantage en danger lorsqu'ils ont eu à faire face à des réponses répétées disqualifiantes de l'environnement. Ils s'installent alors durablement dans une idéalisation et dans la crainte de la déception, mettant en route ce que P. Jeammet (1991) dénomme un « écart narcissico-objectal », soit le paradoxe décrit précédemment auquel s'ajoute un fonctionnement d'auto-sabotage permanent. Ces adolescents les plus vulnérables vont alors réactiver à cette occasion des fantasmes d'abandon et vivre des affects dépressifs (de type mélancolique), ou s'en protéger surtout lorsqu'ils ont le sentiment d'être ou d'avoir été profondément disqualifiés dans des attachements insécures et des violences d'individuation. Nous sommes alors dans une problématique narcissique primitive, une vulnérabilité narcissique où une partie du moi du sujet est clivée, identifiée et aliénée au narcissisme parental. L'objet ayant été vécu alternativement comme « défaillant » et « excitant », des assises narcissiques précaires menacent perpétuellement l'adolescent d'un effondrement. Se vivant comme ne pouvant à jamais se séparer des objets de l'enfance, le ou la jeune a de plus le sentiment de ne pas pouvoir se constituer par des fonctionnements d'appropriation subjective vu les conflits de dépendance et la précarité des assises narcissiques. Les objets internes sont vécus dans un registre persécuteur, vampirique.



Ceci est particulièrement exacerbé par les conditions de l'attachement dans l'enfance. Nous retrouvons ici souvent en jeu dans la petite enfance de ces adolescents vulnérables un « attachement insécuré de type détaché » (Allen et al., 1996). Ces patterns négatifs viennent marquer l'histoire du sujet et notamment l'évolution du travail de latence dans l'enfance. Ainsi, le détachement dans l'hyperactivité vient empêcher un véritable désengagement avec le travail de latence. Plus tard, face à l'impossibilité d'installer un véritable travail de désidérialisation, de « désengagement » des objets de l'enfance, un réel « processus de latence » entre le pubertaire et l'adolescence, les dynamiques d'appropriation subjective et donc, l'intégration du génital vont se trouver perturbées (Green, 1993 ; Marty, 1999).

Ainsi, l'insécurité narcissique provoque en permanence des défenses contre l'angoisse de séparation, celle-ci se potentialisant à l'adolescence du fait de l'impossibilité de retrouver les traces des liens aux premiers objets. Le sujet adolescent risque de devoir lutter perpétuellement contre une situation d'insécurité et d'abandon. Un attachement déficient, du fait d'une carence relationnelle ou d'une séparation prolongée, aurait donc des conséquences graves sur le développement, notamment en provoquant des actes délinquants, mais plus souvent une large gamme d'aspects négatifs du développement psychosocial à l'adolescence (fugues, comportement de dépendance, échec scolaire, ...). Allen et al. (Op. Cit.) soulignent combien les agirs à l'adolescence vont souvent être en miroir à des modèles internes négatifs mais aussi à des relations aux parents actuels. Ces liens négatifs ne permettent pas un travail d'intériorisation et de différenciation, rendant les adolescents encore plus dépendants de leur environnement. Ailleurs, F. Atger (2007) montre notamment comment l'attachement insécuré et la pression vers l'autonomie (à cause d'une fragilité narcissique), constituent des facteurs de risque de survenue de l'agir pathologique.

Ces fonctionnements se trouvent transmis par des modes de filiation traumatique. Pour G. Ausloos (1995), l'adolescent recourt à des agirs comme s'il était en quête d'une certaine sécurité vis-à-vis d'une recherche de figures référentes et répondait à une forme de conflictualité préexistante entre l'autonomie et la dépendance. En fait, cette conflictualité et ce manque de sécurité produisent des troubles de conduite à différents niveaux en raison d'un déséquilibre entre des attentes narcissiques et la réalité des liens.

Cependant, ces faits ont aussi des conséquences sur les premières expériences pubertaires, bien avant la conquête de soi à l'adolescence. La jeune fille aura tendance

à court-circuiter l'appropriation du génital en se jetant à corps perdu dans des expériences sexuelles à tonalité phallique là où elle ne peut trouver de traces de filiation du féminin dans le lien maternel (Ternynck, 2000). On comprend dès lors la façon dont certaines jeunes filles sortent d'une histoire de placement dans des expériences de maternité précoce ou, en tous les cas, à travers la prise de risque d'une sexualité très précoce, remettant en perspective par ce biais parfois les violences des abus du passé (inceste, abus sexuels). Les achoppements seront différents pour le garçon, l'appropriation du génital ayant moins lieu dans l'intériorité du corps et davantage dans le langage de l'acte dominé par des tendances antisociales ou traumatophiliques de recherche de la prise de risque.

Dès lors, nous ne pouvons que souligner l'importance de l'héritage traumatique familial dans la vie de ces adolescents, des tensions qui se trouvent révélées à l'adolescence. Dans un contexte de maltraitance (et/ou d'abus) mais surtout de « filiation traumatique » exacerbant les enjeux de « séduction narcissique », l'enfant est soumis dans une forme d'indifférenciation, à la « confusion des langues », au climat incestuel dans sa famille (Guyotat, 1980 ; Racamier, 1992, 1995 ; Ferenczi, 1933). Sans un travail soutenu sur la toxicité de ces liens, le placement, s'il apaise momentanément cette relation d'emprise, ne résout rien à long terme pour ces enfants. Ainsi, la violence traumatique de la puberté (l'effraction pulsionnelle, les conflits incestueux, parricides et fratricides) dans ce contexte va révéler la faiblesse des assises narcissiques mais surtout les carences, voire la « perversité » de l'étayage parental, l'adolescent n'ayant jamais pu se constituer dans l'épreuve de la destructivité, du « détruit/créé » ou de la survie de l'objet (Winnicott, 1971 ; Roussillon, 1991).

Nous pouvons retrouver trois types de recouvrements traumatiques qui sidèrent la vie psychique et les conditions d'appropriation subjective. Longtemps, on a ignoré l'importance des événements traumatiques, souvent des violences d'abus répétés dans l'enfance de ces jeunes qui mobilisent des formes de défenses (identification à l'agresseur, clivage) provoquant des fonctionnements négatifs en creux qui deviennent insupportables après la puberté. Ces enjeux se trouvent potentialisés, nous l'avons vu, par le contexte dans lesquels ces événements surviennent, des liens de dépendance exacerbés souvent par un « complexe traumatique de filiation », l'existence d'un héritage traumatique : secrets de famille, antécédents d'inceste, de violences de deuil, etc (Drieu, 2004). Ces dynamiques de filiation traumatique vont en potentialisant l'auto-engendrement négatif, entrer en résonance avec des « violences transsubjectives » (honte, relégation identitaire) et installer des formes de régression, l'adolescent



finissant par s'enfermer au creux du groupe de pairs dans des « logiques d'auto-exclusion » (Amati Sas, 2004 ; Furtos, 2008).

Les agirs de ces adolescents sont donc habités par toutes ces problématiques, c'est pourquoi nous avons souligné l'importance des tendances traumatophiliques ou parfois antisociales à l'œuvre derrière leurs conduites. Nous voudrions maintenant en examiner plus avant la problématique et les différents enjeux à partir d'une discussion à propos de deux cas cliniques. Nous avons fait le choix de vous présenter la situation d'une adolescente et celle d'un adolescent, les formes des troubles se jouant différemment et indirectement celles des prises en charge en Protection de l'Enfance.

Des Agirs aux Multiples Sens dans Un Contexte de Vulnérabilité

Vécus d'excès, de carences et vulnérabilité narcissique

Nous avons évoqué plus haut comment la vulnérabilité narcissique peut créer des contraintes paradoxales entre des attentes de reconnaissance et des craintes de dépendance, conduisant le ou la jeune dans l'excès ou le retrait, autant de conduites à l'origine des conduites à risque à l'adolescence. Cependant, cette problématique va se jouer un peu différemment pour l'adolescente et l'adolescent

Clarisse, 14 ans, est hospitalisée en urgence dans un service de psychiatrie à la demande d'un juge et de l'équipe PJJ après de multiples agirs qui mettent en échec son placement en famille d'accueil. Auparavant, elle a été placée avec sa sœur de deux ans son aînée à la suite de violences multiples dans sa famille : alcoolisme de son père, conflits conjugaux, errance et prostitution de sa mère. Celle-ci est repartie rapidement dans les circuits de la prostitution lorsque Clarisse n'est âgée que de 18 mois. Plus que les carences, c'est une forme d'insécurité narcissique qui hante la vie de Clarisse, semble-t-il, plus marquée que sa sœur par une problématique d' « attachement négatif » (Anzieu, 1996). Elle a en effet été l'objet de chantage de la part de son père afin que sa mère puisse rentrer au foyer. Les enfants ont d'abord été placés en foyer de l'enfance à l'âge de 3 ans pour Clarisse, puis en famille d'accueil. Cependant, face aux nombreux troubles du comportement, Clarisse va « échouer » en placement alterné entre foyer et famille d'accueil, et ce jusqu'à l'âge de 14 ans où une juge demande son hospitalisation en psychiatrie pour arrêter l'escalade.

Jeune fille très vive, elle est en échec scolaire, elle se livre régulièrement à des fugues et à des trafics avec des aînés depuis son entrée au collège. Les années

précédant son hospitalisation, elle a commencé à s'enfermer dans des « conduites séductrices, très sexualisées » avec les adultes en allant « risquer sa peau » avec des jeunes trafiquants, en les provoquant ouvertement.

Il semble qu'il y ait ici une imitation massive du comportement maternel mais nous sommes loin du registre identificatoire, davantage sur le terrain de l'emprise se jouant dans une sorte de contrainte par corps provoquant un mouvement hystérique. Le mouvement pubertaire réactive la haine du maternel et en conséquence, une forme de haine du corps pubère. Pour s'en protéger, Clarisse semble se démettre de ses désirs, attribués à l'autre séducteur, harceleur. Les jeux périlleux d'errance sexuelle, de drague ou de débauche (prostitution réelle ou fantasmée) nous renseignent sur la confusion qui existe entre les attentes narcissiques et érotiques. Ici, l'expérience de la genitalité est déviée de son but, le creux féminin étant figuré dans une image de violente passivation en référence au vécu archaïque.

L'engagement symptomatique est différent pour l'adolescent, amenant par contre coup un fonctionnement autour de la vulnérabilité narcissique qui produit des effets différents dans l'environnement, sur les intervenants.

Ainsi, avons-nous choisi de parler d'Ahmed, un jeune déjà cité dans une autre publication centrée sur les parcours des jeunes incasables (Drieu et al., 2010). Il a 17 ans et demi lorsque nous le rencontrons pour la première fois à l'occasion d'une recherche sur les problématiques des adolescents à difficultés multiples en Protection de l'Enfance. Il est hospitalisé alors depuis plus de trois ans dans un service de psychiatrie adulte. Ahmed est un enfant de parents d'origine algérienne, avec un père très âgé (92 ans) et confronté à des violences traumatiques pendant la guerre d'Algérie, une mère présentant des antécédents psychiatriques après avoir fait l'objet d'une répudiation par un premier mari en Algérie. Il s'est retrouvé très tôt témoin de violences multiples entre ses parents, de scènes à haut potentiel traumatique comme l'accouchement de sa mère sous ses yeux dans une voiture, des violences conjugales répétitives dans son enfance. Il est placé à 7 ans dans une famille d'accueil avec son petit frère âgé de 3 ans alors que sa mère est hospitalisée en psychiatrie pour des épisodes confusionnels qualifiés de psychotiques.

Bien que très tôt pris dans des bizarreries de comportement (référence à des voix, rituels, hyperkinétique) surtout à l'école, des actes rappelant les « conduites auto-calmanes » (balancements, obsessions, coups donnés avec sa tête face à la frustration) décrites par Szvec (1998), les problèmes vont se complexifier au moment



de la puberté. En effet, Ahmed est alors évincé du circuit scolaire et il sera alors tenté un placement en IME. Toutefois, il va littéralement explosé à ce moment-là face à la séparation de la famille d'accueil et son entrée progressive dans un statut d'enfant en situation de handicap. Ces deux évènements semblent en effet réactiver violemment la précarité des assises narcissiques, la précarité des attachements et des défenses. Malgré une grande empathie de la famille d'accueil, les épisodes confusionnels sont de plus en plus nombreux, l'amenant à s'installer dans des fonctionnements déréels : retrait scolaire, aboulie, scènes d'étrangeté. Ces épisodes alternent avec de plus en plus de transgressions, de fugues, de conduites délictueuses (vol, rackets à l'IME, puis plus tard en psychiatrie). Nous retrouvons ici l'expression d'une violence en creux (épisodes déréels) et en plein (les agirs à tendance psychopathique) qui semble comme des répliques de la manière dont le jeune paraît colonisé par ses objets. Enfermé dans un vécu sensitif, voire paranoïde avec ses objets, tant internes qu'externes, les conduites antisociales paraissent comme les derniers remparts face à des craintes d'effondrement, un vécu de déréalité.

En même temps, lorsque nous le rencontrons, Ahmed est replié sur lui-même. Il est en permanence renvoyé vers des procédures de contention avec mise en isolement mais aussi suppression des soins de jour et donc des projets susceptible d'apporter un support de médiation vers de nouveaux investissements, supports à la diffraction des tensions et à une certaine contenance. Il renvoie une image double du point de vue de la psychopathologie, tantôt perçu par les éducateurs comme un jeune psychotique, pour les soignants l'image d'un jeune s'enfermant dans le processus psychopathique. Il est arrivé après divers essais d'hospitalisation sans lendemain à la suite d'un incident qui majore par ailleurs ses traits psychotiques. Suite à un conflit avec la famille d'accueil par rapport au retour à l'IME, il s'est saisi d'une hache, menaçant pour tout le monde, finissant par lâcher prise devant la fermeté du mari de l'assistante familiale mais en partant dans une sorte d'errance, les yeux révulsés. De même, depuis son entrée dans le service, ayant appris la fin du placement dans la famille d'accueil, il fugue et s'attaque régulièrement souvent aux autres, particulièrement les patientes qu'il perçoit comme plus faibles en les séduisant, puis en abusant d'elles en les rackettant, en les sollicitant pour des relations sexuelles. Dans un premier temps, l'équipe psychiatrique va tenter de négocier des compromis avec l'IME, la famille d'accueil mais sans suite. Elle est en effet très inquiète par rapport à la personnalité « caméléon » d'Ahmed. Ainsi, à la limite, ses autres agirs (fugues, transgressions), ses tendances antisociales rassurent d'une certaine façon l'équipe qui

pense que l'escalade est surtout due aux réactions institutionnelles de l'Aide Sociale à l'Enfance (fin du placement chez sa famille d'accueil, passage de l'enfant carencé à l'image du petit monstre).

Nous reviendrons plus loin sur les problèmes de prise en charge que pose les suivis de ces deux jeunes mais nous pouvons déjà noté un problème de compréhension quant aux sources des troubles. Ainsi, la dynamique des premiers liens reste perçue comme soulevant des problèmes de carences, ce qui induit un risque d'une perception faussée des troubles à l'adolescence.

Pour Clarisse, l'insistance donnée à l'abandon maternel semble peser dans la prise en charge en psychiatrie, la question d'une forme d'hystérisation des liens restera longtemps passée sous silence et avec elle toute la dimension traumatophilique. Chez Ahmed, le contexte de l'emprise, le poids des antécédents familiaux ne pouvant faire l'objet d'un travail avec la famille d'accueil, la dimension « maso-narcissique » des troubles à l'adolescence ne peut être abordée avec les travailleurs sociaux de l'ASE (Green, 1983). Là aussi, aux carences narcissiques de l'enfance semblent correspondre les violences pulsionnelles de l'adolescence, laissant de côté, toute les dimensions paradoxales des liens d'attachement aux parents, à sa double culture, des alliances mobilisées par rapport aux conflits de relégation identitaire.

Traumatophilie et attaques du corps chez Clarisse: un scénario hystéro-dépressif

Bien qu'hantée par des antécédents traumatiques (tentative de viol à 13 ans, exclusions scolaires, errance et mise en danger), Clarisse réagit surtout à des tensions traumatiques dans les premiers liens : trauma primaire, attachements négatif, relations d'emprise. Abandonnée très tôt par sa mère, objet de chantage affectif du père, elle est investie dès sa naissance dans des liens paradoxaux provoquant à la fois, d'un côté, une escalade, la persécution et, parfois, le retrait, une position mélancolique qui vient barrer toute perspective d'individuation. Dans ce contexte, le traumatisme fait référence à l'effraction, le « trop plein » pulsionnel potentialisé par la « confusion des langues », les scènes dont Clarisse a été témoin (Cournut, 1991). Paradoxalement, il est aussi lié au « vide », des lacunes psychiques qui vont se révéler pour Clarisse dans son enfance et surtout à l'adolescence, par des sensations d'impuissance, de passivité ou « passivation » (Green, 1993).

A la puberté, en effet, ces violences traumatiques se trouvent réactivées par l'effraction pulsionnelle, ce qui menace le Moi très précaire de Clarisse. Ses agirs



tentent de mobiliser un scénario de séduction dans une tension hystéro-dépressive que l'on peut appréhender comme une sorte de « butée » face au risque de désorganisation pulsionnelle comme nous le précise J. Guillaumin (1985). Le choc traumatique activement recherché pourrait alors prendre une valeur d'acting out mettant en jeu une problématique de séparation par rapport à un vécu indifférencié. Face au risque de passivation et de régression, il s'agit de relancer le processus d'individuation afin que la vie psychique ait un lieu pour advenir. Cependant, la « dérive mélancolique » la conduit à une certaine « désobjectalisation » qui se trouve exacerbées par les violences transsubjectives dont Clarisse est l'objet (Chabert, 1999). Face à la déception, la blessure ouverte par l'attachement insécurité et les disqualifications narcissiques, la haine contre l'objet s'est trouvée renforcée mais rabattue sur le corps. Si une certaine capacité de fantasmatisation séductrice subsiste chez Clarisse, l'ombre de l'objet n'étant pas totalement tombée sur le Moi, elle se dégrade dans un comportement violent et hypersexualisé. Prise entre des attentes de reconnaissance et des craintes de déception à la mesure de ce qu'elle a pu endurer dans ses premiers liens, Clarisse nous apparaît comme très clivée. Elle est une sorte de personnage à deux faces, celle d'une petite fille avide d'un lien privilégié avec les soignants et celle d'une « apprentie-prostituée », capable de se livrer à des trafics avec les patients au point de payer avec son propre corps.

Lorsque nous la rencontrons dans un service de psychiatrie adulte, cette question du vide et de l'excès nous saute aux yeux, Clarisse semblant déjà enkystée dans un clivage du corps. Ainsi, suite à des fugues, des expéditions séductrices qui l'amènent à se sauver du service (elle va même sauter une fenêtre du deuxième étage) dans une sorte d'escalade dans une mise en danger de soi, elle se retrouve en chambre d'isolement, se repliant dans un fonctionnement mélancolique, portée alors à s'abîmer (auto-mutilations, abandon) dans une sorte d'auto-sacrifice. Clarisse réagit comme si elle formait un anti-corps dans ses prises de risques, ses auto-mutilations, l'élément féminin étant très peu distillé dans son corps, ce dernier restant pris dans le « trop » et le « vide » du désir maternel (Cournut, 1991). Il va arriver que Clarisse, en résonance avec les positions des uns et des autres dans le service, se retrouve en situation abandonnique, oubliée dans le fond de sa chambre d'isolement ou encore, se retrouve dans une fugue devant la porte de chez une des soignantes laissant transparaître une alternance d'attitudes victimaires et revendicatrices.

Ce fonctionnement entre vide et excès va saturer longtemps la scène institutionnelle, son comportement retentissant sur les prises en charge en psychiatrie

et en protection de l'enfance. Les conduites traumatophiliques à forte connotation sexuelle de Clarisse vont créer pendant longtemps la zizanie dans les équipes, ramenant celles-ci vers les pactes dénégatifs tendant à nier la dimension du féminin, leurs propres capacités réceptives. Ainsi, prévoit-on un séjour de rupture pour Clarisse avec des patients toxicomanes, niant totalement les risques. Ce n'est qu'en reprenant tous ces méfaits en lien avec la dramatique méprise vécue par Clarisse de ses satisfactions narcissiques et érotiques que nous parviendrons progressivement à lever ces pactes de silences, d'abord auprès des soignants et éducateurs, puis par la suite avec son entourage et elle-même. L'orientation des difficultés et de la prise en charge est tout autre pour Ahmed.

Tendances antisociales et achoppements d'intersubjectualisation chez Ahmed

Au moment où nous le rencontrons, il est perçu comme un adolescent aux multiples visages. Très dépendant du regard de l'autre, il cherche à gagner l'estime des plus marginaux en se livrant à des petits larcins, des vols afin de séduire un réseau de petits délinquants extérieurs. Il peut donner l'impression de s'ancrer dans un fonctionnement psychopathique allant jusqu'à s'attaquer à d'autres patients, souvent les plus fragiles. Il retrouve des jeunes aux mêmes problèmes identitaires avec des rites de ralliement, des jeux ordaliques qui témoignent également de l'importance d'une communauté d'existence autour d'un passé de situations sociales traumatisantes. Face à des violences transsubjectives comme dans le vécu d'Ahmed, le Moi utilise l'ambiguïté à la manière d'un bouclier pour se défendre des irradiations de l'héritage traumatique. A la limite, ces mécanismes d'adaptation peuvent provoquer une forme de « banalisation du mal » qui amène le jeune à protéger et à enfermer sa partie vivante. Collectivement, ces jeux de clivage vont faire l'objet de « pactes narcissique dénégatifs », voire parfois donner lieu à des alliances perverses déclenchant des violences fratricidaires au niveau des jeunes et un fossé d'incompréhension entre les professionnels en présence dans le secteur psychiatrique et médico-social.

Ainsi, certains intervenants craignent qu'Ahmed s'enferme au creux de la bande, d'autres dans la déréalité, désinvestissant les liens, les activités. Pourtant, par exemple, les fugues chez Ahmed sont là aussi pour signifier dans la réalité ce besoin de retrouver des figures d'attachement et dévoile une forme de mise à l'épreuve (traumatophilie) lorsque, par exemple, il vole un engin à moteur pour rouler toute une



nuit vers l'habitation de sa famille d'accueil. Enfin, ces agirs prennent à témoin les soignants, les mettant à défi de proposer des objets à investir. Il va se distinguer par exemple un jour en se présentant convenablement habillé, propre face à l'équipe soignante alors qu'il rentre d'un long moment d'errance. Aussi, les actes peuvent être parfois l'ébauche d'une forme de solution dans la confrontation radicale aux limites, la recherche d'une contenance à travers la confrontation à l'autorité. Nous pensons là aux tendances antisociales explorées par Winnicott (1956, 1958) qui tenteraient de mettre l'accent sur des « craintes d'effondrement » venant de moments traumatiques très précoces, d'expériences de déprivation qui ne sont jamais trouvés pensés dans les premiers liens. Ces mises en actes sur une scène sociale peuvent recouvrir une visée mutative dans la mesure où l'adolescent(e) peut éprouver les capacités nouvelles de l'environnement à faire face à la destructivité. C'est ainsi que rentrant de sa dernière fugue, Ahmed va évoquer avec les soignants cet « ailleurs », le monde de ses parents avec des yeux d'enfants, des images de maisons en forme de cases africaines, de désert et d'oasis, dévoilant alors un univers très sensible et fragile. Cependant, face aux violences traumatiques primaires, confronté à un héritage transgénérationnel, il ne peut que recourir à l'acte lorsque sa sauvegarde narcissique est en jeu. Ces tendances antisociales rassurent d'une certaine façon l'équipe psychiatrique dans un premier temps, pensant que l'escalade chez Ahmed est surtout due aux « réactions malveillantes » de l'aide sociale à l'enfance qui rompt le lien avec la famille d'accueil au nom du principe de précaution. Progressivement, Ahmed va se trouver rejeter par les deux services, mettant en cause par ses comportements les limites et la survie des cadres et missions des deux institutions. En situation de perpétuelle déprivation, il est perpétuellement convaincu d'avoir été spolié de liens ordinaires, d'attaches et de relations l'aidant à faire face aux recouvrements traumatiques. Il ne peut que réagir alors dans une sorte « d'écart narcissico-objectal », préférant saboter ses investissements (Jeammet, 1991). En même temps, la réalité externe, l'autre prend une place considérable au point d'être incessamment décevante. Face à lui, il y va d'une nécessité à mieux appréhender la façon dont il utilise son environnement, la réalité des liens et à instituer des prises en charge qui résiste aux attaques et leur donne du sens, à initier des médiations qui permettent de nouer des liens tout en en limitant le poids. Se trouve ainsi reposée la question de l'utilisation et de la survie de l'objet décrite par Winnicott (1971) mais aussi des fondements des « alliances », « contrats et pactes narcissiques à l'œuvre qui empêchent de nouveaux liens dans la

continuité/discontinuité de l'adolescence par rapport à ses investissements de l'enfance (Kaës, 2008).

Conclusion

En guise de conclusion, que peut-on ajouter dans la perspective de ces observations ? Si dans les deux cas, c'est la question des entraves aux processus d'adolescence qui se trouve posée, il est indéniable que la dimension sexuée, celle du genre, nous impose de penser les enjeux psychiques engagés par ces jeunes et les modalités de prise en charge de manière spécifique. Les parcours de prise en charge sont déjà très différents. Les éducateurs du « judiciaire » sont plus souvent les premiers référents dans les suivis des adolescents suite à des délits, des actes antisociaux alors que les soignants sont plus mobilisés de manière itérative face des « comportements d'attaque du corps » dans les parcours de prise en charge des adolescentes. Ainsi, ces modes d'entrée dans les dispositifs risquent d'induire des cloisonnements dans les suivis entre équipes mais surtout des projections négatives transformant ces jeunes en figures de perversion face à l'impossible travail de l'échec de l'idéal éducateur et soignant. D'un côté, pendant longtemps, bien qu'en lien avec une équipe d'éducateurs, nous serons surpris que ceux-ci ne proposent que des séjours de rupture pour Clarisse qui finissent par l'enfermer dans ses conduites séductrices de mise en danger de soi comme par exemple un passage sur un bateau avec des toxicomanes endurcis. Celle qui était perçue comme un « petit ange » à protéger se transforme en figure sexuée monstrueuse dans les représentations des éducateurs, un mécanisme défensif qui risque d'être redoublé par l'appel à la technicité des soins psychiatriques. A l'opposé, nous ne serons pas surpris, et cela malgré l'investissement d'une équipe soignante que Clarisse finisse par moments de disparaître derrière une relation aseptisée. Dans le cas d'Ahmed, face à son ancrage dans les troubles du comportement, les administrations de l'ASE et celle de l'hôpital luttent, vont se cliver. L'équipe soignante projette sur la famille d'accueil un « idéal de dévotion maternelle », l'amenant par exemple à l'inclure dans des entretiens familiaux, ce qui la conduit à se mettre en porte à faux dans ses liens avec l'ASE, à ne pas entendre ses limites. Par ailleurs, l'équipe de psychiatrie adulte, supportant toujours aussi mal la présence d'Ahmed dans les murs s'oppose en actes à l'équipe de pédopsychiatrie de l'extra-hospitalier. Pourquoi ceux-ci qui ont renoncé à leurs lits il y a une vingtaine d'années seraient chargés des tâches nobles, les activités thérapeutiques alors qu'eux-mêmes avec Ahmed, se sentent redevenir de vulgaires



gardiens ? Ces tensions se trouvent aussi potentialisées par les violences transsubjectives en jeu, tant chez Ahmed et dans son environnement qu'au sein des équipes en présence.

Pour parvenir à un travail d'élaboration avec ces jeunes, il y a la nécessité d'articuler les registres intra, inter, et transsubjectifs. Nous pouvons comprendre là l'intérêt d'institutions comme les Maisons des adolescents proposant un travail décloisonné, tant du côté des professionnalités que des modalités cliniques, le soin, l'accompagnement éducatif, pratiques individuelles et de groupes. Cependant, la haine du féminin est l'apanage des troubles de ces jeunes, la « passivité/activité » est rejetée par une aspiration dans une logique de filiation narcissique. Aussi, le risque est grand que la réceptivité des équipes aux affects et enjeux inconscients se transforme en des alliances perverses autour d'un idéal institutionnel phallique, une sorte de dimension héroïque, redoublant celle des adolescents accueillis. Confrontés à des dénis multiples, à des défenses contre la reconnaissance et l'accueil d'éprouvés catastrophiques, les différents professionnels risquent d'enkyster ces expériences négatives, en constituant dans les institutions des cryptes empêchant le travail d'élaboration. Les conséquences négatives de ces effondrements traumatiques sont redoutables, tant pour les jeunes transformés progressivement en monstres, en pervers que pour les professionnels qui ne sont plus que l'ombre d'eux –mêmes, ces catastrophes traumatiques pouvant ouvrir sur la dépression à long terme.

En revanche, les exemples cliniques comme celui d'Ahmed sont nombreux qui montrent la nécessité, au-delà d'un travail de prise en charge plurifocale, de l'apport d'une co-référence éducative et de soin psychique, de l'importance d'un dispositif d'analyse groupale mobilisant les professionnels. En effet, la reprise et la métabolisation des traumatismes vont dépendre à la fois de la capacité des professionnels à s'extraire de la collusion institutionnelle et à partager leurs éprouvés, à les requalifier dans un processus groupal qui assure une « fonction miroir » et d'élucidation de pactes dénégatifs (Roussillon, 1999).

Références

Accard, N., & Bénateau, C. (2006). Comme réponse à la précarité du lien mère-bébé: « Les Petits Pas », un réseau en périnatalité. *Pratiques Psychologiques*, Paris, Masson, 12(2), 157-175.

- Accard, N., Burel, G., Lesueur, M., & Puissant, D. (2012). Référence aux sensations corporelles dans un groupe mère-bébé avec accueil différencié des pères - Le groupe transitionnel « À pas de velours ». *Dialogue*, (197), 91-103.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an eleven-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (64), 254-263.
- Amati Sas, S.(2004). L'interprétation dans le trans-subjectif : Réflexion sur l'ambiguïté et les espaces psychiques, Médecine et hygiène, *Psychothérapies*, 24(4), 207-213.
- Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*, (175), 73-86.
- Berger, M. (1997). *L'enfant et la souffrance de la séparation: Divorce, adoption, placement*. Paris: Dunod.
- Berger, M. (2003). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris: Dunod (2ème édition, 2004).
- Bydlowsky, M. (2000). *Je rêve un enfant : L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Chartier, J.-P. (1989). *Les incasables: alibi ou défi*. Paris: Édition Journal des psychologues.
- Cournut, J. (1991). *L'ordinaire de la passion: Névroses de trop, névroses de vide*. Paris: PUF, Coll. Le Fil Rouge.
- Delion, P. et al. (2008). *Méthode d'observation des bébés selon Esther Bick: La formation et les applications préventives et thérapeutiques*. Ramonville Saint Agne: Erès.
- Drieu, D., & Genvresse, P. (2003). Enjeux et limites du travail thérapeutique avec l'adolescent suicidant en consultation ambulatoire. *Dialogue*, (162), 46-58.
- Drieu, D., Sarabians, S., Proia-Lelouey, N., Plagès, M., & Desquesnes, G. (2010). Parcours des adolescents vulnérables à la sortie du système de la protection de l'enfance: Réflexion sur les différentes violences en jeu et sur les alternatives de prises en charge, *Psychologie clinique*, EDK, (30), 49-62.
- Duché, D-J. (1995). Ces jeunes au comportement déviant grave dits cas lourds. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Expansion Scientifique Française, 43(3), 71-74.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In *Œuvres complètes*, IV (1927-1933) (pp. 125-138). Paris: Payot, 1982.



- Finkelhor, D., Ormrod, R.-K., & Turner, H.-A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, (31), 7-26.
- Frechon, I., Boujut, S., Drieu, D., Plagès, M., Abdouni, S., Philibert, A., Bonvalet, D., & Perrier, J. (2009). *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger: Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Rapport MIRE-DRESS, partenariat INED, GRASS-CNRS § Université de Caen Basse-Normandie.
- Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité: Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris: Masson.
- Fustier, P. (1993). *Les corridors du quotidien. La relation d'accompagnement dans les établissements spécialisés pour les enfants*. Lyon: PUL.
- Gabel, M., Lebovici, S., & Mazet, P et al. (Eds.). (1996). *Maltraitance psychologique*. Paris: Fleurus.
- Gargneli S. (2006). *La construction sociale de l' «incassable » : Adolescents entre secteur social, judiciaire et psychiatrique*. Mémoire Master 2 travail social, action sociale et société, CNAM.
- Gautier, Y. (1982). Traumatismes précoces et leurs devenir: Prématurité et carence affective. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 30(4-5), 175-191.
- Guillaumin, J. (1985). Besoin de traumatisme et adolescence. *Adolescence*, Paris, GREUPP, 3 (1), 127-137.
- Green, A.(1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Ed. de Minuit.
- Green A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris: Éd. de Minuit, Coll. Critique.
- Guyotat, J.(1980). *Mort, naissance et filiation*. Paris: Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie.
- Houzel, D. et al. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint Agne: Erès.
- Jeammet, P. (1991). Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. In B. Brusset, & C. Couvreur (Eds.). *La Boulimie*. Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 81-104.
- Jeammet, P. (1990). Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38(4-5).
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2001). *Évolution des problématiques à l'adolescence: L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. In *Références en Psychiatrie*. Paris : Doin.

- Kaës, R. (2008). *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris: Dunod.
- Malandrin, M.-H., & Schauder, C. (2009). *Une psychanalyste dans la cité: L'aventure de la maison verte*. Paris: Gallimard.
- Marty, F. (1999) La latence dans l'adolescence avec A. GREEN, *Adolescence*, Paris, GREUPP, 17(1), 101-110.
- Marty, F. (2010). Dédale aurait-il tué Icare? Le risque à l'épreuve du soutien narcissique. In A. Birraux, & D. Lauru (Eds.). *Adolescence et prise de risques* (pp. 65-81). Paris: Albin Michel.
- ONED (2005). *Premier rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*. Paris: La Documentation française.
- Plagès, M. (2007). *Observation des dispositifs de prises en charge psychologiques chez des adolescents placés à l'aide sociale à l'enfance présentant des conduites de rupture*. Mémoire de master 2 en psychologie clinique et psychopathologique, Université de Caen Basse-Normandie, Caen.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines- psychanalyse et psychoses*. Paris: Payot.
- Racamier, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Ed. du Collège.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: P.U.F., Le Fait psychanalytique.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF.
- Straus, P., & Manciaux, M. et al. (Eds.) (1993). *L'enfant maltraité*. Paris: Fleurus.
- Szwec, G. (1998). *Les Galériens volontaires*. Paris: PUF, coll. Épîtres.
- Winnicott, D.-W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: NRF, Gallimard, 1975.