

N° 257

DÉCEMBRE - 2022

Mensuel 15 €  
20 € étranger

leCarnetPsy

[www.carnetpsy.fr](http://www.carnetpsy.fr)



# DÉPRESSION ET CONDUITES SUICIDAIRES À L'ADOLESCENCE

**GÉRARD BONNET**

« La psychanalyse n'est  
pas tombée du ciel »



**83<sup>e</sup> Congrès des Psychanalystes de Langue Française (CPLF)**

**du 18 au 21 mai 2023**

**au Swiss Tech Convention Center de Lausanne - rue Louis Favre 2, 1024 Ecublens**

## **AFFECT, THÉORIE...**

*\* Une traduction sur place est prévue en français/allemand*

**Marina PAPAGEORGIOU (SPP) - Penser l'affect. L'affect a-t-il toujours raison ?**

*Discutant : Nicolas De COULON (SSPsa)*

**Adela ABELLA (SSPsa) - L'analyste et son rapport à la théorie**

*Discutant : Bernard BENSIDOUN (SPP)*

**Olivier BONARD (SSPsa) - Les avocats du ça**

*Discutante : Elisabeth Birot (SPP)*

### **Tables rondes :**

#### **• Le travail de déformation •**

*Udo Hock (DPV, Berlin), Sabina Lambertucci-Mann (SSP, Paris), Patrick Schwengeler (SSPsa, Berne)*

#### **• Trace, frayage et Pathosfermeln •**

*Olaf Blanke (EPFL), François Ansermet (UNIL, UNIGE)*

#### **• La mise en scène des théories sexuelles infantiles •**

*Martin Gauthier (SCP, Montréal), Ana Maria Nicolo (SPIt, Rome), Emmanuelle Sabouret (SPP, Paris)*

#### **• L'enfant rebelle •**

*Daniel Barth (SSPsa, Basel), Alper Sahin (IPD, Istanbul), Paola Catarci (SPIt, Rome)*

#### **• L'affect et la quête de la vérité •**

*Patrick Merot (APF, Paris), Patricia Waltz (SSPsa, Genève), Yael Samuel (SPIs, Raanana)*

#### **• Les théories latentes de l'écoute •**

*Marc Christe (SSPsa, Bellinzona), Stefano Bolognini (SPIt, Rome), Emmanuelle Chervet (SPP, Lyon)*

**Direction scientifique du CPLF :** Bernard Chervet - Marilia Aisenstein - Elisabeth Dahan-Soussy

**Direction administrative du CPLF :** Evelyne Beddock

### **Renseignements et bulletin d'inscription :**

SPP - Congrès des Psychanalystes de Langue Française - 21 rue Daviel 75013 PARIS

01 43 29 66 70 - du lundi au jeudi de 9 h 30 à 13 h 00 - E-mail : [congres@spp.asso.fr](mailto:congres@spp.asso.fr) - Site Internet : [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr)

**Revue mensuelle éditée  
par Carnet Psy**  
RCS Paris 397 932 583  
15 rue Bréa  
75006 Paris  
06.67.48.94.16  
Représentant légal :  
Kevin Hiridjee

Fondatrice de la revue  
**Manuelle Missonnier**  
Directeur de la Rédaction  
et de la Publication  
**Kevin Hiridjee**  
kevin@carnetpsy.com  
Coordnatrice de rédaction  
**Lucie Saurel**  
carnetpsy@gmail.com  
Abonnements  
**CRM-Art**  
abonnement Carnet PSY,  
CS 15245, 31152 Fenouillet cedex.  
carnetpsy@crm-art.fr

Comité scientifique  
**Pr. Jacques André**  
**Dr. Jacques Angelergues**  
**Dr. Alain Braconnier**  
**Pr. Anne Brun**  
**Dr. Sarah Bydlowski**  
**Pr. Catherine Chabert**  
**Pr. Maurice Corcos**  
**Pr. Pierre Delion**  
**Pr. Marcela Gargiulo**  
**Pr. Bernard Golse**  
**Dr. Vassilis Kapsambelis**  
**Pr. Sylvain Missonnier**  
**Pr. Marie Rose Moro**  
**Pr. René Roussillon**

Comité éditorial  
**Adrien Blanc**  
**Roxane Dejours**  
**Manuelle Missonnier**  
**Alexandre Morel**

Commission paritaire  
0923T82018, ISSN 1260-5921  
Imprimerie Neuville. Dépôt légal :  
4e trimestre 2022

# SOMMAIRE

## P.04 Edito

*Une mort incurable*  
MARIE-FRÉDÉRIQUE  
BACQUE

## P.5 Entretien

*"La psychanalyse n'est  
pas tombée du ciel"*  
GÉRARD BONNET

## P.10 Caroline Goldman

*Établir les limites éducatives*

## P.13 Recension

*Les arrangements de la  
mémoire*  
JACQUES HOCHMANN

## P.15 Recension

*La maltraitance, une des  
figures du traumatisme*  
ISAAC SALEM  
PHILIPPE VALON

## P.16 Recension

*Les apologues de Jacques  
Lacan*  
NICOLAS DISSEZ

## P.29 Paroles de clinicien

*Des berceuses en cœur pour  
soigner la rencontre*  
BRIGITTE BORSONI  
VIVIANE TALLOU

## P.22 Dossier

*Dépression et conduites  
suicidaires à l'adolescence*  
J. BELBEZE, L. BELLONE,  
E. BERGER, M. CORCOS,  
B. DEDEYSTÈRE, F. ENJOLRAS,  
J.-C. MACCOTTA, C. MOUREAUD,  
V. PAILLARD, I. SABBAB-LIM,  
M. ROBIN, A. ROGER,  
P. VOTADORO, H. WILLO-TOKE,

## P.50 CIP

*La symbolisation, jeu  
d'alternance entre présence  
et absence de l'objet*  
STÉPHANIE GEORGE

## CARNET PSY + CAIRN.INFO



**A partir de 135€**  
au lieu de 250€

**JE M'ABONNE**

- ✓ Une offre d'abonnement unique à Cairn.info et Carnet Psy
- ✓ La revue Carnet Psy chez vous (9 numéros)
- ✓ Les archives de Carnet Psy depuis 1994 en ligne
- ✓ Tous les articles sur le site carnetpsy.fr
- ✓ Offre préférentielle aux colloques Carnet Psy
- ✓ Abonnement 12 mois à 150 revues de psychologie, psychanalyse et santé mentale sur Cairn.info
- ✓ Consultez et téléchargez les PDF sur cairn.info

**Vous pouvez vous  
abonner en ligne sur  
[www.carnetpsy.fr](http://www.carnetpsy.fr)**



## EDITO

# UNE MORT INCURABLE À ÉLIMINER OU À APPRIVOISER ?



**MARIE-FRÉDÉRIQUE BACQUÉ**

Psychologue, psychanalyste, professeure de psychopathologie clinique à l'Université de Strasbourg et présidente du Centre International d'Études sur la Mort.

L'approche spirituelle ou « propédeutique » de la mort n'est plus une constante dans notre société, comme elle a pu l'être dans l'Antiquité et jusqu'au XVII<sup>ème</sup> siècle. Avoir une idée de sa propre disparition, réfléchir à ce que l'on veut laisser, à ce que l'on aimerait faire encore, à ce que l'on pourra réellement faire avant de mourir, tout ceci est généralement mis de côté ou non approfondi. Or la question du mourir ne se résume pas seulement à envisager le passage par la mort, la question de la douleur ou celle de la souffrance psychologique de terminer sa vie. La mort est un fait social global qui concerne aussi le groupe.

La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 porte sur les conditions médicales et soignantes de la fin de la vie, elle permet de renoncer à des traitements qui n'ont plus d'effet sur la survie, elle permet aussi d'être « endormi » les derniers temps de l'agonie.

Il reste cependant de nombreux aménagements à y apporter sur le plan de la Culture.

La question de l'euthanasie ne peut être réduite aux décisions médicales et soignantes. Sa légalisation entraîne un changement de culture. Elle exige donc

une réflexion approfondie sur la mort et le mourir. Or, la mort a été quasiment chassée de nos vies grâce aux progrès médicaux, mais aussi à la limitation des pouvoirs des religions qui détenaient des convictions sur l'au-delà. Le mourir, qui jadis engendrait prières et fatalisme, ne peut pour autant être considéré comme un état binaire. L'agonie, cet entre-deux si insupportable, est pourtant un moment de lâcher-prise progressif. Bien sûr, avec les antalgiques « modernes », il est possible de la vivre et de la faire vivre à ses proches, pour peu qu'ils y aient été préparés. Nous pouvons encore progresser du côté de l'apprentissage de la mort dans nos sociétés. Dès l'école, les enfants jouent avec les mots, ils simulent des batailles, se transforment en guerriers, ils « tuent » et « meurent » en usant de simulacres. Ces jeux sont des apprentissages du mourir. De même, les grands mythes repris dans les contes leur apprennent les principes moraux et immoraux qui règnent sur nos sociétés. Les adolescents découvrent souvent la mort avec romantisme, ils sont friands de l'urgence de vivre, de l'angoisse de risquer la mort. Ils en jouent à leur tour. À l'âge adulte, la menace de la mort se rapproche, mais il est facile de l'éviter en se plongeant dans l'hyperactivité et le consumérisme. Avec le vieillissement

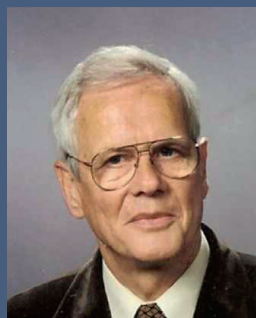
viennent solitude et questionnement sur le futur. Chacun de ces stades peut former un dialogue avec la mort, dialogue interne de soi à soi, mais aussi échange collectif, expérience à transmettre.

L'euthanasie remet en cause la prise en charge collective du mourir avec ses valeurs, du soutien à la solidarité. Les sciences et la médecine ne sont pas les seules concernées. Penser que notre mort nous appartient fait partie des vanités humaines. Mais soyons plus modestes et partageons cette question avec nos pairs, échangeons avec nos familles, abordons les sujets qui fâchent, réfléchissons à nos responsabilités, pas seulement à celles qui incombent aux médecins et soignants.

Si nous consacrons énergie, recherche et soutien pour accompagner nos proches aujourd'hui, nous demain, alors le temps naturel des adieux et de la préparation à l'absence sera plus humain. |■|

## ENTRETIEN

# « LA PSYCHANALYSE N'EST PAS TOMBÉE DU CIEL »



Entretien avec

**GÉRARD BONNET**

Psychanalyste, membre honoraire de l'APF, cofondateur et directeur de l'École de propédeutique à la connaissance de l'inconscient (E.P.C.I.)

*Carnet psy : Vous êtes, depuis des années, un auteur prolifique en psychanalyse. Vous avez écrit de nombreux ouvrages, sur Les voies d'accès à l'inconscient, L'angoisse, Le désir, Voir Être vu, Les perversions, Le transfert, Les idéaux, pour n'en citer que quelques-uns, et aujourd'hui : La vérité, dans et par la psychanalyse'. Pouvez-vous nous dire ce qui anime votre réflexion et motive votre travail ?*

Je dirai pour commencer que je suis un véritable « accro » à la connaissance de l'inconscient, mais attention, au sens littéral du terme : con-naissance, naissance avec. Nous passons notre vie, sans le savoir, à naître et renaître sous la pression constante d'un monde interne, inaccessible, qui s'est mis en place depuis les tout débuts de notre existence et dont nous ignorons tout *a priori*. Il est là et se manifeste à la moindre occasion, vient perturber un acte quotidien, s'attaque à un organe, facilite ou brise une relation, ou bien ouvre soudain la voie à une découverte. On n'en a jamais fini avec lui. La preuve, même avec l'âge et après des années d'analyse, un incident survient, et, il nous remet tout à coup devant les yeux un choc de l'enfance dont on n'avait jamais mesuré l'importance.

*Cela signifie-t-il que, pour vous, rester ouvert à l'expérience de l'inconscient au quotidien constitue la base de toutes vos recherches ?*

Oui, pour moi, c'est d'abord cela la psychanalyse, pour vous aussi d'ailleurs, quand je vois les titres de vos livres. Cette expérience de tous les jours, riche à certains moments, silencieuse à d'autres, et qui donne à l'existence humaine une dimension, je dirais même une épaisseur, dont on n'a pas idée. Et ce qui me désole, c'est qu'on la néglige de plus en plus dans le contexte actuel où l'accent est mis à tout instant sur le réel, l'immédiat. La psychanalyse elle-même s'intéresse beaucoup plus à la théorie ou à la thérapeutique qu'à cette expérience du *jour le jour* qui fut pourtant pour Freud déterminante, avec sa théorie des rêves, la psychopathologie de la vie quotidienne, le mot d'esprit et même les trois essais sur la sexualité. Ces travaux sur l'inconscient dans ses manifestations les plus courantes constituent les bases et les fondements de toutes ses constructions ultérieures et pour ma part, c'est la raison pour laquelle j'ai tant écrit sur ces manifestations qui sont à fleur de vie, avec en particulier *La vérité*, et bien sûr *L'auto-psychanalyse*.

*Mais pouvez-vous nous dire, d'un mot, d'où vient, chez Freud, cette préoccupation constante tout au long de sa vie ?*

Vous savez, la psychanalyse n'est pas tombée du ciel, ou née du cerveau d'un illuminé. Elle a été mise au point jour après jour par un scientifique convaincu, qui a constaté que pour avancer dans la recherche psychique, il fallait prendre à bras le corps toutes les manifestations irrationnelles gérées jusque-là par la religion et les pratiques thérapeutiques en tous genres pour en situer précisément les sources dans l'esprit humain et voir comment les vivre, en tirer le meilleur parti possible. On peut, bien sûr, travailler à repérer les circuits neuronaux qui les gèrent, mais on ne pourra jamais les observer au microscope, fût-il le plus sophistiqué, dans la mesure où elles relèvent d'une créativité imprévisible alliant des traces très anciennes, des moments imprévus et un milieu qui en facilite le surgissement. Si on peut les expliquer, c'est après coup, en retrouvant certaines traces originaires sans doute, mais surtout en tenant compte de cette intrication imprévisible entre les trois registres que je viens d'évoquer rapidement et à travers lesquels le sujet humain, le je, a l'art de trouver le plaisir qui le fait vivre à partir du plus profond de lui-même. ●●●

**Je reste « accro » à l'inconscient du quotidien avant tout aujourd'hui encore, et même si j'ai beaucoup appris intellectuellement par la suite, je ne peux rien théoriser sans l'avoir en quelque sorte expérimenté.**

*Pour en arriver à une telle conviction, il faut tout de même avoir parcouru un certain chemin, en analyse, ou intellectuellement. Pouvez-vous nous en dire quelques mots ?*

Bien sûr, je suis né et j'ai vécu mes années de formation dans le monde religieux et scientifique propre à mon enfance, assez bien d'ailleurs, avec un avenir intellectuel et professionnel très confortable. Jusqu'au jour où j'ai constaté que je rencontrais dans ma vie sociale et collective certains blocages que je ne parvenais pas à dépasser. C'est alors que je suis tombé sur un article de revue présentant la psychanalyse. Ensuite, suivant le conseil du premier praticien consulté, un membre éminent de la Société Psychanalytique de Paris (SPP), j'ai pris le parti de ne pas commencer par lire Freud ou l'étudier, mais de m'allonger sur son divan pour tenter une aventure qui a duré 5 ans selon les règles en vigueur à l'époque. Il appartenait à la SPP, mais il a suivi Lacan au moment de la scission, si bien qu'à la fin de mon analyse, il m'a orienté vers l'École Freudienne, et même plus directement chez Lacan à qui je suis allé demander un contrôle dès que j'ai eu mon premier analysant. Voilà pourquoi je reste « accro » à l'inconscient du quotidien avant tout aujourd'hui encore, et même si j'ai beaucoup appris intellectuellement par la suite, je ne peux rien théoriser sans l'avoir en quelque sorte expérimenté.

*Il a quand même bien fallu que vous mettiez un jour à travailler la théorie ?*

Oui, bien sûr. Sitôt mon analyse terminée, j'ai entamé un cursus de Psychologie à Paris VII puis soutenu une thèse sous la direction de Jean Laplanche, la première qu'il ait dirigé, et voilà que je me suis retrouvé tout de suite entre deux écoles de pensée analytiques assez opposées, ce qui ne semblait pas déranger les maîtres en question : Lacan me demandait parfois des nouvelles de Laplanche, et Laplanche n'a jamais émis la moindre réflexion à l'encontre de mes fréquentes références à Lacan dont je suivais aussi le séminaire. Je me suis lié d'amitié à la même époque avec Guy Rosolato qui se référait volontiers à l'un et à l'autre et qui m'a permis d'évoluer de façon constructive dans ce partage qui n'allait pas de soi. Finalement, Lacan a dissous l'École Freudienne, et Laplanche a insisté pour que je rejoigne l'Association Psychanalytique de France (APF) où j'ai été admis à l'unanimité des titulaires.

*Cette double formation analytique vous-a-telle suivie dans votre pratique professionnelle ?*

Au lendemain de ma thèse j'ai été chargé de cours à L'UFR de Paris VII, inscrit en premier sur la liste d'aptitude aux fonctions de Maître Assistant, j'ai accepté un enseignement de 4 heures par semaine

à la fac, qui a duré dix ans, et j'ai commencé à travailler au CMP du 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris et à l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche. J'y ai bientôt dirigé un séminaire hebdomadaire très suivi par les internes et les psychologues, quelque peu rebutés par les procédures indispensables à l'admission dans les sociétés de psychanalyse et par le vocabulaire de plus en plus sophistiqué qu'on y pratiquait. À nouveau, je me retrouvais entre deux pôles, et cette fois, entre l'enseignement et la pratique. Aussi, quand l'Université m'a spécifié que je ne pouvais cumuler mon travail à l'hôpital et l'université, j'ai choisi l'hôpital où malgré tout, je pratiquais et enseignais à la fois, mais au plus près de ceux qui en avaient le plus besoin et qui me passionnaient dans ma recherche. D'autant que Laplanche m'avait fait entrer dans l'équipe animant la revue *Psychanalyse à l'Université*, où j'ai commencé à publier mes premiers articles sous sa gouverne, des articles cliniques, je le souligne, dont la plupart ont été repris dans mes premiers ouvrages.

*C'est donc ce désir de partager et transmettre votre conception d'une psychanalyse vivante et libre qui vous a amené ensuite à créer l'École de Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient (EPCI) ?*

C'est pour moi la dernière étape fondatrice, en 1985. Désolé d'entendre



mes collègues de l'hôpital rebutés par la technicité des enseignements analytiques classiques, j'ai pris l'initiative de créer une École ouverte à toutes les personnes recherchant un enseignement analytique à la fois rigoureux et accessible, quelle que soit leur orientation ultérieure : l'EPCI. J'avais consulté au préalable un certain nombre de collègues éminents jusqu'à en réunir une douzaine pour constituer un Comité de Patronage aussi représentatif que possible de toutes les orientations de l'époque. C'était le premier enseignement complet de psychanalyse hors institution, il s'en est créé beaucoup d'autres par la suite, au point qu'aujourd'hui, c'est devenu monnaie courante, les moyens de connaissance en la matière se sont multipliés et diversifiés de façon exponentielle, surtout avec les possibilités d'enseignement à distance et des publications accessibles et ouvertes comme *Le Carnet Psy*. Mais sur le moment, en 1985, c'était totalement nouveau et cette première initiative a suscité d'ailleurs le rejet de la part des institutions et même de bien des universitaires. Ce fut en particulier un tollé côté APF où je me suis retrouvé marginalisé pour le reste de ma carrière. On ne m'y a plus jamais fait appel pour aucun enseignement, et mes propositions sont restées sans suite.

Heureusement, Guy Rosolato et quelques autres ont continué à me soutenir, et

Laplanche m'a incité à publier différents ouvrages qui figurent aux PUF dans la collection « Bibliothèque de psychanalyse » qu'il dirigeait à l'époque. Par ailleurs, l'EPCI a connu un succès inattendu, proposant des enseignants de différentes tendances, sur tous les auteurs importants, et pendant plus de 25 ans, nous avons dispensé un cursus de psychanalyse assez exhaustif pour que nos adhérents puissent accéder aux enseignements ou aux institutions qu'ils souhaitent. À titre d'exemple, en 2001, après 15 ans d'existence, l'EPCI avait accueilli au total 192 enseignants d'horizons différents. Finalement, en 2015, France Sarfati qui est à la tête des éditions *In Press* m'a proposé de diriger une collection, « Psy pour tous », où j'ai publié et accueilli un certain nombre d'auteurs désireux de partager leurs connaissances analytiques le plus largement possible. Nous en sommes aujourd'hui à près de 30 volumes<sup>2</sup>.

*Pouvez-vous nous dire où vous en êtes aujourd'hui de votre parcours, quel est votre axe de recherche et comment vous envisagez l'avenir ?*

Je dois dire d'abord que les circonstances actuelles m'ont amené à me centrer davantage sur une question clinique et théorique que j'ai choisie très tôt, avec ma thèse, et à propos de laquelle il est enfin possible de se faire entendre et de

partager l'un des apports essentiels de la psychanalyse qu'elle avait aussi quelque peu négligé : je veux parler de la perversion. Imaginez ! J'ai soutenu ma thèse sur le voyeurisme et l'exhibitionnisme en 1975 et écrit ensuite régulièrement sur les perversions les plus graves, avec en particulier un *Que sais-je* sur *Les perversions sexuelles*, et malgré les apports ultérieurs de Balier puis du Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS), il a fallu les mouvements #metoo et les publications de cas de viols et d'inceste, pour qu'on prenne enfin la mesure de ce phénomène gravissime. De ce fait, je me suis remis au travail sur la question pour apporter un éclairage aussi accessible que possible en traduisant le fruit de toutes mes années de réflexion et de pratique clinique sur les perversions en particulier dans *Comment peut-on être pervers ?*<sup>3</sup>.

*Pour l'avenir, avez-vous d'autres pistes de travail ?*

Outre cet abord précis, je voudrais en même temps continuer à travailler et à faire travailler deux registres qui me paraissent constitutifs de la pensée analytique : le registre clinique au sens propre du terme d'abord, et aussi ce que l'on appelle la psychanalyse appliquée ou « la psychanalyse hors les murs » pour reprendre les termes de Jean Laplanche. ●●●

**Je voudrais en même temps continuer à travailler et à faire travailler deux registres qui me paraissent constitutifs de la pensée analytique : le registre clinique au sens propre du terme d'abord, et aussi ce que l'on appelle la psychanalyse appliquée ou « la psychanalyse hors les murs »**

## Il faut continuer à publier à chaque fois que possible des cas cliniques représentatifs qui ouvrent à de nouvelles perspectives.

J'ai rappelé en commençant l'intérêt de Freud pour les productions de l'inconscient dans la vie quotidienne, qui restent à mes yeux un b.a.ba indispensable en psychanalyse et auxquels tout analyste doit rester attentif toute sa vie, envers et contre tout, comme vous l'avez montré vous aussi. Mais il ne faut pas oublier non plus que la psychanalyse s'est fondée dès l'origine sur quelques comptes-rendus de cas, les fameuses *Cinq psychanalyses*, auxquelles les analystes ne cessent de se référer. Et là encore, il ne suffit pas de les citer, il faut continuer à publier à chaque fois que possible des cas cliniques représentatifs qui ouvrent à de nouvelles perspectives. Je l'ai fait pour ma part à plusieurs reprises, en particulier dans un chapitre important de *La violence du voir*, et surtout avec la *Psychanalyse d'un meurtrier*<sup>4</sup>. Pour ne citer qu'elle, Joyce Mc Dougall avec qui j'ai eu de nombreux échanges, multiplie les cas de ce genre, et je regrette que beaucoup d'analystes aujourd'hui, à l'image de Lacan, Laplanche et autres de nos anciens, aient complètement laissé de côté ce mode de transmission.

### ***Et puis, il y a aussi la psychanalyse « hors les murs » ?***

Je l'ai pratiquée en effet régulièrement et elle m'a beaucoup apporté : en analysant par exemple deux chapiteaux de Vézelay dans *Voir. Être vu*, ou « Un rêve mis en œuvre » à propos du dessin inspiré par un

rêve chez le caricaturiste Grandville, ou encore les différentes représentations de Narcisse par Poussin, Dali et surtout Caravage, je suis surpris de n'avoir eu que peu d'écho, sinon verbal, par tel ou tel collègue, et surtout, à part quelques exceptions que je signale au passage — celle du livre de Nicole Llopis *De l'émotion à l'affect*, et aussi vos propres écrits, sur « Le héros » par exemple —, je suis étonné de ne pas trouver beaucoup d'équivalents dans les écrits actuels. Pourtant, Freud y accordait une très grande importance. Qu'on songe à tout ce que nous devons à son étude de Léonard de Vinci !

Enfin, je ne peux pas ne pas revenir aujourd'hui encore à la vie quotidienne, et tout particulièrement à la vie familiale. Nous avons eu, avec mon épouse, quatre enfants en six ans, et ce fut certainement une période de redécouvertes et de clarification des processus inconscients les plus productives, même si je n'en ai pas rendu compte directement sur le moment, par discrétion et par respect pour mes analysants. Il faut se rappeler que Freud a énormément appris dans son expérience de père de famille, il suffit de se reporter à ses lettres à Fliess ou à ses enfants pour en avoir une idée. Aurait-il rédigé les *Trois Essais* et mis en évidence la sexualité infantile s'il n'avait pas eu lui aussi successivement plusieurs enfants alors qu'il était en pleine ébullition intellectuelle ? C'est en regardant un de

ses petits-enfants jouer qu'il a proposé sa théorie du « Fort-da » ! Et je n'ai pas besoin de rappeler ce que sa conception du masochisme doit à sa fille Anna qu'il n'a pas hésité à prendre en analyse. Sans aller jusque-là, je ne vois pas comment les analystes peuvent poursuivre la recherche en analyse s'ils ne profitent pas de toutes les situations intimes dans lesquelles ils sont impliqués pour en tirer les leçons au fur et à mesure qu'elles surgissent.

### ***Quels sont les axes de recherche qui vous semblent les plus pertinents pour comprendre notre monde actuel ?***

Je terminerai si vous le voulez bien en évoquant rapidement ceux que je trouve aussi trop peu investis dans le monde analytique et qui d'ailleurs se rejoignent.

- La sexualité d'abord, qu'on réduit toujours le plus souvent à la génitalité et à la pulsionnalité, alors qu'elle est infiniment plus complexe et se joue aussi au niveau du ça, du je, de l'idéal<sup>5</sup>.

- L'idéal ensuite : on ne parle que de ça dans les débats actuels, pour expliciter les conflits sociaux ou politiques, et, en psychanalyse, pour éclairer l'emprise narcissique du moi, mais on oublie les idéaux intimes et personnels, ceux que j'ai appelé « les idéaux fondamentaux » qui sont constitutifs de la séduction originaire et propres à chacun<sup>6</sup>.



• D'où ma recherche aussi sur ladite séduction dont les pervers nous révèlent en négatif le rôle crucial et les ratés.

• Ce qui renouvelle enfin mon intérêt de toujours pour la pulsion de voir, et d'être vu<sup>7</sup>, dont on sait le rôle dominant dans notre monde, mais qui est aussi dans l'inconscient la plus mystérieuse, la plus insidieuse et conditionne à notre insu un nombre considérable de nos réactions.

Quoi que pensent certains, la psychanalyse n'est pas d'un autre temps, aujourd'hui dépassé. Elle est plus que jamais indispensable dans un monde où les sciences dites exactes prétendent tout expliquer du comportement humain. Encore faut-il la dire, l'enseigner, surtout aux plus jeunes, non pas seulement en leur assénant des mots et des concepts standards comme les moi/surmoi/ça, ou des explications toutes faites comme l'Œdipe, mais en leur apprenant très tôt à écouter patiemment ce qui se dit dans leurs rêves, leurs actes manqués, leurs envies, leurs productions artistiques et à le partager. ■■

✍ Propos recueillis par  
**MARIE-FRANCE PATTI**,  
Psychologue clinicienne,  
secrétaire de l'EPCI et auteure  
chez In Press de « *L'humour* »,  
« *L'animal* », « *La jalousie* », « *Le héros* ».

#### NOTES :

1. Bonnet G. *La vérité, dans et par la psychanalyse*. In Press, Février 2023.
2. Consultables sur le site de In Press : [www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)
3. Bonnet G., (2021) *Comment peut-on être pervers ?* In Press.
4. Bonnet G. *Psychanalyse d'un meurtrier*. PUF, 2000, Payot, 2014.
5. Que j'ai explicitée dans *Plaisir et jouissance*, In Press, 2018.
6. Bonnet G. (2007) *Les idéaux fondamentaux*. PUF, 2010, In Press.
7. Bonnet G. (2005) *Voir. Être vu*. PUF.

#### POUR ALLER PLUS LOIN...

- Bonnet G. (2022) *La séduction*. In Press.
- Bonnet G. (2022) *L'angoisse*. 2<sup>ème</sup> édition actualisée. In Press.
- Assoun P.-L., Bonnet G., Hatzfeld M., Schneider M. (2022) *Le désir*. 2<sup>ème</sup> édition actualisée. In Press.
- Abdessadok B., Assoun P.-L., Bercherie P., Bonnet G., Duparc F. et Larguèche E. (2022) *D'où vient la violence ?* In Press.
- Bonnet G., (2020) *Le transfert*. In Press.
- Bonnet G., (2020) *Amour et culpabilité*. In Press.
- Assoun P.-L., de Mijolla A., Lacroix P., Noël J.-F., Bonnet G., Fabre N. (2017) *Le rêve*. In Press.
- Assoun P.-L., Bonnet G., Flavigny C., Lebrun C., Morel Cinq-Mars J. (2017) *Interdits et limites*. In Press.
- Bonnet G. (2017) *L'idéal*. In Press
- Bonnet G. (2016) *L'auto-psychanalyse*. In Press
- Bonnet G. (2016) *Le narcissisme*. In Press
- Bonnet G. (2016) *La vengeance*. In Press

ÉDITIONS  
IN PRESS

## Nouveautés

### OUVERTURES PSY



#### Se séparer, devenir sujet

Dir.  
**Florian Houssier  
et Dominique  
Mazéas**

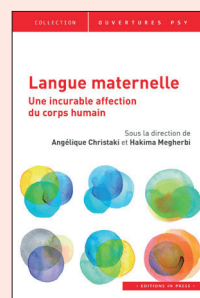
170 p. | 18 €

### Langue maternelle

Une incurable  
affection du corps  
humain

Dir. **Angélique  
Christaki et  
Hakima Megherbi**

170 p. | 18 €



### DIVAN FAMILIAL



#### Le Divan familial n°49 De l'écologie familiale

Dir.  
**Anne Loncan**

280 p. | 23 €

### CENTRE ALFRED BINET

#### Dynamique des soins Continuité, discontinuité, transmission

Dir. **Jacques  
Angergues,  
Sarah Bydlowski et  
Pierre Denis**

200 p. | 20 €



À paraître

Disponibles en librairie.  
Catalogue complet sur :

[www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)

74, boulevard de l'Hôpital - 75013 Paris  
Diffusion PUF - Distribution UD Flammarion

## CAROLINE GOLDMAN LE PODCAST

# ÉTABLIR DES LIMITES ÉDUCATIVES



### CAROLINE GOLDMAN

Psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique et psychopathologie

Caroline Goldman est auteure de plusieurs ouvrages de psychologie de l'enfant et réalisatrice de *Caroline Goldman, le podcast*. CarnetPsy vous propose la retranscription de cet épisode dans lequel elle propose des pistes pour établir les limites éducatives.

## ÉTATS DES LIEUX

Les troubles du comportement explosent en pédopsychiatrie depuis... 6-7 ans, d'après moi en grande partie à cause des écueils d'une « éducation bienveillante/positive » largement relayée dans les médias et qui a menotté les parents dans l'exercice de leur autorité. Je partage l'avis de Claude Halmos, qui parle d'un « marché de la culpabilisation des parents ».

J'ai développé dans le précédent podcast ma critique de ce courant « bienveillant/positif » ; critique largement partagée par les acteurs contemporains de la pédopsychiatrie qui en voient les effets délétères chaque jour sur leurs patients (les Professeurs Marcelli, Golse, Coum, Duverger, Rufo, le Dr Ben Soussan, Claude Halmos et bien d'autres...). Mais alors, si les principes de l'éducation bienveillante ne

fonctionnent pas, que fait-on lorsque l'enfant appelle les limites ? Comment éduquer sans violence et sans laxisme ?

La solution tient selon moi en deux mots : le *Time out* (ou « mise à l'écart temporaire » hors de l'espace commun). Cette méthode est préconisée comme sanction non violente par le Conseil de l'Europe ; mais aussi par le programme Barkley dans le traitement du TDAH ; et par le Pr Kazdin, qui est directeur du centre de parentalité à l'université de Yale.

Dans mon livre *File dans ta chambre ! offrez des limites éducatives à vos enfants*, publié chez Dunod en 2019, je détaille l'application de cette méthode, que je conseille à mes patients depuis 16 ans — en cabinet libéral. Voici le contenu de ma « feuille de route » pour établir les limites éducatives auprès des enfants entre 1 an et 11 ans (il en existe également une pour les adolescents à

partir de 12 ans et sans limite d'âge, jusqu'à ce qu'ils ne vivent plus chez vous !).

## LES DÉSOBÉISSANCES TYPIQUES DE L'ENFANCE

- Vers un an : jeter les petits pots et cuillères de la chaise haute, jouer avec les boutons du four, tirer sur la nappe, chiper la télécommande, ouvrir le frigo, se mettre en danger...
- Ensuite, parler trop, trop fort, crier, couper la parole, faire trop de bruit (à table, dans les lieux publics...).
- Geindre : râler pour rien, se plaindre de tout, imposer sa mauvaise humeur.
- Ne pas obéir aux injonctions ou les faire traîner (lavage de dents, habillage, rangement des jouets, devoirs, refus de laisser l'écran, d'aller se coucher...)
- Manquer de respect, d'égards pour les autres (ex. : refuser de dire

bonjour ou merci, de prêter, éructer à table après quatre ans, être mauvais joueur, souiller ou ne pas prêter soin aux espaces, biens ou cahiers d'écriture...)

- Malmener les parents, la fratrie, les camarades par des mots blessants, insultes, vols, violences, mais aussi par un ton inapproprié, une attitude méprisante, une agitation motrice gênante, des reproches injustifiés, des sollicitations harcelantes (exigences d'achats...), tyrannie des sentiments (sur-réaction, extrême amplitude émotionnelle, victimisation : « vous ne m'aimez pas »)...

- Sortir de table pendant le repas, refuser de manger le (bon) menu du soir, en réclamer un autre

#### « FEUILLE DE ROUTE »

Pour rétablir la place des parents et des enfants à la maison d'abord, on plante le décor :

- Pensez à évoquer au moins une fois vos valeurs, en disant par exemple ceci : « écoute-moi bien, je vais te dire quelque chose de très important. Dans notre famille, il y a des règles : personne ne se tape, ne s'embête ou ne se fait de la peine. Tout le monde se respecte, et si possible, s'aime et se soutient. Ces lois ne changeront jamais et ne seront jamais remises en question. Tu seras gentil avec nous, et en échange, on veillera à ce que chacun ici soit gentil avec toi ».

- Veillez de façon générale, dans la vie de tous les jours, à montrer un meilleur chemin à votre enfant pour négocier son agressivité (par exemple en lui disant des choses comme : « embrasse ta sœur et tu pourrais lui dire que tu es content de la voir aussi contente de son cadeau », « félicite ton ami pour sa réussite », « demande-lui comment il va et s'il a besoin d'aide », « propose de servir les invités », « trouve une idée de surprise pour maman », etc.).

- Ensuite, ayez à l'esprit que les désobéissances de votre enfant ne le définissent en aucun cas. Aucun

**Il se contente de faire son travail d'enfant et d'appeler vos limites, dont il a besoin pour grandir. Ce stade de développement est universel et sain. À vous d'honorer ce rendez-vous.**

enfant ne naît « pénible » et tous aspirent fondamentalement à être de « bons enfants » sages, paisibles, socialement adaptés et aimés des autres. Il se contente de faire son travail d'enfant et d'appeler vos limites, dont il a besoin pour grandir. Ce stade de développement est universel et sain. À vous d'honorer ce rendez-vous : il passera ensuite à d'autres chantiers de construction (dont celui de la séduction sociale).

- L'implication du second parent est ici centrale, face au lien mère/enfant autrefois généralement plus régressif, fusionnel, donc excitant. Sa place souvent un peu plus à distance du quotidien lui permettra d'incarner la loi, d'intimider davantage l'enfant. Sa présence lors du dîner, haut lieu de rendez-vous éducatif, sera pour cela particulièrement importante. En son absence, la mère pourra contribuer à donner au second parent cette fonction symbolique (ex. : « je dirai à papa ce que tu viens de faire »). (NB : tout tiers investi par la mère est susceptible de prendre cette place)

Lorsqu'il désobéira :

- Restez stoïques et inatteignables... (comme une girafe face à une fourmi !) Ne tapez pas, ne menacez pas de violence, ne criez pas (cela

exciterait encore plus son agressivité et serait donc contre-productif — et vous ne pouvez pas perdre votre contrôle devant lui tout en exigeant de lui qu'il se calme). Ne proférez pas de « menaces en l'air » que vous ne tiendrez pas (pour ne pas perdre votre crédibilité). Ne blessez pas son narcissisme (en disant par exemple : « tu es insupportable, tu nous épuises... »). Pourquoi ? Parce que c'est inutile, injuste (il a pris l'espace que vous lui avez laissé, ou s'est identifié à vos réponses — ou non-réponses — trop excitantes à ses désobéissances passées), et aussi parce que vous êtes par ailleurs en charge de la construction de son estime de lui-même.

- Entre 1 an et 2 ans : regardez-le dans les yeux (s'il est petit, agenouillez-vous à son niveau), expliquez-lui calmement, mais fermement l'interdit (pas plus de trois fois par transgression : ensuite, le lui répéter sera inutile, car maîtriser l'information n'a malheureusement jamais suffi à rendre sage... c'est malheureusement uniquement par l'éprouvé de frustration que les règles s'intégreront), prévenez-le que « s'il recommence, il sera puni dans sa chambre ». S'il a plus de 2 ans, ●●●

annoncez simplement : « tu t'arrêtes ou tu sors » ou « je compte jusqu'à 3 ».

- S'il continue : envoyez-le immédiatement dans sa chambre ou toute autre pièce éloignée de l'espace commun (sans écran), économisez les mots, fermez la porte (jamais à clef). Interdisez-lui d'en sortir (« tu as désobéi, je viendrai te chercher lorsque la punition sera terminée »). Allez le chercher au bout d'un temps proportionnel à la désobéissance : les limites vont s'intégrer (parfois avec quelques larmes...).

- S'il n'obéit pas lors de la mise en place de la punition (refus d'y aller, tentation de sortir, vous appeler, crier, taper sur la porte, faire trop de bruit, jeter ses jouets sur le mur, etc.), votre seul argument pour un retour au calme doit être un allongement du temps d'exclusion, et rien d'autre (« si tu désobéis pendant la punition, tu resteras encore plus longtemps dans ta chambre »). Ce système permet de ne pas tomber dans l'escalade de la violence répressive (coups, cris, répétitions incessantes, menaces, énervement général et épuisement parental). Il fonctionne parfaitement bien, tout en restant respectueux de l'intégrité psychique et physique de votre enfant.

- Aucune négociation, discussion ou justification de l'interdit ne doivent lui être cédées. S'il commence à vous reprocher le sens de votre attitude, prenez beaucoup de distance avec ses mots (il expérimente leur pouvoir sans réellement maîtriser leur portée) et rompez immédiatement sa démarche (« tu feras comme tu veux lorsque tu seras parent; pour le moment, l'adulte, c'est moi »). Ne précisez pas le temps d'exclusion s'il commence à devenir support de débats. Ne prêtez pas attention au fait qu'il affiche de la satisfaction à aller dans sa chambre (ça n'est pas si surprenant si l'on considère qu'il obtient la limite qu'il appelait) et ne l'obligez pas à en sortir lorsque la punition sera levée (sauf bien sûr s'il le faut pour d'autres raisons) : contentez-vous d'entrouvrir la porte et de lui dire que « c'est terminé ».

- Souvenez-vous que la désobéissance de votre enfant doit avoir des conséquences sur lui, et non sur vous ! Affichez une posture puissante, immuable, confiante, et calme (de girafe !); il désobéit : il en paye le prix. C'est son problème et il n'y a donc aucune raison que cela vous atteigne personnellement (ne lui donnez pas ce pouvoir sur vous, cela l'insécuriserait). Ce qui se joue a lieu entre lui et lui-même, vous êtes ici simplement l'outil qui lui donne les moyens d'apprendre à se réguler...

- Utilisez si besoin la punition « différée » (en rentrant de la balade; le lendemain matin; le soir au retour de l'école... et après 3 ans, jusqu'au dimanche suivant). Tenez-la impérativement ensuite. Toute désobéissance qui vous sera rapportée en votre absence (avec la nounou, les baby-sitters, grands-parents, enseignants, animateurs, etc.) devra être ainsi sanctionnée par vous de façon différée : votre enfant doit sentir qu'il a des comptes à vous rendre, même en votre absence; que vous êtes les gardiens de sa pulsionnalité.

- Si la situation doit impérativement évoluer favorablement (contrainte de lieu ou de temps) sans possibilité de le sanctionner dans l'immédiat (ex. : devoirs, bain, excitation à l'arrière de la voiture), promettez-lui une punition à la mesure du temps qu'il vous fait perdre avant obéissance (« tout le temps que tu passes à crier/ ne pas travailler sera doublé en temps de punition une fois arrivés/les devoirs terminés donc si j'étais toi, j'obéirais, et vite »).

- Recommencez dès que votre enfant désobéit (même si c'est plusieurs fois de suite. Soyez sans scrupule : ce que vous exigez de lui est justifié, ce système l'outillera pour la vie sociale, et vous l'envoyez dans sa chambre pleine de livres et de jeux...), et appliquez ce système avec toute la fratrie (à partir de 1 an).

- L'accord entre les parents doit être manifeste et total : ne jamais rester silencieux si l'autre gronde (ex. :

« écoute ta mère ! ») et ne jamais se désavouer devant l'enfant. Si l'un des parents trouve que le ton du second est inapproprié (par exemple estimé trop violent ou trop permissif), il affiche néanmoins sa solidarité parentale et réoriente son action répressive par ces mots précis : « écoute ton père/ta mère et va dans ta chambre ».

Vous pourrez retrouver mes deux feuilles de route (enfant/ado) ainsi que toutes les questions fréquemment posées à sa lecture par les parents. À propos de la répartition un peu vieillotte des rôles père/mère, du fait qu'expliquer ne suffit pas, du refus d'entrer dans les rapports de force et de rompre le lien d'empathie avec leur enfant, d'écraser des parts de son désir, de ses inspirations, de sa créativité, de sa joie de vivre, de sa personnalité, du caractère déchirant de ses pleurs, de la crainte qu'il ne soit trop tard, etc. ■■■

#### BIBLIOGRAPHIE

Goldmann C. (2020). *File dans ta chambre ! Offrez des limites éducatives à vos enfants*, InterÉditions

Goldmann C. (2019). *Établir les limites éducatives : évaluation, diagnostic, mode d'action thérapeutique*, Éditions Dunod

Retrouvez les retranscriptions  
de tous les podcasts de  
Caroline Goldman sur notre site :  
**carnetpsy.fr**

Le podcast est disponible sur :  
**<https://podcasts.apple.com/fr/podcast/caroline-goldman-docteur-en-psychologie-de-lenfant/id1614831572>**

## RECENSION

# LES ARRANGEMENTS DE LA MÉMOIRE

## Autobiographie d'un psychiatre dérangé

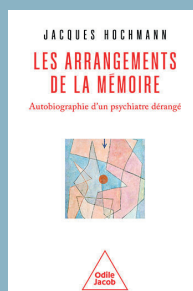
**L**e dernier opus de Jacques Hochmann est une autobiographie dans le droit fil de sa personnalité, écrite avec une humilité, une lucidité et une simplicité rares, relatant les aléas de sa vie privée et publique de façon passionnée et passionnante. Mais c'est aussi une biographie de la psychiatrie que nous aimons, « respectueuse des gens, soucieuse de réintégrer la folie dans le cadre d'une humanité pleine et entière plutôt que de la rejeter vers l'aliénation ou la dégénérescence », car il a su mettre son talent d'historien au service du récit de sa traversée de « psychiatre dérangé ».

### UNE PSYCHIATRIE HUMAINE

Jacques Hochmann, né en 1934 à Saint-Étienne, d'une famille juive émigrée de Pologne, va connaître une histoire de France marquée successivement par le Front populaire et ses avancées sociales majeures, puis par les renoncements antidémocratiques induits par les « collabos » pronazis pendant la Seconde Guerre mondiale et la renaissance des années 1950-1960, au cours desquelles, il va décider de se former à la médecine. Il garde une reconnaissance éperdue à ceux qui, pétris de protestantisme, l'ont accueilli et protégé au Chambon-sur-Lignon pendant la période des lois antijuives de Vichy, et sait nous faire partager l'impact de cette expérience sur sa trajectoire vitale. Son souci de l'autre, son intérêt pour les formes démocratiques de fonctionnements groupaux, sa sensibilité à l'empathie et à la qualité de l'ambiance dans les échanges humains, et sa curiosité intellectuelle et affective ont pris forme tout au long de

son enfance, mais notamment dans ses expériences de séparations assumées avec un courage et une intelligence qui suscitent l'admiration. Après des études médicales qui le déçoivent quelque peu, il décide de faire psychiatrie. Au début de son clinicat chez Jean Guyotat, il eut l'opportunité de partir une année aux États-Unis chez Carl Rogers, le pape de la non-directivité, qui, à l'occasion de son départ en retraite, venait de fonder le Western Behavioral Sciences Institute afin d'y étudier les relations humaines entre sujets ordinaires en observant leurs interactions dans de petits groupes expérimentaux. Cette expérience restera marquante dans sa formation, car elle allait lui apporter une grande spontanéité dans ses rapports avec autrui et une meilleure compréhension des processus groupaux, même s'il restait réservé devant une psychologie sociale prétendant résoudre les conflits du travail sans tenir compte de la lutte des classes et de l'aliénation sociale. De retour à Lyon, il participe à la mise en place du secteur extra-hospitalier prévu par la circulaire de 1960, ainsi qu'à

l'humanisation d'un pavillon de malades psychotiques chroniques. C'est à cette période qu'il décide de commencer une psychanalyse, non sans ambivalence. Finalement, il deviendra lui-même psychanalyste sans jamais mettre en opposition psychanalyse et psychiatrie. Cette décennie sera marquée par la création d'un Centre d'Études et de Formation avec Marcel Sassolas et Marcel Colin. Au décours de mai 1968, désireux de modifier en profondeur l'enseignement des nouveaux psychiatres, il participe à la création d'un projet d'Institut Universitaire de Psychiatrie, à l'instar de plusieurs autres régions françaises, afin d'enrichir la spécialité d'autres apports, philosophiques, socioanthropologiques, économiques, épistémologiques, et de la dégager des standards d'une médecine trop conformiste. Pour parfaire cette idée d'une psychiatrie comportant des spécificités peu compatibles avec une médecine d'organes, il va mettre en place à Villeurbanne, une psychiatrie communautaire inspirée de sa connaissance des mouvements d'émancipation américains, avec ●●●



**JACQUES HOCHMANN**  
**LES ARRANGEMENTS DE LA**  
**MÉMOIRE, AUTOBIOGRA-**  
**PHIE D'UN PSYCHIATRE**  
**DÉRANGÉ**

ODILE JACOB, 2022, 18,99 €



l'aide de ses amis et maîtres du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, pionniers en la matière, Philippe Paumelle, Serge Lebovici et René Diatkine.

## L'OUVERTURE

Mais si son intérêt pour les patients psychotiques chroniques reste entier, il rencontre progressivement des résistances dans la mise en place de ses projets d'une psychiatrie humaine. Beaucoup de forces militent contre ces ouvertures nécessaires, et c'est ainsi qu'il choisit de s'orienter vers la psychiatrie infanto-juvénile. Nommé officiellement chef du secteur de pédopsychiatrie en 1981, il va développer ce qui pour nombre d'entre nous va devenir un modèle à suivre. Jacques Hochmann organise ses efforts dans plusieurs directions. Tout d'abord, extrêmement circonspect sur les bénéfices à attendre des établissements hospitaliers, il met en place une psychiatrie ambulatoire avec des consultations extra-hospitalières, des visites à domicile, des psychothérapies, des groupes thérapeutiques, en adoptant une attitude ouverte, loin des dogmes et des rigidités administratives. Puis constatant l'omniprésence du partenaire de l'éducation nationale, il entreprend avec ses représentants de créer une collaboration concrète afin de réussir une inclusion scolaire qui n'a rien à voir avec les visées démagogiques actuelles, mais permet au contraire de construire pour chaque enfant et adolescent un costume sur mesure, intégrant les nécessités du soin aux possibilités d'une pédagogie adaptée à sa psychopathologie. Enfin, il développe avec les partenaires de la cité, les élus locaux, les travailleurs sociaux, les PMI, l'ASE et bien d'autres professions concernées, des relations cordiales permettant les aides réciproques pour les enfants et les adolescents en difficulté psychique. Ce projet se réalise progressivement grâce à une philosophie de travail qui lui vient de ses combats antérieurs. Jacques Hochmann insiste avec juste raison sur l'importance de la libre circulation de la parole, de la pensée, de l'humour entre les soignants, favorisant ainsi les initiatives de chacun, la créativité des soignants, et l'auto-organisation relative de leurs conditions de travail. Reprenant les acquis de la psychothérapie institutionnelle, il les

actualise à l'aune de son expérience en extra-hospitalier. Il théorise ces avancées en inventant la locution d'institution mentale.

## L'ITTAC

Une fois ces bases posées, l'ITTAC (Institut de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition) va devenir la matrice des soins donnés aux enfants présentant des troubles autistiques et psychotiques, inspiré par Misès, Diatkine et bien d'autres, mais également inventé au fur et à mesure par Jacques Hochmann et son équipe soignante. C'est dans ce creuset qu'il va parfaire son idée de « mise en récit » à partir des travaux de Ricœur sur la narrativité, avec ses trois temps de préfiguration, figuration et refiguration. Pour Hochmann, la psychothérapie des enfants autistes et psychotiques est essentiellement un processus qui vise à aider l'enfant à devenir l'auteur de son histoire de vie, en partageant avec lui cette nécessaire fonction narrative dans le temps long de sa prise en charge. Malheureusement, ces riches débats vont se retrouver entravés par l'irruption de forces adverses venant mener des combats vengeurs contre les pédopsychiatres psychanalystes en général, obtenant des pouvoirs publics un consentement à leurs manœuvres dilatoires qui allait aboutir à une disqualification programmée de la pédopsychiatrie publique française, et peut-être même à sa disparition. Bien sûr, que certains psychanalystes ont eu des attitudes méprisantes et rigides avec des parents d'enfants autistes, mais ignorer les avancées significatives obtenues par Jacques Hochmann dans son long et généreux combat pour mettre au point une approche ouverte et compréhensive de ces petits patients, y compris à l'aide de la pensée psychanalytique, est tout simplement atterrissant. Dans son ouvrage, il consacre un chapitre à ce dialogue impossible entre lui et un père d'autiste, une mère d'autiste et un autiste de haut niveau. La violence du rejet dont il maléfie de la part de ses trois interlocuteurs est la marque de ce que les pédopsychiatres d'aujourd'hui ont à subir quotidiennement, et explique en partie la désertion dont la pédopsychiatrie pâtit désormais. Ayant passé toute sa vie professionnelle, et une partie de sa retraite à fonder

sur la transmission de son expérience un espoir de renaissance d'un soin pédopsychiatrique digne de ce nom, je conçois aisément qu'il se pose des questions sur l'avenir de nos professions de « psychiatres ». Il conclut ainsi son livre : « intéressé par les développements à venir d'une discipline à laquelle il a consacré sa vie, il conserve seulement l'espoir qu'une digue sera maintenue face aux eaux agitées où menace de s'engloutir l'idéal pour lequel plusieurs générations de professionnels militants ont combattu. Au cimetière marin où s'entassent les dépouilles des pratiques défuntes, il écoute le vent se lever afin que, trouvant une nouvelle vigueur, la psychiatrie puisse tenter de vivre, sans être défigurée par une grimace scientiste et bureaucratique qui pourrait signer son agonie ».

Jacques Hochmann incarne pour beaucoup d'entre nous la figure d'un des héros de la pédopsychiatrie. Nous connaissons tous ses travaux précis, concis et sans compromission sur l'autisme, la psychose, leur histoire et leurs institutions. Nous savions tous que ses talents d'écrivain nous permettaient de lire ses productions avec l'attention du spécialiste, doublée de l'intérêt du bibliophile. Nous savions tous que son ouverture d'esprit rendait possibles les dialogues souhaités entre la psychopathologie transférentielle et les neurosciences. Mais ce que nous ne savions pas encore, c'est le lien profond entre ce qu'il a produit et son histoire personnelle, entre ses désirs d'enfant et d'adolescent et ce qu'il a fini par réaliser, entre sa vie privée et sa trajectoire professionnelle. C'est désormais chose faite. Ce magnifique récit à la troisième personne nous ouvre sur la compréhension de ces énigmes antérieures avec une vérité poignante. Gageons qu'il aidera ses lecteurs à en recueillir la « substantifique moelle » pour que vive une psychiatrie humaine fondée à partir de ces qualités hochmanniennes que ce livre met si bellement en évidence. ■■

## ✍ PIERRE DELION

Pédopsychiatre, Professeur des universités-praticien hospitalier émérite à l'université Lille-II, psychanalyste



ères  
éditions

et aussi...

Sous la direction de  
Patrick Ayoun,  
Hélène Romano

### Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant

296 pages, 16 €

Soraya De Moura Freire,  
Luc Massardier

### Femme et mère après l'inceste

Préface de Hélène Romano

191 pages, 15 €



## Jean Luc Viaux Les incestes

### Clinique d'un crime contre l'humanisation

Cet ouvrage entend renouveler le regard sur l'inceste : l'inceste est un crime contre la famille et l'humanisation autant qu'un crime sexuel. À partir de nombreux exemples cliniques recueillis en quarante ans de pratique, l'auteur décrit les différentes configurations familiales menant à l'inceste et son effet de déshumanisation.

272 pages, 25 €

Consultez notre catalogue sur

[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)



EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Éditions éres – 33 avenue Marcel Dassault F-31500 Toulouse – Tél. 05 61 75 15 76 – e-mail : [eres@editions-eres.com](mailto:eres@editions-eres.com)

## CARNET PSY + CAIRN.INFO



A partir de 135€

au lieu de 250€

JE M'ABONNE

- ✓ Une offre d'abonnement unique à Cairn.info et Carnet Psy
- ✓ La revue Carnet Psy chez vous (9 numéros)
- ✓ Les archives de Carnet Psy depuis 1994 en ligne
- ✓ Tous les articles sur le site [carnetpsy.fr](http://carnetpsy.fr)
- ✓ Offre préférentielle aux colloques Carnet Psy
- ✓ Abonnement 12 mois à 150 revues de psychologie, psychanalyse et santé mentale sur Cairn.info
- ✓ Consultez et téléchargez les PDF sur [cairn.info](http://cairn.info)

**Vous pouvez vous  
abonner en ligne sur  
[www.carnetpsy.fr](http://www.carnetpsy.fr)**



# LA MALTRAITANCE, UNE DES FIGURES DU TRAUMATISME

## ISAAC SALEM

Psychiatre, psychanalyste (SPP), fondateur et formateur de l'Association ETAP.

## PHILIPPE VALON

Psychiatre, psychanalyste (APF), fondateur et formateur de l'Association ETAP.

L'ouvrage regroupe un ensemble de textes essentiels de membres de l'association Étude et Traitement Analytique par le Psychodrame (ETAP) et de leurs invités à l'occasion d'un cycle de conférences. Il concerne celles et ceux qui rencontrent le problème de la maltraitance sous ses formes diverses, s'intéressent à ses déterminants et à l'abord thérapeutique souvent difficile de ses effets chez des sujets de différents âges.

## THÉORIE ET CLINIQUE

L'articulation théoricoclinique y est centrale : elle fait l'objet, à travers la narrativité stimulante de traitements commentés, d'une évocation riche et précise. La boîte à outils des modèles et concepts offre à tout intervenant la possibilité de nouvelles appropriations, étayées sur d'indispensables références bibliographiques.

Le propos s'adresse donc en premier, mais non exclusivement aux praticiens du psychodrame, modalité originale de l'approche psychanalytique. La spécificité en apparaît clairement à la lecture des situations thérapeutiques resituées dans leur contexte institutionnel.

Les auteurs s'accordent sur le fait que la maltraitance échappe à toute définition simple, chacun en soulignant des aspects particuliers. Mais tous insistent sur la priorité à accorder à la protection de la subjectivité des personnes confiées à leurs soins. Le traumatisme, dont

la compréhension renvoie de façon incontournable aux travaux fondateurs de Freud et de ses successeurs, expose à des effets destructeurs cumulatifs (phénomènes de potentialisation et d'après-coup). Les défauts de continuité, par carences et empiètements, les abandons, séparations, et intrusions dévastatrices ont été en règle le lot des sujets maltraités.

Quand de tels effets nocifs se répètent, les ruptures du cadre thérapeutique à travers des conflits au sein d'une équipe, des crises institutionnelles ou même une situation collective particulière affectant le cadre du cadre (crise sanitaire) en arrivent à rendre le dispositif de soins lui-même maltraitant. L'étude des problèmes organisationnels propres au travail et la reconnaissance de la souffrance qu'ils peuvent infliger apportent un éclairage pertinent à cet égard.

Toute personne maltraitée est menacée dans son équilibre narcissique de phénomènes paradoxaux, de déliaison mortifère et de destructivité. L'économie défensive complexe qui se trouve

mobilisée ne peut être appréhendée que grâce à une réflexion métapsychologique adéquate. Une des originalités de l'ouvrage consiste en cette analyse approfondie des processus défensifs mis en jeu dans l'histoire du sujet et réactualisés dans la rencontre thérapeutique.

Certains de ces mécanismes de défense ont été souvent décrits dans d'autres contextes (dénî, quelquefois sous forme partielle de banalisation, clivage, projection, défense maniaque, identification à l'agresseur), d'autres moins fréquemment évoqués (accrochage à la réalité, effacement voire disparition, défenses de caractère).

## TRAITEMENT

La mise en écoute simultanée des défenses du sujet traité et de celle des thérapeutes (l'équipe psychodramatique) apporte, elle aussi, une précieuse contribution : on repère ainsi dans certains cas l'émergence de véritables communautés de défense. Le transfert par retournement peut faire du thérapeute



Sous la direction de  
**ISAAC SALEM ET  
PHILIPPE VALON**

**LA MALTRAITANCE,  
UNE DES FIGURES DU  
TRAUMATISME**

L'HARMATTAN, 2021, 19,50 €

lui-même un objet maltraité. La rage contre l'objet perdu montre l'intérêt de donner toute son importance à la pulsion d'emprise et ses formants.

La spécificité de l'approche psychodramatique est constamment mise en évidence dans l'ouvrage : diffraction du transfert, médiation par le jeu, utilisation de la parole, certes, mais aussi de l'espace et du corps. Un beau chapitre montre, du reste, comment la médiation corporelle par le massage peut être indiquée préférentiellement dans certains cas. Au psychodrame, grâce à la diversité des

techniques de jeu (figurations multiples, échanges de rôles, doubles, etc.), la référence au fantasme restaure et enrichit la capacité de représentation et la pensée, si souvent mises à mal chez certains sujets constituant une indication privilégiée.

Utile pour décrire chez l'individu des stratégies défensives contre la souffrance éthique, mais aussi à d'autres niveaux d'analyse (groupes, organisations, idéologie), le concept d'acrasie sous ses formes paresseuse et sthénique éclaire l'écrasement ou les dérives de la pensée.

Un des mérites majeurs de cet ouvrage est de permettre au lecteur de vérifier

ou de découvrir que le psychodrame analytique (individuel et individuel en groupe en particulier) est un instrument thérapeutique puissant. Du fait de son efficacité même sur les souffrances traumatiques liées à la maltraitance, il est d'un maniement délicat (risques d'effraction, de séduction). Pour tous ces motifs, il exige des intervenants un travail constant de réflexion et de formation continue adaptée. Le présent ouvrage peut y contribuer de façon probante. ■■

✍ **DR FRANÇOIS PELLETIER**  
Psychiatre

## RECENSION

# LES APOLOGUES DE JACQUES LACAN

✍ **NICOLAS DISSEZ,**  
Psychiatre, psychanalyste

**L**ire Jacques Lacan, encore ? À condition de l'écouter penser. C'est la malicieuse et profonde attention de lecture que propose Nicolas Dissez dans cet opus.

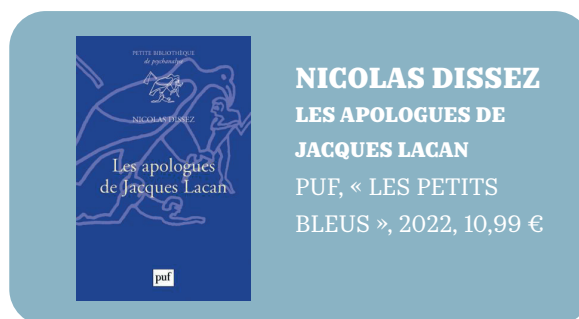
## L'ŒUVRE ORALE

Le projet manifeste de l'ouvrage a déjà de quoi éveiller une curiosité certaine : l'auteur convie à une lecture parfaitement inédite et transversale de l'œuvre du psychanalyste français *via*, et uniquement *via*, les fables imagées qui ont régulièrement traversé l'enseignement du *Séminaire*, que Lacan lui-même appelait ses « apologues ». De « courtes scènes » qui venaient illustrer le discours, comme de fugaces *einfall* allégoriques. C'est, disons-le avant tout, particulièrement émouvant, car l'auteur ouvre ici la porte de la plus grande intimité : celle de la pensée d'un homme quand elle robinsonne, se fabrique et cherche à se faire entendre. C'est aussi rappeler que pour Lacan comme pour chacun, comme

à travers notre histoire de la pensée, la vie de l'esprit s'est traduite et transmise par des images, de la caverne de Platon au chameau-lion-enfant de Nietzsche en passant par la cigale de La Fontaine, puisque « plaie et instruire » passe aussi par les illustrations offertes aux enfants que nous sommes. Mais c'est, enfin, depuis cette galerie de portraits dans les coulisses de la scène du *Séminaire*,

nous faire ré-entendre, entendre tout, différemment.

Car voilà la force souterraine de ce texte clair, simple, de Nicolas Dissez : il s'agit bien d'écouter et d'entendre. Le livre ouvre pour nous cette écoutille. Dès « l'Ouverture », et son orchestration le rappellera tout du long, l'œil écoute et le découvre ou le redécouvre : l'œuvre de Lacan est orale. Et la transmission ●●●



**NICOLAS DISSEZ**  
**LES APOLOGUES DE**  
**JACQUES LACAN**  
PUF, « LES PETITS  
BLEUS », 2022, 10,99 €

d'une tradition orale doit peut-être d'abord son caractère et sa vaillance à la musique d'une pensée. Elle a son auditoire, son « ton » comme le rappelle souvent l'auteur, sa tonalité qui trouve son accordage spécifique dans ces petites fables : « plus accessible, plus libre ». C'est « souvent surprenant », modulé « d'une inventivité toute particulière ». Ce sont ses improvisations. C'est son estampille personnelle, comme le disait Freud du créateur littéraire.

Du reste, à travers ces apologues recollectionnés, on parcourt l'œuvre d'un bout à l'autre sans rien rater de sa logique, de son innovation, de sa spécificité. De son talent. Ils font traverser l'imaginaire, le symbolique et le réel, l'Autre et le signifiant, le Sujet de l'inconscient et l'objet a, le désir et le langage, pour ceux qui seraient connaisseurs, spécialistes ou adeptes de Lacan — ou pas. C'est la vertu démocratique des fables : elles parlent à tous. Quoi qu'on en pense, qu'on le conteste, qu'on le relise en spécialiste, ou qu'on le découvre en étranger : tout lecteur est ici invité à se réapproprier Lacan, via l'usage de ses fables, comme un bien commun de pensée.

### QUELS SONT-ILS, CES APOLOGUES ?

Une image pour illustrer une idée, donc, chaque fois. Une « moitié de poulet » qui débarque au milieu de *L'envers de la psychanalyse* pour illustrer la division du sujet et le reste échappant à nos représentations, jamais totales, toujours de profil, à l'image d'un moi incomplet propulsé vers le registre du semblant. La « peinture des raisins » un beau jour, dans *Les Quatre concepts fondamentaux*, séductrice des oiseaux et de Zeuxis malgré lui, pour illustrer notre concept général de représentation, indissociable de celui d'illusion, inhérent à notre désir d'aller voir « au-delà », registre du hiatus et du trompe-l'œil, paradigme du leurre à l'origine de la peinture comme de la vie amoureuse. Une « boîte à sardines » : qui flotte sur la vague d'un souvenir de pêche, désignant ce lieu où et d'où « ça me regarde », mon désir voilé autant qu'inconvenant dans le monde, sans cesse surveillé par la présence du regard d'un autre sur moi. Le « moi » d'ailleurs, le 8 décembre 1954, qui, ayant voulu se prendre pour un bœuf, fait éclater sa prétention consciente dans son reflet. Et ainsi de suite. Les apologues, chaque fois,

servent à Lacan à un troc de l'argument contre l'image. « Les hiéroglyphes dans le désert » : illustrer que le langage est un système de parenté entre des signes, système dont Lacan ne manque pas de rapporter l'origine au rêve de Freud, ce qui lui permet de répondre à Madeleine Chapsal en 1957 que « le discours refoulé de l'inconscient se traduit dans le registre du symptôme » dont le psychanalyste, « lieu d'adresse », se fait traducteur. La position de l'analyste traducteur, illustrée par une patronne de restaurant à qui nous — nous analysants, nous autres, nous tous — demandons traduction de son « menu chinois » : l'amour de transfert est un déplacement gustatif. « La trace effacée » : la première émergence du signifiant sur l'île de Robinson Crusoe où un animal, un mort, un autre, a dès toujours laissé l'empreinte de son absence avant que le sujet ne s'approprie une découpe du monde par un jeu d'opposition signifiante, une négation ouvrant la voie au double registre de la perte : absence et effacement. « Les pots de fleurs à la fenêtre » : ce qui fait d'un signe un signifiant (amoureux). « Les météores » : image filante de ce phénomène atmosphérique, comme l'arc-en-ciel, comme le phallus, tout entier dans son apparence, semblant réel, dont la pure valeur nominative tient à son incantation (maternelle). « La bourse ou la vie » : l'aliénation dans le choix, la contrainte de n'avoir pas tout (depuis Totem et tabou). La « mante religieuse » : une illustration de l'angoisse comme sensation du désir de l'a(A)utre (de trois fois notre taille). Lacan prévient parfois : « Je vais vous raconter maintenant un petit apologue. Cette histoire est vraie ». D'ailleurs, « Le vrai sur le vrai » : la question de la détention de la vérité, celle du psychanalyste comme de l'Autre, où l'on sent le plus la présence de l'héritage chez Lacan de Platon (ou plutôt de Socrate) dans sa dispute du sophisme. Ou encore « Les planètes » : la gravitation du désir. « Les trois prisonniers » : une réflexion sur la temporalité et... « le moment de conclure ».

### UNE MORALE DE CES FABLES ?

Dans le panorama français, sans doute typiquement français, de l'héritage torturé de l'enseignement de Jacques Lacan, comme l'ouvrage rafraîchit, comme il déleste de l'esprit de sérieux, combien savamment il rappelle que la facétie, pour ne pas dire

la farce, est l'un des cœurs intelligents de notre rapport à la vérité. Il rappelle que nos images, dans les coulisses du discours, sont des associations libres, des fragments de processus primaire, le principe de plaisir au plus proche de la création : « Je vous dis des choses simples, j'improviserai, je dois le dire ». Si Lacan troque la démonstration contre la parabole, s'il se fait moraliste pour « se faire analysant », ses apologues troquent la morale contre l'interprétation.

Tout du long, c'est par un Witz que nous sommes traversés.

Une image fugace de *L'éthique de la psychanalyse* nous revient à ce propos : « la figure du terrible muet des quatre Marx Brothers — Harpo. (...) Ce sourire dont on ne sait si c'est celui de la plus extrême perversité ou de la naïveté la plus complète », et qui « à lui tout seul suffit à supporter l'atmosphère de mise en question et d'anéantissement radical ». Le Witz est aussi celui-là : celui d'un sourire muet — quand il fait taire son propre discours — qui ne cesse de dialoguer avec « l'impossibilité d'un accès complet au sens », et tire pour nous « la trame des jokes » tragi-comiques de notre dur désir de durer.

Quand l'ouvrage s'achève, « qu'est-ce qu'il reste, dans le miroir ? », quelle trace de ces apologues orchestrés par Nicolas Dissez ? Dans son article sur l'opéra *Wozzeck* d'Alban Berg, Georges Perec commençait par ces mots du Docteur Faustus de Thomas Mann : « Écoutez-le doucement, écoutez-le avec moi. Un groupe d'instruments s'efface après l'autre et ce qui subsiste, ce sur quoi l'œuvre s'achève, c'est le sol aigu d'un violoncelle, le dernier mot, le dernier accent, qui plane et qui s'éteint lentement dans un point d'orgue pianissimo. Puis plus rien — le silence, la nuit. Mais le son, encore, en suspens dans le silence, le son qui a cessé d'exister, que l'âme seule perçoit et prolonge encore et qui tout à l'heure exprimait le deuil, n'est plus le même. Il a changé de sens, et à présent il luit comme une clarté dans la nuit ».

C'est peut-être cela : le dernier accent, une clarté qui subsiste, grâce à ces apologues, de la petite musique de Jacques Lacan. Le spectacle est toujours vivant. Rhapsodie in blue. ■■■

✍ **SARAH CONTOU-TERQUEM**  
Psychanalyste (APF)

## PAROLES DE CLINICIEN

# DES BERCEUSES EN CHŒUR POUR SOIGNER LA RENCONTRE

✍ **BRIGITTE BORSONI**  
Psychologue, psychanalyste

✍ **VIVIANE TALLOU**  
Infirmière

C'est l'histoire de rencontres survenant entre deux mères et leurs bébés au cours d'un groupe thérapeutique; elles, troublées de leurs turbulences personnelles et familiales, et nous de nos remous institutionnels. Nous conterons ici les surprises structurantes advenues au cœur de deux séances pourtant éprouvantes.

À deux, Viviane, infirmière et Brigitte, psychologue dans une unité ambulatoire de pédopsychiatrie périnatale, nous animons depuis 7 ans un groupe Berceuses, soin proposé lors des consultations parents-bébés à des mères en souffrance dans leur relation à leur nouveau-né. Nous accueillons chaque semaine pendant 1 heure, une à cinq mères avec leurs bébés. « Ce chœur thérapeutique relance la vitalité des femmes devenant mères, restaure leur voix et soutient leur capacité maternelle envers leur bébé. Accroissant la sensibilité affective tout en la régulant, il propose une aire transitionnelle de rencontre pour la mère et le bébé, déployant le jeu nécessaire à leur relation » (Borsoni, Lebeau, Tallou, 2018, p.125).

Régulièrement soumis aux mouvements de continuité-discontinuité des familles, il s'est trouvé fortement bousculé par les effets de la pandémie de COVID et des mesures sanitaires, avec l'arrêt des groupes en 2020 puis leur difficile reprise. Durant 8 mois, nous avons accueilli au plus un bébé et sa mère à chaque séance, le groupe s'est même trouvé « tourner à vide » tout un mois. Le « faire groupe » semblait perdu, atteignant notre désir et le sens de ce travail. Il redémarre mi-janvier 2022,

sur fond d'une nouvelle vague COVID. Nous accueillons Kadi, 7 mois, avec sa jeune mère originaire d'Afrique centrale, juste après un entretien écrasé par la douleur d'un exil marqué de violences, et Harry, 4 mois, avec sa mère venue du Laos pour étudier voilà 10 ans, de retour de vacances. Les deux familles viennent en consultations thérapeutiques depuis plusieurs semaines avec Brigitte.

Les mères s'observent, parlent peu, derrière les masques qu'elles ne baissent pas malgré nos invitations répétées à jouer à « caché-coucou » lorsqu'elles s'adressent à leurs bébés, afin qu'ils conservent l'accès à la bouche qui parle et au visage entier de leur mère, miroir de l'âme et des premiers vécus de l'enfant (Winnicott, 1975).

Installée sur les genoux de sa mère, Kadi regarde Harry qui ne manifeste rien, elle tente quelques gazouillis d'appel, des gestes désordonnés, sans réponse en retour. Elle se tord en arrière pour s'agripper au visage de Viviane installée tout près, qui la regarde et lui sourit. Harry est impassible et lisse comme sa mère, silencieuse et raide. Après le chant de présentation où chacune a prénommé son enfant, elles-mêmes puis nous-mêmes, la mère de Kadi émet de petits rires embarrassés. Sa fille ponctue de vocalises et mouvements de bras.

Malgré nos années d'accordage entre thérapeutes, en écho de ces mères qui ne parlent guère, bougent peu, et ne demandent rien, nous nous sentons hésitantes et maladroitement dans notre

capacité à ajuster nos rythmes et nos voix. Nos regards de l'une vers l'autre sont désynchronisés, nous aussi manquons de mots. Le temps s'étire, nous paraît long, marqué de lâchages dans les mailles relationnelles.

### « JOLI BÉBÉ » : OSER SA LANGUE MATERNELLE

Comme nous questionnons le choix de la langue de la prochaine berceuse en feuilletant notre répertoire de chants, la mère de Kadi nous dit en chanter une à sa fille... et entonne volontiers un « joli bébé » accompagné de mots en dialecte, balancés et toniques. Première surprise : une mère n'ose que rarement dès la première séance apporter sa propre berceuse, qui relève tant de l'intime avec son enfant. Ce chant dévoile ici une belle force vitale. Son bébé, assise sans bouger sur le tapis, écoute, tournée vers sa mère qui se penche vers elle et lui sourit, son masque glissant sous le nez.

Nous sommes saisies par la beauté de ce partage. Brigitte reprend espoir d'accordages possibles et retrouve sa confiance thérapeutique : dans ce groupe, quelque chose pourrait utilement se passer entre mère et bébé<sup>1</sup>. Viviane revit, transportée dans le pays ensoleillé de cette mère.

Comme nous demandons à la mère de Harry si elle aussi a une chanson pour son fils, elle répond lui chanter une ritournelle traditionnelle du Laos. Deuxième surprise : cette mère si figée, cale son petit sur la chauffeuse tel ●●●



« Sa majesté le bébé », s'assied à ses pieds, et, derrière son masque, lui chante d'une voix légère et nostalgique les mots délicats de sa langue... Nous sommes étonnées que cette mère sévèrement déprimée ait pu elle aussi s'autoriser à offrir son chant à son bébé et au groupe ! Nous savourons...

Les mères suivies dans notre unité arrivent souvent silencieuses, en grande difficulté pour s'adresser à leur bébé. Plusieurs séances groupales sont nécessaires avant qu'elles ne retrouvent leur voix. Ici, au-delà des différences de culture et de personnalité, la communion d'intention est présente, le groupe fait son œuvre.

Explorant le répertoire avec nous, la maman de Kadi choisit « *Moi j'aime ma maman* ». Toutes debout, Viviane chante avec cœur et se balance avec d'amples mouvements, Brigitte s'accorde à son tempo, Kadi est fascinée, sa mère rit. Harry est raide et silencieux dans les bras de sa mère qui le berce deux fois plus vite que nous. Cette chanson rythmée et dansante comme une bourrée du Berry, notre région d'origine, nous rappelle des joies enfantines. Nous aimons son effet de revalorisation narcissique, « en attendant que vos enfants vous le disent un jour ».

À défaut de propositions des mères, Brigitte poursuit le tour du monde en proposant « *Twinkle star* », l'anglais faisant souvent langue-pont entre les continents. Mais ayant quitté les terres originaires, nous voilà seules à chanter, les regards des mères s'éloignent, leurs visages s'éteignent, les bébés aussi, nous avons le sentiment de les perdre. Kadi, seule assise au tapis, patiente. Harry tenu debout contre la hanche de sa mère, peu présent depuis le début, semble fatigué.

**Moment sacré : Kadi a trouvé sa mère. Nous faisons durer le chant, en douceur...**

## UN MOMENT SACRÉ : LES BAISERS DÉVORANTS DU BÉBÉ À SA MÈRE

Nous proposons alors un changement d'ambiance avec la berceuse « *Dodo, l'enfant Do* », sur un tempo lent. Pour vitaliser le groupe, Viviane chante de bon cœur, surprenant Brigitte de sa voix si tonique pour une berceuse. La mère de Harry assise raide, a calé son fils dos contre son ventre, avachi, tous deux immobiles, aucun son ne semble sortir du masque porté haut. Kadi est installée à califourchon sur les genoux de sa mère, en pleine torpeur. Celle-ci s'affaisse et s'enroule autour de sa fille, l'enveloppant de son corps tout en la berçant lentement et amplement au rythme du chant.

Au fil de la répétition du chant, nous voyons Kadi embrasser « amoureuxment » le visage de sa mère. Elle la dévore de baisers, sur le nez, les joues, les commissures des lèvres, le menton masqué, avec une délicatesse et un élan qui « cueillent » sa mère au cœur... laquelle se met à sourire et couvre à son tour sa fille de baisers, elles se câlinent. Kadi jubile, sa mère est radieuse, nous sommes subjuguées. Moment sacré : Kadi a trouvé sa mère. Nous faisons durer le chant, en douceur...

À cet instant, Brigitte sent la mère de Harry pleurer sans bruit sous son masque, bras en croix sur le buste de son fils. Viviane chante, toute à la beauté de la rencontre entre Kadi et sa mère, Brigitte chante plus doucement, cherchant comment faire place aussi à ce qui a lieu pour Harry et sa mère. Celle-ci semble vouloir cacher ses pleurs, dont la tonalité nous échappe. La chanson finie, son bébé se met à geindre. Madame le tourne contre elle et tente de l'apaiser, premier rapproché qui ne l'apaise guère. Elle reste silencieuse à notre invitation à évoquer son ressenti. Brigitte énonce qu'ici nous pouvons accueillir toutes les couleurs

des émotions, quelles qu'elles soient... La mère de Kadi est émue, embarrassée de cet émoi indéchiffrable contrastant avec la tendresse qu'elle vient de vivre avec son bébé.

Nous entonnons « *Ani Couni* », notre rituel de fin de groupe, aujourd'hui grave et lent, écho de ces émois, entre douceur et nostalgie, douleur et silence. Au départ du groupe, la mère de Harry nous remercie, comme soulagée, et confirme qu'elle reviendra la semaine prochaine.

## LES BATTEMENTS DE NOTRE CŒUR : REBONDS !

Au groupe suivant, dès la salle d'attente, Harry sourit. Il arrive éveillé, le teint rose, le regard vif et actif adressé à chacune, dès que nous parlons ou chantons. Le contraste est saisissant. Allongé sur le dos sur le tapis, il se tourne vers Kadi assise un peu plus loin et la regarde intensément, ils se découvrent. Quand elle l'appelle, il répond de quelques sons et mouvements des jambes.

Nous avons discuté en réunion d'équipe de notre effroi de sentir Harry « gelé », absent, sans mouvement ni bruit, un retrait sévère évoquant un risque de développement autistique. Nous le découvrons tout autre, véritable interlocuteur. Il y a quelqu'un !

Sa mère commence à animer son propre corps, sortant et manipulant les hochets qu'elle a apportés. Elle regarde son fils au tapis, répond à ses sourires par des mouvements de tête; visage masqué et sans mot, elle se montre active. Lors des comptines à gestes, elle attrape les mains de son bébé, lui font faire les mouvements, même si elle ne regarde pas ce qu'il manifeste. Animant le corps de son fils comme une marionnettiste, au moins elle le sollicite, dans une ébauche de l'indispensable « pulsion invocante » (Bentata, Ferorn, Laznik, 2015) d'une mère envers son bébé. Pour la première fois, elle « se prête au jeu », elle a acquis l'idée d'un jeu nécessaire. Harry, surpris, suit sa mère des yeux et esquisse des sourires.

Malgré l'étrangeté des mouvements mécaniquement animés, ce qui est en train d'avoir lieu nous fait sourire... Dans

le même temps, la maman de Kadi s'amuse des comptines et fait les gestes avec son propre corps face à son bébé au tapis.

## DES RYTHMES APPUYÉS : LA VIE INSISTE

Dans nos chants du jour, nous nous accompagnons inconsciemment de percussions corporelles. Et les mamans nous suivent ! La mère de Kadi marque les temps forts en tapant dans ses mains, tels les rebonds cardiaques. La mère de Harry fait des mouvements délicats de ses mains, petits et légers, non binaires. Brigitte croit reconnaître des triolets ou une variation rythmique subtile. Viviane est déconcertée. Nous n'arrivons pas à percevoir si nous sommes vraiment ensemble. Chacune chante et bat son rythme selon ses propres ressentis, relance du bercement rythmique originaire, un peu « boiteux » (Gérault, 2021), mais bien vivant. La composition tient à peu près la route malgré sa forme plurielle, la dynamique groupale est porteuse par le plaisir à être ensemble.

Nous vivons une expérience nouvelle, étrange, à la fois éprouvante et stimulante, avec ces mères qui communiquent peu, mais jouent avec nous des rythmes pour leurs bébés. Peut-être pour lutter contre leur écrasement dépressif et le nôtre en temps de COVID, nous nous surprenons à marquer ces percussions corporelles. Comme l'écrit Odile Gérard (2021) à propos du « balancement primitif », nous voilà remontées à la source universelle de la vie et du langage. Cela relance nos vitalités, pulsation de la vie, des cœurs, de notre cœur, en deçà des mots qui font défaut.

Le lendemain, lors de leur entretien individuel bimensuel, Brigitte entendra la mère de Harry s'adresser à son bébé dans sa langue dès la salle d'attente. Au lieu de mots rares et atones en français, c'est une voix chantante, un vrai mamanaïs<sup>2</sup>, qu'elle offre ici et maintenant à son bébé. Elle cherche la relation proche avec son bébé, les yeux dans les yeux, l'appelle, ne le laisse plus se perdre au loin. Mère et bébé se sont visiblement trouvés dans l'intimité de leur maison, en après-coup de ces deux groupes. La relation va s'ancrer au groupe Massages suivant :

## Cette mère fera un beau massage à son fils, avec une enveloppe sonore en laotien. Cela fera dire au psychomotricien : « ça y est, il a trouvé sa mère pour la vie ».

cette mère fera un beau massage à son fils, avec une enveloppe sonore en laotien. Cela fera dire au psychomotricien : « ça y est, il a trouvé sa mère pour la vie ».

## CONCLUSION : LA SURPRISE, CHATOUILLE DE L'ÂME (MARCELLI, 2016)

Les mots manquaient, dans les lourdes blessures de l'exil, les vécus de vide et d'isolement des mesures anti-COVID, la défiance de l'autre induite par la contamination virale, et aussi l'absence du père du bébé resté injoignable au pays pour l'une, la disqualification écrasante par son compagnon pour l'autre. Ces mères avaient perdu leurs voix. Quel surgissement de l'imprévu (André, 2013) quand les chants et nos paroles, nos mouvements et nos percussions corporelles raniment mères et bébés !

Nos berceuses en chœur ont remis de l'histoire/du temps, et une géographie/des lieux, tant pour ces familles que pour nous thérapeutes. Kadi et sa mère ont pu se rencontrer tendrement, précieuse trouvaille dans leur parcours migratoire incertain. Pour Harry, le drame douloureux de ce qui n'advenait pas entre une mère qui s'adressait peu à son bébé, et lui, qui ne l'appelait pas, a pu faire place à des tentatives de communication parfois inadaptées, mais visant la rencontre.

Dans cet « avant les mots » de la voix chantée et des émois partagés, des percussions corporelles, des balancements rythmiques, ce groupe si étrange et singulier, malgré nos années de pratique, a réveillé nos ressources internes. Par notre confiance ancienne, nous avons pu accueillir les imprévus, les précarités, et nos embarras, de ce

fait improviser, comme en musique, une composition groupale bancale et efficiente, enveloppe propice aux nécessaires rencontres. Nous aurons tenu notre rôle thérapeutique pour ces familles : être témoins, jusqu'ici dans cet article, que « quelque chose d'essentiel est en train de se passer »... ■

### NOTE :

1. En référence à D. W. Winnicott, 1971, et les « agonies primitives » où entre mère et bébé quelque chose « n'a pas eu lieu qui aurait pu utilement se passer »
2. Langage commun à tous les parents du monde et qu'ils utilisent lorsqu'ils s'adressent à leur nouveau-né.

### BIBLIOGRAPHIE :

- André J., 2013, *L'imprévu en séance*, Essai Folio Poche, 2013.
- Bentata H., Ferron C., Laznik MC, 2015, *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère... La pulsion invocante*, dir. Toulouse, Erès, coll. Psychanalyse-Poche.
- Borsoni B., Lebeau C., Tallou V., 2018, « Des corps, du chant, du chœur : l'expérience d'un groupe Berceuses en unité périnatale ambulatoire », *Spirale* 2018/3 N°87 pp.107-125.
- Gérard O., 2021, « Balancement », in *Musicothérapie active – Rebâtir le temps de la mémoire*, dir. Willy Bakeroot, Dunod.
- Marcelli D., 2016, *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel.
- Winnicott D. W., 1971, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, NRF.
- Winnicott D. W., 1975, « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

# DÉPRESSION ET CONDUITES SUICIDAIRES À L'ADOLESCENCE

L'augmentation des conduites suicidaires chez les adolescents depuis 2020 renforce la nécessité de penser la psychopathologie de l'adolescence dans ses liens avec les facteurs sociétaux.

Ce dossier est une invitation à comprendre l'articulation complexe entre les phénomènes vécus au niveau collectif et les symptômes rencontrés au niveau individuel.

# DOSSIER

P. 23

INTRODUCTION



**JEAN BELBEZE**

P. 27

CONDUITES SUICIDAIRES  
ET FONCTIONNEMENTS  
LIMITES À L'ADOLESCENCE



**MAURICE CORCOS**

P. 31

DES ÉTUDIANTS MEURENT  
DE DÉLIAISON ET FAUTE  
D'ESPOIR !



**JEAN-CHRISTOPHE MACCOTTA**

P. 35

LA CRISE DANS LA CRISE



**HELENA WILLO TOKE  
VICTOIRE PAILLARD  
ISABELLE SABBABH-LIM**

P. 39

UNE SOCIÉTÉ SOUS TENSION



**PABLO VOTADORO  
FRANCK ENJOLRAS**

P. 44

MARIE, OU L'IMPOSSIBLE  
PUBERTÉ



**AUDE ROGER  
BÉATRICE DEDEYSTÈRE  
CHRISTINE MOUREAUD  
EMMANUELLE BERGER  
JEAN BELBEZE  
LAURA BELLONE**

P. 42

TROIS NIVEAUX DE  
CONTENANCE



**MARION ROBIN  
LAURA BELLONE  
MAURICE CORCOS**

## SUICIDE ADOLESCENT

### L'énigme d'une génération ou des générations ?



**JEAN BELBEZE**

Psychiatre, Chef de clinique à l'Institut Mutualiste Montsouris

**E**n 2003, un dossier consacré à l'hospitalisation des jeunes suicidants et coordonné par le Pr Jeammet paraissait dans Le Carnet Psy<sup>1</sup>. La question qui anime alors la discussion nous semble toujours d'actualité : « quel mobile peut conduire un adolescent à tenter de mettre fin à ses jours ? », interroge le Pr Jeammet. Et de poursuivre en demandant qui de la société, la famille ou l'adolescent est vraiment malade, pour rapidement nous répondre : « quelle que puisse être la réalité de l'influence de l'évolution sociale, elle ne rend pas compte du choix des adolescents les plus sensibles à cette influence ». Que penser de cette réponse face à une actualité clinique qui révèle une « pandémie silencieuse » du suicide juvénile, dans l'après-coup de sa cousine plus bruyante du COVID-19<sup>2</sup> ? En effet, le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) relève un fait qu'il qualifie de « nouveau », l'augmentation très marquée des recours aux soins pour gestes suicidaires chez les adolescents<sup>3</sup>. Les constats statistiques confirment l'effacement clinique qui se mue en une force de révolte comme en témoignent dans les médias les nombreuses alertes et tribunes de pédopsychiatres hospitaliers.

#### À LA FRONTIÈRE DE L'INTIME ET DU PUBLIC

Une révolte, oui, mais contre quoi ? C'est précisément la question qui

traverse adolescents en détresse et professionnels du soin face à leur impuissance à répondre à cette vague de mal être. Qu'accuser ? L'élitisme scolaire ? Les réseaux sociaux ? Ou bien le manque de moyens à l'hôpital ? Les politiques sanitaires du COVID et l'effet des confinements ? Les guerres en Europe ? L'état de la planète ? Faute de ne trouver de réponse qui offre une prise sur la réalité du symptôme, c'est finalement contre soi-même que se retourne la révolte devenue démission, comme en témoigne d'un côté l'autoagressivité adolescente et de l'autre la vacation de plus en plus massive des postes hospitaliers médicaux et infirmiers. Comment comprendre ce qui a rendu les fondations si fragiles ? Comment saisir au-delà des excitations bien visibles les défauts criants d'invisible du pare-excitation ? Ainsi, il nous semble qu'à la question de savoir ce qui fait symptôme dans le corps de l'adolescent, lorsque ce symptôme transporté par son importance sur la scène médiatique devient un phénomène social, il convient de reconsidérer la problématique du « mobile » qui agit le geste. Nous la reformulons ainsi 20 ans plus tard : quel lien entre l'épidémie et le singulier ? Ou bien encore entre société et individu ? Car c'est bien à une intrigue « limite » que nous nous trouvons confrontés, lorsque les affres du privé se déplacent sur le commun. La psychopathologie peut-elle nous aider à éclairer ce phénomène frontière de l'intime et du public ? ●●●

## Une révolte, oui, mais contre quoi ? C'est précisément la question qui traverse adolescents en détresse et professionnels du soin face à leur impuissance à répondre à cette vague de mal être. Qu'accuser ? L'élitisme scolaire ? Les réseaux sociaux ? Ou bien le manque de moyen à l'hôpital ? Les politiques sanitaires du COVID et l'effet des confinements ? Les guerres en Europe ? L'état de la planète ?

Comme le rappelle le Pr Jeammet au sujet des adolescents, à la frontière entre société et psyché, il y a la famille : « La famille exerce son influence à la frontière du social et du psychologique », se trouvant donc « synchroniquement » à la limite entre société et adolescent, comme un contenant intermédiaire qui filtre et transmet, sans hermétisme total, mais dans une porosité progressive et contrôlée. Elle se trouve également à la frontière « diachronique » de sa propre histoire infantile et immémoriale, survivant dans les mythes et fantasmes qui organisent la vie familiale, et de l'histoire actuelle en construction avec l'adolescent réel. Les familles de ces adolescents suicidaires justement, se trouvent elles-mêmes bien en difficulté pour comprendre le trouble de leur enfant, d'autant plus qu'elles saisissent bien naturellement les diagnostics proposés que sont les acronymes divers tels que HPI, TOP, TDAH... Des diagnostics essentialistes qui expulsent la question relationnelle et du même coup les leviers de compréhension et de résolution attendants. Car c'est cela qui trouble. Que faire si personne n'a de « prise » sur les comportements ? L'enfant simplement « malade » et les parents impuissants ? Les ressources du Moi sont comme disqualifiées dès lors que le symptôme émerge, convoquant une réponse médicale qui se ferait l'économie de penser l'agir et donc la culpabilité parentale et adolescente qui représente pourtant le pendant

inévitabile de la responsabilisation et de la subjectivation face à ses propres désirs, notamment agressifs et sexuels. La psychiatrie dite « biologique », promettant une réponse objective, médicale (et donc sans jugement moral) offre un fantasme d'existence déculpabilisée où la génétique se substitue à la généalogie. Seulement, le constat est amer pour les parents comme pour les soignants lorsque la récurrence suicidaire ne peut être seule prévenue par un traitement médicamenteux. On retrouve donc des familles désarmées, toujours en proie aux doutes et à la remise en cause et un impensable en plus : le lien et ses conflits à l'adolescence, c'est-à-dire la pulsionnalité qui irrémédiablement déborde, fait symptôme et cogne les limites, questionnant les aptitudes de séparation parentales et adolescentes. Là où il n'y a plus de prise, l'emprise fait son jeu.

### L'ADOLESCENCE FACE AU MYSTÈRE FAMILIAL

Peut-être qu'une description clinique pourrait nous aider à nous représenter les forces à l'œuvre dans la famille autour du geste suicidaire adolescent et ses rapports avec les « limites » que nous avons soulevées. Les jeunes patients hospitalisés qui viennent pour tentative de suicide, après d'éventuelles périodes de scarification, de fugues ou de difficultés émotionnelles plus précoces, éprouvent une souffrance indicible

dont il apparaît qu'elle a pour facteur commun de ne pouvoir être adressée aux objets d'attachement, impliquant une communication corporelle, non verbale, primaire, de décharge. Cet impossible adressage émotionnel, souvent ancré depuis de longues années, se voit soumis à une pression nouvelle lorsque se profilent les angoisses spécifiques de l'adolescence : l'émergence du sexuel qui convoque les angoisses incestuelles, d'indifférenciation voire d'engloutissement, et impose la séparation qui réveille la crainte de la perte des objets d'amour premiers. Les adolescents suicidaires, pour ceux qui parviennent à saisir l'opportunité d'une rencontre nouvelle pour échanger, nous expliquent bien souvent qu'ils ne voudraient pas faire de peine à leurs parents. Ils racontent que leur tristesse serait trop dure à tolérer et nous dévoilent leurs craintes que leur colère puisse provoquer rupture, effondrement ou suicide. Ces perceptions catastrophistes, lorsqu'elles sont examinées avec les parents, font émerger des histoires parentales infantiles et éventuellement conjugales, qui ont provoqué des blessures fondamentales. Ces blessures s'articulent autour de passés qui ont fait traumatisme, parfois d'une manière tamisée, mais mis en lumière par leur rencontre avec une répétition filiale au travers de l'histoire relationnelle avec leur propre adolescent et sa propre perception de la réalité psychique parentale. Ces passés, faits de vécus



de séparation, de perte, d'abus ou de négligence, ont donné aux parents un souci particulier, intense, comme une promesse parfois inconsciente ou non formulée, de faire mieux, de ne pas voir leur enfant traverser les mêmes douleurs, souffrir des mêmes blessures. Ces promesses revêtent un caractère archaïque, presque vital et dans une grande majorité des cas chez les parents, l'intention est fondamentalement protectrice pour leurs enfants. Pour ainsi dire, l'enfant perçoit, sans en deviner les enjeux, l'importance pour ses parents de le mettre et d'être mis eux-mêmes à une place qui ne réactive pas ces blessures, qui ne les trahirait pas, ou plutôt qui ne trahirait pas la promesse que ceux-ci portaient à l'enfant à l'intérieur d'eux.

Lorsque les enfants traversent des épreuves qui les soumettent à une tension entre vécu subjectif et attentes parentales, ils peuvent se sentir au bord de l'échec, débordés par cet idéal qu'ils ne peuvent ignorer sans toutefois le comprendre. Ainsi, leur monde se résume à un vécu de faillite d'être l'enfant qui n'a pu satisfaire son parent, duquel ils ignorent bien souvent la cause réelle de la blessure encore ouverte qu'ils constatent (et parfois, indépendamment d'une connaissance factuelle de l'histoire traumatique parentale, car le parent ignore lui-même ce qu'il agit comme demande implicite à être à son enfant); l'insatisfaction faisant craindre le rejet ou bien souvent l'effondrement, toujours en tous cas la perte. Les expériences qu'ils traversent

et qu'ils font traverser à leurs parents sont pourtant de l'ordre de l'ordinaire : recherche de limites (et donc conflits), besoin de dépendance « ajustée », possibilité de séparation avec transmission d'une confiance en leurs capacités et en celles du monde comme bon et prometteur (et notamment en celles du monde sexuel), dont ne sont pas exclues toutefois la nuance et la complexité. Le « mobile » derrière le passage à l'acte, tel que l'interrogeait le Pr Jeammet peut trouver une piste de réponse dans l'immobile d'une relation parents/enfants qui, privée de son organisation générationnelle, évolue hors de la temporalité psychique de la croissance et impose des dilemmes insolubles à l'adolescent.

Cette description n'a pas pour but d'être exhaustive, elle se propose de donner à se représenter ce qui fait l'objet d'une fragilisation narcissique dans la construction de l'enfant en « vase communicant » avec la vie interne de son parent, sans limites propres; c'est alors qu'elle risque de compromettre son intégrité psychique autonome pour faire survivre son parent et le lien qui les unit; lorsque la puberté émerge et que le sexuel complice les liens, la tension devient dangereuse et le symptôme mortel. Cette opération différenciante qui vient à manquer, et ce de manière transversale dans la clinique de l'adolescent suicidaire, c'est celle qui incombe à ce que les psychanalystes nomment la fonction

paternelle; elle sépare l'enfant du corps de la mère, installant la différence des êtres et faisant place à la possibilité d'une distinction des générations et des sexes. Le déclin de la fonction paternelle a été soulevé par Lacan, comme une conséquence du remplacement de la religion par la science<sup>4</sup>. La science apportant la preuve biologique du père, qui ne repose plus sur la désignation par le discours de la mère, défait le sujet de sa responsabilité vis-à-vis de sa parole, il n'est plus limité par elle. Comme le dit Joseph Rouzel : « Vérification, consommation, judiciarisation, telles sont les voies d'objectivation que le discours de la science oppose au processus de subjectivation : énonciation, castration, responsabilisation »<sup>5</sup>. Nous suggérons cependant que le discours de la science n'agit en tant que tel que lorsqu'il se fait porteur d'une idéologie de la toute-puissance individuelle en tant qu'il est instrumentalisé par le dogme néolibéral. Nous soulevons dans les lignes qui suivent l'articulation d'une évolution sociétale dite moderne libérale avec la liberté individuelle pour revendication incontestable à l'effacement des limites éducatives et structurantes chez l'enfant, et dans l'organisation symbolique des familles.

## PLACE OU VALEUR : LES LIMITES À L'ÉPREUVE DE L'AMBIGÜITÉ LIBÉRALE

La puissance de l'individu n'a cessé de croître depuis la Renaissance et l'émergence de l'humanisme avec la philosophie des Lumières, à travers l'effacement du religieux, puis l'installation de la démocratie et enfin dans le développement du libéralisme économique dans la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Les rapports humains ont évolué vers une affirmation de l'indépendance et de l'égalité des êtres, ce faisant, les contraintes propres au lien et à l'autorité des traditions et du sacré ont perdu de leur sens. Ces évolutions porteuses de progrès social considérable ont offert des occasions d'entrer dans des rapports plus égalitaires, sur le plan économique d'abord, mais également eu égard au statut social, contribuant notamment à un travail de réduction des inégalités envers les femmes. Durant les dernières

**Cette possibilité parentale d'établir ces limites, et donc de mettre fin à la séduction réciproque des instants fusionnels du début de vie, implique pour eux de supporter la colère de leur enfant et sa frustration.**

décennies, la reconnaissance de la singularité et des besoins de l'enfant a émergé, contribuant à réduire les différences de valeur entre adultes et enfants.

Pour autant, les limites claires et posées avec fermeté dès le plus jeune âge sont un besoin développemental incontournable. Cette possibilité parentale d'établir ces limites, et donc de mettre fin à la séduction réciproque des instants fusionnels du début de vie, implique pour eux de supporter la colère de leur enfant et sa frustration. Pouvoir traverser ces conflits, ces « différends », suppose que les parents ont les capacités de tolérer ces ébauches de séparation. L'esquive ou la dénégation de cette responsabilité parentale, qui semble promettre une poursuite d'un lien filial a-conflictuel et donc idéal, a des conséquences sur le développement de l'enfant qui ne peut appréhender lui-même la possibilité d'être un individu autonome. Cette capacité pour les parents de « s'imposer » à leur enfant, et à eux-même — est soutenu par un cadre symbolique qui rappelle à l'asymétrie fondamentale entre parents et enfants. Si cette donnée semble aller de soi, elle est rapidement effacée par les histoires individuelles qui, la psyché est ainsi faite, confondent blessure infantile encore active dans le parent et besoin de l'enfant réel. C'est ainsi que, lorsque les cadres supérieurs qui structuraient la vie morale (c'est-à-dire les lois intimes qui régissent l'organisation des êtres) s'effacent, chacun est laissé seul face à ses fragilités et ses désirs.

Dans cette ouverture à plus d'égalité, l'affranchissement des interdits d'antan a conduit à un fantasme de toute-puissance de l'individu, comme si la fonction paternelle n'était que fiction patriarcale conservatrice; le mythe du self-made man s'incarne comme une fable d'auto-engendrement accessible à tous. Car c'est cela, la promesse libérale, la fin des frustrations par la jouissance, l'ultime transcendance de l'être, sans ascendance limitante et sans limite pour sa descendance. Ainsi, là où les lois morales qui organisaient la société supportaient la fonction symbolique paternelle, répondant par là à un besoin fondamental (de distinction des êtres,

## Dans cette ouverture à plus d'égalité, l'affranchissement des interdits d'antan a conduit à un fantasme de toute-puissance de l'individu, comme si la fonction paternelle n'était que fiction patriarcale conservatrice.

des sexes et des générations), la société libérale jouant sur une confusion entre place et valeur, substituée à la nécessité des organisations familiales classiques existantes en écho avec les besoins affectifs familiaux, conjugaux et infantiles (stabilité, disponibilité, définition de places, de rôles et de fonctions), le mirage d'une autosuffisance par la liberté individuelle. Cette liberté illusoire s'organise sur la déliaison des êtres toujours plus dépendants, de fait, des objets de jouissance colmatant le « manque » et toujours plus flexibles (mobilité professionnelle, séparations conjugales), en parallèle, sacrifiant leurs besoins pour leur jouissance.

### CONCLUSION

**Le suicide adolescent est un enjeu de santé publique au sens le plus pur du terme en ce qu'il constitue un symptôme d'une organisation sociétale en crise.** La crise c'est l'équilibre instable qui se rompt, entre une histoire patriarcale dépassée et une solution libérale de plus-de-jouir en bout de course. L'heure actuelle n'est pas tant à la lutte en contre pour détruire ce qui est, point de totem à faire chuter ou de tabou à combattre, qu'à la révolte pour créer ce qui manque; c'est-à-dire un étayage à la parentalité pour permettre aux parents d'assurer les fonctions nécessaires au développement de l'enfant dans les nouvelles organisations plus libres et plus égalitaires de la famille. ■

### NOTES :

1. Jeammet P. Introduction. *Le Carnet PSY*. 2003; 85 (8) : 13-4.

2. Lecot J. Tentatives de suicide chez les ados : la « pandémie silencieuse » (Internet). *Libération*. (cité 2 oct 2022). Disponible sur : [https://www.liberation.fr/societe/sante/tentatives-de-suicide-chez-les-ados-la-pandemie-silencieuse-20220707\\_S5BOLOE27FF37BMRSUZYCYC4J4/](https://www.liberation.fr/societe/sante/tentatives-de-suicide-chez-les-ados-la-pandemie-silencieuse-20220707_S5BOLOE27FF37BMRSUZYCYC4J4/)

3. Sous la coordination scientifique de Valentin Berthou, Aristide Boulch, Monique Carrière, Hadrien Guichard, Jean-Baptiste Hazo, Adrien Papuchon, Charline Sterchele et Valérie Ulrich de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2022, septembre). *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes - 5ème rapport/SEPTEMBRE 2022*. Rapports. [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-o>

4. J. Lacan, « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu : essai d'analyse d'une fonction en psychologie », 1938, in *Autres écrits*, Seuil, 2001.

5. Rouzel J. Chapitre 5. La fonction paternelle et son déclin dans la modernité. In: *Le transfert dans la relation éducative* (Internet). Paris : Dunod; 2021. p. 57 - 65. (Santé Social; vol. 2e éd.). Disponible sur : <https://www.cairn.info/le-transfert-dans-la-relation-educative--9782100821310-p-57.htm>

# CONDUITES SUICIDAIRES ET FONCTIONNEMENTS LIMITES À L'ADOLESCENCE :

## LES VENGEANCES D'UNE MÉMOIRE PRIMITIVE



**MAURICE CORCOS,**

Chef de service du département de Psychiatrie de l'adolescent de  
l'Institut Mutualiste Montsouris, Psychiatre, Psychanalyste

« Je me souviens d'une autoroute coupée en deux,  
je n'ai pas vu le panneau  
je fermais les yeux. »  
Alain Bashung

### ESCLAVES DE L'ÉCONOMIE PULSIONNELLE

Le drame du patient limite est dans la puissance (masse et énergie) de sa pulsionnalité vive, qu'il ne maîtrise pas (et ne peut donc transformer en pouvoir), littéralement l'emporte et le désubjectivise dans les moments de crise. Un moi dépossédé de lui-même dans l'éternel retour d'une confusion entre le soi, l'objet, et le besoin-désir. Et au cœur-réacteur de ce chaos archaïque, un « sujet » — très peu sujet de lui-même tant il est dans ce hors sens intemporel, hors de lui... — n'est pas « dedans », comme il le dit si souvent. C'est qu'un noyau archaïque sous-tend l'apparente (et leurre) problématique névrotique et la branche œdipienne « pourrie » à laquelle s'accroche désespérément le sujet limite, et qui rapidement craque. Alors la violence pulsionnelle fait effraction plus qu'elle ne s'organise et se meut en désir dans le formant œdipien. Le sujet, comme violenté de l'intérieur, est alors dans l'obligation d'avant tout s'en excaver et l'évacuer, de s'en expurger, et de l'expulser, et d'ainsi faire cesser (ou du

moins, espérer « zapper ») l'angoisse que l'excitation libre (de l'horreur au désir) génère. Il y a là une impuissance à exister dans ce bouillonnement et une « terreur » et pas seulement une angoisse à ne pouvoir y être pleinement soi-même. Cette « terreur d'exister<sup>1</sup> » quand elle n'étrangle pas le sujet limite et le fait alors verser dans la confusion et le délire, l'oblige pour être « tel qu'en lui-même », à se tenir au plus près de ses limites, de ses frontières délimitantes et subjectivantes, mais toujours sur une ligne de fuite blanche (carence) ou une sombre ligne de crête (maltraitements), et dans les moments de crise, une ligne de sorcière rouge passion (atmosphères incestueuses), et non relativement tranquille, sur une ligne de suite, avec quelques possibles embardées.

Le passage à l'acte chez le sujet limite, survient invariablement, lors de rapprochés ou de défaillances de l'environnement qui réactivent des expériences passées anaclitiques. Il est aussi bien souvent recherché, soit activement, soit plus insidieusement (création de ses conditions); non pas tant, comme il peut le sembler à

première vue, dans une visée d'union sensuelle ou de fusion archaïque dont le sujet aurait la nostalgie ou le besoin impérieux, mais bien plus essentiellement dans une visée d'expulsion cathartique de cette excitation interne qui le déborde et le dépasse et que le sujet renvoie à celui qui l'a sollicitée... l'objet primaire ou son substitut. Le sujet limite n'est pas suffisamment névrosé, et ne verse dans la psychose ou la mélancolie que par moments aussi aigus que résolutifs. Il n'est certes pas tout à fait sain, mais pas entièrement malade, figé et agité tant il se débat sans cesse et encore contre ce qui fait retour et l'immobilise en le sidérant.

Le moi du sujet limite a du mal à reconnaître, dans la bourrasque de l'excitation, des désirs qui seraient les siens. Il a d'abord à contenir cette force dont il s'éprouve être le jouet. Il y a alors, dans certaines circonstances sollicitantes, répétition compulsive d'un acte qui pare au plus pressé, à savoir la menace de désorganisation qui pèse sur le moi. Cette répétition n'est pas l'automatisme psychosomatique du fonctionnement opératoire, ni la ●●●

décharge aveugle du psychopathe, sans contact et reconnaissance tant avec le monde interne qu'externe; le passage à l'acte reste une mise en scène du fantasme que secrète une mémoire cicatrisée (avec une cicatrice chéloïde monstrueuse, car nourrie de fantasmes crus) de l'absence... et de l'expérience d'un vécu d'abandon dans l'enfance. Et s'il se répète, on perçoit qu'à chaque fois, le sujet peut espérer gagner du terrain sur l'espace de représentation... et que dans un certain nombre de cas, c'est même ce vécu-là précisément qui génère une créativité quasi hallucinatoire. Ce caractère hallucinatoire est le témoin de pensées inconscientes.

L'acte, toujours peu ou prou marqué par l'affect et qui s'adresse *in fine* à un objet (fut-il absent... celui-ci n'a jamais été plus vivant que dans son absence) chez le sujet limite (et s'apparente ainsi à un geste), n'est pas totale et pure expulsion, rejet d'une excitation libre, comme le délire dans des moments psychotiques aigus ne sera pas chez lui pure purge du passé. S'il n'a pas la valeur de représentation-incarnation que peut avoir un symptôme névrotique « bien circonscrit », il est parfois ce jaillissement vivant qui permet une configuration de présence *ici* et *maintenant* pour un *autrefois-ailleurs*. Il est reviviscence — remémoration corporelle.

Ce qui fait retour et impose le passage à l'acte chez le sujet limite — confronté à l'excitation induite par le besoin-désir pour un objet et son effet immédiat d'affaiblissement narcissique, de par le sentiment de dépendance qu'il induit immédiatement — c'est une expérience subjective traumatique primaire de perte. Et de fait, celle-ci est fréquemment retrouvée à l'anamnèse. Elle fait retour, non sous forme de réminiscence (qui laisse supposer peu ou prou une représentation), mais de reviviscence de traces sensori-motrices et affectives. Traces ayant subi l'usure du temps et la falsification espérée par le travail de la mémoire... et qui reviennent telle une psychose hallucinatoire de désir. Dire qu'elle fait retour est une euphémisme; il y a télescopage des temps, et tohu-bohu : le temps sort de ses gonds et le futur se montre, dans une inquiétante

étrangeté, avec le dé-visage d'une figure du passé. C'est ce qu'exprimait magnifiquement Margaret Little<sup>2</sup>, « Plus l'angoisse est primitive, plus l'action est une forme primitive du souvenir de l'environnement précoce ». Les performances de certains artistes qui envahissent l'art contemporain sont là pour témoigner de cette inquiétante étrangeté d'un retour du familier : performer (*to perform* : « acter et interpréter ») les effets de l'absence de l'objet jusqu'à l'incarner — ici j'existe, dans cet acte je me reconnais... je m'éprouve... je me réalise en endurant. Mais nous n'oublions pas que l'artiste réussit là où souvent le patient échoue à construire un minimum son acte de représentation, comme nous n'oublions pas la fréquence des passages à l'acte y compris suicidaires des artistes au sortir de la scène de représentation qu'ils ont choisie, celle-là même où ils existent plus qu'en dehors.

### JOUISSANCE ET « SUICIDE À LA CON »

Les adolescents limites d'aujourd'hui, dans un monde où l'érotique<sup>3</sup> est plus lié jusqu'à l'étranglement à l'horreur et à la mort qu'à la joie, jouissent-ils plus, car faute de contenants sociaux et familiaux pare-excitants et limitants, ils ont à explorer les extrêmes au risque de s'y dissoudre, ou de se démembrer ? Ont-ils développé une plus grande tolérance-acceptation de la passivité-

féminité à risque de pénétrance ou ont-ils versé dans le masochisme érogène avant que moral... qui n'est gardien que d'une vie appauvrie ? Et finissent-ils trop souvent par « des suicides à la con » comme le déplorait Gilles Deleuze<sup>4</sup> pour les toxicomanes ? Le « sujet limite », si peu sujet de lui-même (trop « je est un autre », « on me pense ») finissant tant par s'identifier à l'instance qui le juge (la société, la famille) ou à celle qui est jugée (le moi et l'idéal du moi), qu'il agresse l'objet ou s'offre à ses vœux de mort. Certains psychanalystes, héritiers encore trop proches de Freud et de la sexualité juive viennoise honteuse, peuvent-ils comprendre les passages à l'acte des états limites actuels, alors qu'ils discutent encore pour savoir s'il faut les allonger ou les suivre assis alors que pour ces patients nous serions quant à nous partisans de réinventer la « *walking cure* » ? Freud aujourd'hui ne travaillerait pas sur le puritanisme, mais sur l'excès jusqu'à l'hubris et sur les modalités de ces aménagements. Autant dire qu'ici le cadre-type n'est pas adapté et que nous proposons une thérapie bifocale pour tenir compte du niveau particulier de structuration et d'organisation du moi et de ses capacités de liaison avec la libido et d'aménagement de la distance objectale !

Reste la question difficile à trancher dans les suicides dits « réussis » :

**Ce qui fait retour et impose le passage à l'acte chez le sujet limite — confronté à l'excitation induite par le besoin-désir pour un objet et son effet immédiat d'affaiblissement narcissique, de par le sentiment de dépendance qu'il induit immédiatement — c'est une expérience subjective traumatique primaire de perte.**



## En d'autres termes, le patient qui ne peut se plaindre des premiers chaos de sa vie d'adolescent (qui risquent de réactiver une blessure ancienne et profonde ou une vieille fêlure), assume rageusement, par les passages à l'acte addictifs et suicidaires, la séparation pour ne pas avoir à la subir.

l'acte écrase-t-il un fantasme trop cru (œdipien ou archaïque), qui lui-même étoufferait la pensée ou ne vient-il qu'en lieu et place d'un fantasme blanc, fruit d'une carence d'investissement de l'environnement ? Les deux probablement. Dans les « conduites » et non les « comportements » suicidaires limites, il demeure quelque chose dans l'acte qui lui donne le caractère d'un geste, c'est-à-dire qu'il est encore et toujours chargé d'affects, fussent-ils de haine (la peur se transformant en haine permet au sujet de se sentir exister et de se tenir... la haine est un formidable liant, plus solide que l'amour), et qu'il est adressé à quelqu'un. Le passage à l'acte dans les suicides « réussis » semble lui, hors langage, mais peut-être même aussi hors affects et représentations comme si nulle scène de violence et de haine ne constituait de scénarios inconscients suffisamment prégnants. De fait, ces suicides « réussis » surviennent (hors accident) lors du passage bien décrit par André Green<sup>5</sup> chez ces patients d'une logique du désespoir à une logique de l'indifférence.

### DÉPENDANCE PRIMAIRE ET FRAGILITÉ NARCISSIQUE NATIVE

Le facteur de risque suicidaire essentiel dans le passage à l'acte chez le sujet limite apparaît être dépendant de l'importance de sa fragilité narcissique et de la nature de la dynamique familiale. L'ensemble des données épidémiologiques, mettant en exergue les facteurs de risque spécifiques sus-

cités, apparaît découler directement et indirectement de ces deux dimensions centrales, ainsi que d'une éventuelle vulnérabilité biologique. Ces trois dimensions qui interagissent entre elles sont particulièrement visibles dans la dépendance du sujet aux autres et dans la massivité, la fixité et la rigidité (peu de capacité de mouvance intrapsychique et de déplacement) de ces investissements. Cette dépendance témoigne du maintien d'une position archaïque dans la relation aux objets parentaux (intolérance à la frustration, omnipotence infantile confirmée par la terreur qu'inspire le passage à l'acte suicidaire).

Les principaux facteurs de risque de suicide à l'adolescence renvoient à cette économie pulsionnelle singulière, mise en difficulté lors de la nécessaire gestion de la trop grande proximité ou de la séparation du sujet d'avec ses objets à cet âge charnière et de transition de la vie. Ces facteurs de risque sont : certains registres psychopathologiques (psychotique, mélancolique et limite), certains indices pronostiques symptomatiques (fugues, automutilations), des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, des antécédents de passages à l'acte suicidaire chez les proches favorisant une identification morbide de l'adolescent, et des antécédents de passages à l'acte chez le sujet qui l'ont fait passer de l'autre côté du miroir et ont réorganisé sa personnalité autour de cette victoire narcissique à la Pyrrhus. Des facteurs antérieurs et d'autres postérieurs donc qui vont

évidemment interagir, pouvant pour le pire, favoriser l'autorenforcement et la répétition de la conduite.

N'oublions pas en effet que le passage à l'acte modifie le sujet, car il touche au réel (le sexuel, la mort) et intensifie le rapport à l'autre dans le pulsatile et la sensation... jusqu'à la consommation sensorielle : « On en ressort fourbu... Toujours plus affamé, et ça nous fait (la fréquentation assidue de l'extrême) dégringoler de plusieurs crans sur l'échelle de l'estime de soi... Cette attente (passivante et jusqu'à humiliante) ne craint rien comme d'être déçue de ne plus rien trouver d'assez extrême à son goût »<sup>6</sup>.

Le patient limite suicidaire qui échoue à se rassembler dans un vécu émotionnel et une mentalisation, voire même dans une organisation dépressive salvatrice dont on sait le rôle essentiel dans tout processus de subjectivation en particulier à l'adolescence, est emporté lors de chaque crise par une rage narcissique destructrice à l'origine de son geste. L'angoisse inhérente aux pertes et aux séparations réelles ou fantasmées n'est qu'un temps contournée, ou court-circuitée, en particulier par les conduites addictives, les automutilations et les fugues, trois signes avant-coureurs d'un risque de passage à l'acte suicidaire. Elle demeure intolérable du fait que la première phase de séparation-individuation dans l'enfance a été insuffisamment élaborée et que les capacités de désinvestissement sans perte narcissique de l'objet décevant ou perdu sont insuffisantes.

En d'autres termes, le patient qui ne peut se plaindre des premiers chaos de sa vie d'adolescent (qui risquent de réactiver une blessure ancienne et profonde ou une vieille fêlure), assume rageusement, par les passages à l'acte addictifs et suicidaires, la séparation pour ne pas avoir à la subir. Évitant de se déprimer (affects dépressifs non structurés et irréprésentables, réactivation des angoisses agoniques primitives), et renaissant de ses différentes tentatives de suicide, il protège insidieusement le lien d'avec ses premiers objets d'attachement. Cependant, en particulier au moment du sevrage de ses conduites autothérapeutiques, lors du traitement psychothérapeutique, le risque ●●●



dépressif et suicidaire apparaît majeur. Comme si en résonance et du fond de l'âge, l'indifférenciation première sujet-objet réoccupait, au travers du transfert, la scène de l'acte II de l'adolescence.

Le corps de l'adolescent suicidaire qui porte avec le processus pubertaire la sexualité et la mort, et qui a perdu peu ou prou dans ce passage sa cohésion et sa cohérence propres, est un corps incestueux désirant et/ou anesthésié avide, qui reste investi (en deçà) en tant que lien fondamental de délimitation sujet-objet.

Si le recours à l'épreuve des limites du corps dans le passage à l'acte est parfois la seule possibilité de se soustraire à l'emprise de l'objet d'aliénation, c'est parce que la tentative de suicide, mais aussi les addictions et les automutilations si souvent associées qui répondent aussi à cette problématique d'emprise, seraient autant de « tentatives de délimitation du corps propre, mais en même temps tentative de liaison pulsionnelle, au service de la libido, sur un mode paradoxal, au point extrême où seule la mort viendrait garantir la sauvegarde de sa vie psychique<sup>7</sup>. »

Ainsi dans les cas limites sévères, le passage à l'acte suicidaire semble pouvoir être interprété comme dans un besoin de « s'arracher », se détacher de liens vécus aliénants, un changement de filiation, un dégagement de la filiation narcissique instituée<sup>8</sup>. Une rupture d'une filiation qui impose de vivre dans des schèmes ou des désirs parentaux mortifères, ou même dans des non-désirs, tous deux synonymes d'absence d'investissement. Le passage à l'acte condenserait ce désir d'individuation et son opposé, le renoncement de l'être dans la fusion indifférenciante avec l'objet. Cette filiation passant inéluctablement par la relation transnarcissique au corps, comme nous l'avons souligné.

La possession par l'objet est particulièrement forte dès qu'elle témoigne d'une emprise narcissique (enfant-extension narcissique des parents assujettis à leurs injonctions)

ou qu'elle est froide (vide de tout désir pour le sujet). S'ensuit une entre-dévoration, une lutte à la vie à la mort du sujet et de l'objet dans l'espace corporel indifférencié où le sujet détruit l'extériorité de l'objet, son absence ou ses masques. Dans la nostalgie de retrouver un lien vivant avec ses objets de la période originaire, mais dans une terreur d'exister... d'être pleinement soi. Parvenir à se sentir exister, en sortant de l'emprise du soi-même et, vivant au-dehors de ce soi-même (qui terrorise de par son effet confusionnant), vivre au-dehors son ex-istence... voilà le passage plus ou moins étroit.

Le rite de passage, le rituel d'individuation que nombre d'auteurs entrevoient dans les conduites suicidaires (en référence à la perte des rites traditionnels dans nos sociétés évoluées) apparaît être marqué par l'exclusion par l'adolescent d'une « part de l'autre en soi », d'une part jugée inintégrable à sa construction identitaire. De l'autre auteur de ses jours, non de l'autre-pair avec qui l'on pourrait vivre dans une communauté d'orphelins. C'est en ôtant de la glaise que la sculpture prend corps, une sculpture de soi certes coupable, parce qu'agressive, mais qui s'appartient, plus que honteuse et aliénée. L'enjeu confère au passage à l'acte initiatique une dimension sacrée (le spirituel qui fait défaut dans les idéaux matériels); une *vita nuova* débarrassée du parasitage de l'autre (son excès de présence, comme l'omniprésence de son absence) qui nécessite le passage par l'enfer des autres pour (re) trouver non l'innocence (l'ignorance ne s'apprend pas... elle ne fait que se perdre), mais l'indépendance.

S'auto-générer n'est pas faire table rase de ses sources d'identification, mais se débarrasser de la part malade de l'autre en soi, cette part qui semblait nourrir une destinée insupportable. Un patient qui fait une TS, cet acte de vie pathologique qui ressemble à la mort, ne demande-t-il pas, pour le moins, à un thérapeute pas trop insensible, une possible réflexion si ce n'est un travail en commun sur la vie et la mort, l'autonomie et la dépendance consentie... plus qu'il ne

cherche une psychologie morale ? Ce travail-là, c'est la psychothérapie qui l'entreprend et elle est indispensable pour prévenir les récides.

## CONCLUSION

**Tout ce qui vient d'être évoqué pour les patients limites résonne fortement avec l'actualité d'une évolution sociétale, où le défaut de contenance des adultes fragilise considérablement la transition adolescente.**

La liberté libre sans orientation dont jouissent certains les rend paradoxalement moins libres que leurs aînés, parfois brimés par des entraves éducatives.

L'assignation à la réussite rapide dans tous les domaines que véhicule le contrat narcissique avec une société de performance, doublée d'une opposition de plus en plus radicale à suivre les modèles parentaux, laisse certains désarmés être potentiellement la proie de conduites à visée auto-calmanche qui peuvent après un engrenage addictif, perdre de leur effet-solution immédiate et devenir à long terme, à risque de raptus suicidaire. ■

## NOTES :

1. M. Corcos ; *La terreur d'exister* ; Dunod ; 2018. 2e édition.

2. Margaret Little ; Célèbre psychanalyste et patiente de Donald Wood Winnicott, auteur de *Des états-limites ; l'alliance thérapeutique* ; Ed des femmes ; Antoinette Fouque ; 2001.

3. Georges Bataille feat Baruch Spinoza.

4. Gilles Deleuze ; *Dialogues ; Entretiens avec Claire Parnet*. Ed Flammarion ; coll champs essais ; 2008.

5. André Green, « *La folie privée* » Folio ; Gallimard ; 1994.

6. P. Ardenne, op. cit., *Extrême esthétique de la limite dépassée*, Paris, Flammarion, 2006.

7. Élisabeth Birot, Philippe Jeammet, *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune*, Paris, PUF, 1994.

8. Jean Guyotat, *Filiation et puerpéralité logiques du lien entre psychanalyse et biomédecine*, Paris, PUF, 1995.

# DES ÉTUDIANTS MEURENT DE DÉLIAISON ET FAUTE D'ESPOIR !

✍ **JEAN-CHRISTOPHE MACCOTTA**

Pédopsychiatre - Psychanalyste, Coordinateur des PPOP, Responsable du pôle étudiant  
Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte, IMM

**D**epuis l'automne 2020, nous observons un véritable rebond des demandes de soins psychiques dans les structures de prévention ou de soins dédiées aux étudiants. La situation est loin de s'améliorer avec une gravité croissante des symptomatologies présentées par les étudiants que nous y recevons. Nous pouvons craindre une augmentation majeure du nombre de ruptures de parcours chez les étudiants du fait de ces difficultés psychologiques, l'ultime et définitive étant le suicide.

Pendant le premier confinement et les mois qui ont suivi, nous avons pu observer une sidération et un recul net des demandes de soins, des passages aux urgences, et même des actes autoagressifs chez les jeunes adultes, comme pour l'ensemble de la population (Jollant et al., 2021). Les premières remontées permettant de calculer les taux de suicide, en population générale, ne montrent pas d'augmentation significative pendant les premiers mois de la pandémie (Yard et al., 2021), mais l'augmentation des passages aux urgences pour des actes autoagressifs ou des idées suicidaires est majeure à partir de janvier 2021 pour la classe d'âge de 18 à 24 ans.

À partir de l'automne 2020, l'évolution de l'état psychique des jeunes adultes

s'est différenciée des autres classes d'âge, les jeunes adultes présentant une augmentation durable de la symptomatologie psychique, avec toujours des taux significativement plus élevés d'idéation suicidaire et de dépressivité chez les étudiants que chez les « non-étudiants » (Hazo & Costemalle, 2021; Hazo et al., 2021; Mengin et al., 2020).

## LE PLUS BEL ÂGE DE LA VIE, DE L'IDÉALISATION À LA DÉSILLUSION

**Oui, 20 ans est le plus âge de la vie, une fois passés les tourments de l'adolescence et de l'autonomisation psychique, voici le temps de la liberté, la mise en acte des désirs, la possibilité de découvrir le monde, la période de (presque) tous les possibles, il suffit de choisir, de construire...**

Les « adultes » que nous sommes, ayant oublié les aléas de cette période de construction de leur vie, ont légitimement le sentiment que c'était la plus belle période. En effet, en se retournant et à force de renoncements, nous ne voyons que l'étendue des possibles de ce moment, une image idéale vue du futur désillusionné des adultes qui ont renoncé aux pouvoirs de la rêverie créatrice adolescente.

Mais c'est aussi l'âge de l'apparition de la majorité des troubles psychiatriques, tout

ceci est connu et largement documenté. Mais alors que se passe-t-il avec les générations de jeunes adultes depuis une dizaine d'années ?

Pourquoi semblent-ils être passés directement de l'adolescence à une désillusion tenace et dépressogène, sans passer par le « plus bel âge de la vie » ?

Dans nos consultations de prévention, nous recevons souvent des étudiants brillants, réussissant leurs études, au parcours presque parfait, qu'ils ont choisi et dans lequel ils ont beaucoup de plaisir à apprendre. Une fois dépassé le sentiment de culpabilité de venir se plaindre d'une situation « idéale », ils peuvent témoigner d'un sentiment de perte de sens : pourquoi affronter cette sélection, ces processus élitistes, ces difficultés pour s'entendre dire qu'il n'y aura pas de débouchés dans leur filière, que le dernier poste universitaire de professeur vient d'être attribué à « un jeune » de 43 ans et que donc il ne sera pas libre avant 30 ans, de plus avec les budgets restreints, il ne faut pas compter sur la création de nouveaux postes ?

Il y a quand même mieux comme possibles à 20 ans !

Ces étudiants n'ont pas, pour la plupart, de fragilités particulières pouvant ●●●

amener à des troubles psychiatriques, mais durant cette période, tout change : leurs investissements intellectuels, leur environnement et leurs réseaux relationnels. Les investissements qui ont soutenu leur organisation psychique jusqu'alors leur semblent disparaître, s'éloigner ou remis en cause par leur propre choix ou un choix qui leur a été imposé. Des phases de désorganisation psychique peuvent apparaître avec des symptomatologies parfois très intenses qui provoquent des ruptures de parcours délétères pour leur avenir, surtout si, individuellement, ils cumulent une sensibilité importante aux autres facteurs de décompensation et/ou de fragilisation. Le plus souvent, elles laissent place à des phases de réorganisation avant que de stabilisation, liées à de nouvelles rencontres et/ou de nouveaux investissements.

Ces phases de désorganisation peuvent être aggravées par, en plus de la perte de sens évoqué plus haut, d'autres facteurs bien documentés comme la précarité économique aussi liée à l'impossibilité de mener de front études et travail rémunéré, la pression des études, la péjoration de l'avenir diffusant actuellement dans notre société, et enfin une institution universitaire parfois peu bienveillante.

À ceci, et bien avant la pandémie, nous pouvons ajouter leurs inquiétudes quant à l'avenir de la planète, ce qui commence

à être nommé l'écoanxiété, dont ils témoignent de plus en plus souvent.

La massivité des mouvements sociétaux nous semble ajouter une difficulté pour ces générations de jeunes adultes, qui est l'idée qu'ils ne pourront pas changer le monde, une sorte de perte des idéaux et une « hyper-adaptation » individuelle aux contraintes afin de tirer son épingle du jeu...

En effet, dans la continuité de ce que nous pouvons observer chez les adolescents collégiens et lycéens qui, avec leurs parents, se contorsionnent pour répondre aux injonctions des algorithmes d'Affelnet et de Parcoursup, nous voyons de plus en plus une individualisation des confrontations avec le système lorsqu'il se grippe. Ces outils numériques nous semblent enlever la possibilité d'accepter de se tromper, d'essayer, de découvrir, de renoncer, de recommencer, mais surtout semblent renforcer encore plus l'individualisation de notre société, sa tendance à défaire les liens sociaux.

Les processus psychiques de réaménagement ne peuvent donc se produire dans des conditions favorables et dans une temporalité suffisante.

Les symptômes dépressifs, anxieux et autres décompensations plus graves qui résultent de ces différents facteurs sont devenus très perceptibles, documentés par diverses études. Malgré les alertes, les réponses institutionnelles de

transformation de l'enseignement supérieur et du système de soins pour favoriser les parcours dans chaque domaine tardaient à venir avant la pandémie.

## **L'INFLUENCE DU COVID : LE RENFORCEMENT DE LA DÉLIAISON.**

**L'arrivée de la pandémie, et surtout du deuxième confinement en France, période pendant laquelle nous avons compris collectivement que nous allions vivre de nombreux mois, voire années, avec de multiples restrictions dans nos vies sociales, a aggravé les difficultés financières des étudiants et a ajouté un facteur supplémentaire de déstabilisation, celui de la déliaison.**

Beaucoup de témoignages d'étudiants montrent l'état d'isolement dans lequel nombre d'entre eux se sont retrouvés, isolés dans leurs chambres des résidences universitaires de 9 m<sup>2</sup>, sans aucune autre possibilité d'échange avec leurs camarades, leurs professeurs, leurs familles que la visio...

Cela me fait penser à une étudiante qui a appelé à l'aide au début de l'été 2020, elle venait de passer tout le premier confinement dans sa chambre universitaire sans sortir, sans voir les étudiants de sa résidence, car, soit ils étaient partis se confiner en famille, soit ils étaient comme elle, effrayés par la contamination virale et avaient appliqué les restrictions sociales à la lettre. Après ce confinement, elle put sortir de sa chambre et avait revu quelques amis. Très rapidement, elle réalisa qu'elle allait passer l'été seule à Paris, tous ses amis partant, elle se cloitra à nouveau dans sa chambre, tous ses liens aux autres étant « coupés » d'après elle.

Je l'ai « reçue » dans un premier temps en « visio », elle évoqua très rapidement des idées suicidaires avec un plan déjà établi, une pendaïson à sa fenêtre en accrochant son drap à son radiateur, car sa résidence ne comportant que deux étages, elle avait lu sur internet qu'un suicide du deuxième étage risquait « de ne pas réussir ». Son histoire était l'histoire simple d'une étudiante étrangère venue en France pour trois ans, avec une histoire familiale montrant des relations « normalement »

**Beaucoup de témoignages d'étudiants montrent l'état d'isolement dans lequel nombre d'entre eux se sont retrouvés, isolés dans leurs chambres des résidences universitaires de 9 m<sup>2</sup>, sans aucune autre possibilité d'échange avec leurs camarades, leurs professeurs, leurs familles que la visio...**

conflictuelles. Elle présentait aussi tout un cortège de symptômes dépressifs majeurs, avec une perte totale du rythme veille — sommeil.

Après le premier échange en visio, je « l'ai obligée » à venir me voir dans le bureau de consultation dont nous disposions dans son université. En quelques séances, en étant soulagée et contenue par les entretiens en présence, les symptômes ont disparu et elle a pu avoir l'idée de demander à une de ses amies qui avaient de la famille française si elle pouvait aller passer quelques jours avec elle et sa famille dans leur maison de campagne, ce qui fut fait.

À l'automne, et malgré le retour des restrictions, elle a pu tout en se confinant « raisonnablement », être en bonne santé psychique, elle n'a pas eu besoin de soins psychologiques ou psychiatriques, ayant retrouvé un parcours sans symptômes de souffrance, j'avais cependant maintenu les rendez-vous en présentiel pour elle tous les mois jusqu'à la fin de son cursus en France.

Cet exemple montre que ce qui tue est la déliaison sociale, la coupure des liens externes et internes. Le cumul du confinement, de l'éloignement, donc de l'absence du corps de ses proches a amené cette étudiante à éprouver une désafférentation objectale, un sentiment de ne plus être investie par personne, aboutissant à une dé-subjectivation, une mort psychique, avant de passer à quelques centimètres de la mort. Heureusement que, dans un sursaut, elle a pu rédiger un mail, auquel nous avons répondu rapidement, lui permettant de trouver un nouveau support à ses investissements objectifs à travers la famille de son amie.

La liaison est ce qui structure l'humain, cela débute dans les interactions mère-bébé précoces qui ne sont pas que nourrissage et attachement, mais aussi liaison psychique. Et c'est l'ensemble de ces soins-là, conjugués et portés par les personnes assurant les fonctions maternelles qui permettent à l'humain de vivre.

Une étude canadienne (Hamza, et al., 2021) a montré en interrogeant un échantillon de 773 étudiants en mai 2019, puis en mai 2020, que ceux qui n'avaient aucun antécédent de difficultés

psychologiques avaient connu une augmentation significative de leur détresse psychique mesurée par le stress perçu, la tristesse, les symptômes de dépression et d'anxiété entre ces deux périodes. Dans le même temps, ceux qui avaient des difficultés psychologiques lors du premier questionnaire ne rapportaient aucune aggravation de leurs symptômes.

Ces résultats corroborent nos observations cliniques, les hypothèses expliquant ces faits sont nombreuses, ceux qui souffraient déjà étaient « plus habitués » à l'isolement, en d'autres termes déjà un peu ou très déliés, ils ont moins souffert de ce dernier facteur aggravant. Nous pensons aussi qu'ils pouvaient être « mieux suivis ». C'est le cas de tous les étudiants que les professionnels suivaient avant la pandémie et qui ont, pour la plupart, bénéficié de la sollicitude puis du suivi « distanciel » quasi immédiat de ces professionnels qu'ils connaissaient, avec qui un lien s'était déjà noué dans une rencontre en présence. Dans notre expérience, le suivi en « visio » dans les situations en relai d'un suivi présentiel, avec la promesse de se revoir après, a été un apport majeur et a permis d'éviter nombre de décompensation, et donc de passages à l'acte suicidaire.

À part quelques exceptions, les suivis ayant débuté en visio n'ont pas pu être transformés en présentiel par la suite, et nous avons perdu de vue beaucoup d'étudiants disant aller mieux, sans que nous puissions confirmer leur dire par notre observation clinique.

Les difficultés psychologiques présentées pas les étudiants sont particulièrement liées aux conditions de vie et en particulier

## Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 18-25 ans, et la première si l'on tient compte des accidents et des prises de toxiques.

aux liens avec les autres, les pairs, la famille, les substituts familiaux que sont les professeurs et parfois aussi les personnels administratifs de l'université.

Malheureusement, les étudiants ont vécu un véritable « lâchage », un abandon lors de cette période qui est venu renforcer des processus en cours depuis de nombreuses années. La souffrance psychologique a donc augmenté de façon nette, nous craignons que cela se traduise par une augmentation du taux de suicide dans cette classe d'âge. Mais pour l'instant, l'urgence est de pouvoir recevoir très rapidement tous les étudiants qui en font la demande ou qui montrent un signe de souffrance.

Mais est-ce au système de soins et aux psychologues et psychiatres de répondre à cette souffrance ?

### LA RÉPONSE DE LA SOCIÉTÉ, DES INSTITUTIONS, ET DU POLITIQUE À DESTINATION DES ÉTUDIANTS.

Nous ne l'avons pas encore dit, mais le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 18-25 ans, et la première si l'on tient compte des accidents et des prises de toxiques. Si, à cela, nous ajoutons les conséquences individuelles et collectives des difficultés psychologiques chez les étudiants, en grande partie liées aux conditions de vie, nous pouvons considérer que ces questions ont du être une priorité de la politique ayant permis d'amortir les effets de la pandémie, le « quoi qu'il en coûte ».

Mais, nous avons été témoins de l'inverse ! La goutte de trop a été l'annonce des ●●●



repas à 1 € pour tous dans les restaurants Universitaires, 10 mois après le début de la pandémie... 6 mois après avoir vu apparaître les premiers étudiants dans les distributions de denrées alimentaires...

Dans un premier temps, les étudiants ont souffert d'avoir faim de nourriture, d'enseignement, de transmission, de liens, de chaleur humaine, de compassion...

À la place de recevoir le minimum d'empathie comme d'autres catégories de population, ils ont eu des universités fermées des enseignants absents, injoignables, puis progressivement la reprise des cours en visio, certains enseignants se montrant particulièrement insensibles à leur situation de détresse, d'autres très à l'écoute, mais finalement rien de très inhabituel dans le monde universitaire.

Non, la particularité a été le discours public de nombreuses personnes « aux responsabilités », et le fait qu'ils ont été la catégorie de population la plus touchée par les confinements et leurs conséquences. Ils ont été les derniers à être « déconfinés » avec de nombreuses phrases témoignant d'une véritable méfiance à leur égard. Alors que certains affirmaient que le « virus ne circulait pas dans les écoles, collèges et lycées », d'autres affirmaient qu'il était hors de question d'accéder à la demande, des étudiants eux-mêmes, d'ouvrir les universités, même partiellement, car ils risquaient de faire repartir l'épidémie en France... comment ne pas entendre le sous-entendu : « avec leur comportement irresponsable ».

Ensuite, l'accent a été mis sur la souffrance psychologique, certes réelle, mais avec un effet pervers d'aggravation de la situation pour les étudiants, tel que nous l'avons perçu dans nos consultations.

Nous avons reçu de nombreux étudiants imprégnés du discours ambiant de l'assignation à souffrir, même parfois culpabilisés, car certains sentaient bien qu'ils n'étaient pas si mal que cela. Dans leurs propos apparaissait une autre dimension, une passivité face aux restrictions imposées, à la situation globale. En clair, ils avaient intériorisé

le discours du gouvernement et avaient retenu la leçon : la seule issue de la tension qu'ils ressentaient face à la situation n'était pas une extériorisation, une mise en acte pour aider, soutenir le reste de la population, ni la révolte et la rébellion, non c'était l'introjection de la dépression. Pour les étudiants en médecine, cela a été très différent, car la plupart ont pu « s'engager » dans les hôpitaux et ailleurs auprès de leurs aînés afin d'aider dans cette période si particulière, leur donnant une expérience supplémentaire d'une grande richesse.

Il nous semble que cette surenchère psychologique a été plutôt délétère, surtout car elle a donné lieu à la multiplication de dispositifs plus ou moins pertinents, sans cohérence d'ensemble, pour venir en aide aux étudiants.

La réponse n'a pas été à la hauteur des enjeux, trop partielle, trop partielle et pas assez forte sur les facteurs de décompensation et/ou de fragilisation, cette crise semble avoir renforcé un système sociétal et universitaire fabriquant de la souffrance psychique chez les jeunes adultes étudiants avec, au final, un coût exorbitant pour la société.

## CONCLUSION

**Aujourd'hui, nous sommes dans une situation qui nous fait craindre une « catastrophe », nos consultations, partout en France, ne peuvent plus répondre aux demandes d'aide des étudiants. Les actions sur leur environnement ne viennent toujours pas et l'essentiel de la politique à leur égard est de « renforcer » le repérage des troubles psychologiques, avec l'aide par les pairs, les formations aux premiers secours en santé mentale... des actions importantes, mais qui ne sont qu'un maillon de la chaîne d'aide et de l'hybridation des accompagnements indispensables.**

Si rien de significatif et de coordonné ne se passe, en termes de modification des conditions de vie, des soins au sens du « care », et des prises en charge psychologiques et psychiatriques, les étudiants vont développer des troubles psychiatriques parfois irréversibles, mais surtout se suicider, non du fait d'être malade, mais par déliaison et désespoir. ■

## BIBLIOGRAPHIE

- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L., Goldstein, A. L. (2021). When social isolation is nothing new : A longitudinal study on psychological distress during Covid-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 62 (1), 31-31. <https://doi.org/10.1037/cap0000260>
- Hazo, J.-B. & Costemalle, V. (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. *Études & Résultats* (No 1185). DREES. Consulté le 1 octobre 2022, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/confinement-du-printemps-2020-une-hausse-des-syndromes-depressifs>
- Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A. & Bajos, N. (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov. *Études & Résultats* (No 1210). DREES. Consulté le 1 octobre 2022, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-degradation-de-la-sante-mentale-chez-les-jeunes-en-2020>
- Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., Chauvet-Gelinier, J. C., Falissard, B., Mikaleoff, Y. & Quantin, C. (2021, juillet). Hospitalization for self-harm during the early months of the COVID-19 pandemic in France : A nationwide retrospective observational cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 6, 100102. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100102>
- Mengin, A., Allé, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P., Brunault, P., Thibaut, F., Chevalance, A. & Giersch, A. (2020, juin). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*, 46(3), S43-S52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
- Yard, E., Lakshmi, R., Ballesteros, M. F., et al. (2021). Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12-25 years before and during the Covid-19 pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(24), 888-894. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>



# LA CRISE DANS LA CRISE

## Expérience d'un accueil pédopsychiatrique temporaire et rapide dans le contexte de la COVID-19

### ✎ HELENA WILLO-TOKE

Psychologue clinicienne, unité ATRAP, service 10-15, GHU Paris  
Psychiatrie et Neurosciences

### ✎ DR VICTOIRE PAILLARD

Psychiatre, praticien hospitalier, unité ATRAP, service 10-15, GHU Paris  
Psychiatrie et Neurosciences

### ✎ DR ISABELLE SABBABH-LIM

Pédopsychiatre, cheffe de service de pédopsychiatrie, service 10-15, GHU  
Paris Psychiatrie et Neurosciences

**P**sychiatres au sein d'une structure pédopsychiatrique pluridisciplinaire née des effets de la « crise », nous sommes souvent interrogées sur l'augmentation des conduites suicidaires chez l'adolescent dans le contexte de la COVID-19.

En préparant cet article, il nous est apparu que de la COVID, il est peu question lorsque nous rencontrons les adolescents et leur famille. Bien sûr, les visages se masquent et se démasquent par vagues, une toux suspecte incite à la vigilance, certains entretiens se font en « téléconsultation » — nouveau codage à l'activité — au rythme des PCR positives. Mais quand la COVID s'invite dans les récits des jeunes, c'est le plus souvent en repère chronologique : « c'était pendant le premier confinement », « juste après le deuxième confinement »... et une fois nommée, elle est bien vite mise de côté, pour laisser alors se déployer des souffrances intimes, complexes. Ce sont les conflits intrafamiliaux, les ruptures amoureuses, amicales, le harcèlement, les parcours de vie traumatiques, les abandons répétés, l'estime de soi effondrée,

la pression scolaire, l'angoisse de l'avenir...

Comment interpréter alors cette absence de la pandémie dans le discours de nos patients, alors même que nos regards d'adultes y verraient l'hypothèse privilégiée de cette explosion des conduites suicidaires chez les jeunes ? Sommes-nous réellement en mesure de tenir un discours expert, nous-mêmes aux prises avec la pandémie, aux effets toujours actuels sur nos vies ?

Ce constat fait, il nous faut donc aborder le sujet avec humilité, mais aussi réflexivité. Née de la « crise de la pédopsychiatrie » — factuellement antérieure au traitement médiatique actuel — ATRAP (Accueil Temporaire Rapide pour Adolescents Parisiens) s'est co-construite avec ses patients, alimentant ces questionnements : quelles hypothèses à l'augmentation des conduites suicidaires chez nos adolescents notre fonctionnement peut-il aider à mettre en lumière ? Que nous dit ce que nos patients attendent de nous comme soignants et comme adultes dans ce contexte de crise

globale ? Que font les adolescents de cette crise actuelle, dans laquelle ils viennent manifester une souffrance qui sans cela n'aurait semble-t-il pas à ce point éclos ?

Depuis l'œil du cyclone, quelques conjectures nous apparaissent. Chez l'adolescent, il est nécessairement question d'agir et de deuil, sans que cela ne mène heureusement systématiquement aux urgences psychiatriques.

Par l'agir, le corps pubertaire est un lieu d'expérimentation identitaire devant le risque de discontinuité de l'unité somato-psychique, il est source et exutoire du trop-plein pulsionnel qui manque à suffisamment se psychiser.

Le processus de séparation-individuation (Mahler M. 1967), en tant que renoncement à la place de petit des parents, est, quant à lui, perte des illusions infantiles ; ce sont « des adieux à l'enfance » (Braconnier, 2019) dont l'adolescent se départit non sans une certaine nostalgie.

Pour traverser tout cela, il lui faut donc trouver dans le social un lieu ●●●

d'adresse qui contienne ses agirs, donne matière à investir sa libido d'objet, supporte ses attaques. Et c'est là où, semble-t-il, le bât blesse, avec la crise pandémique, arrivée qui plus est dans un climat insécure. En effet, déjà peu de temps auparavant, par la voix de leur aînée, Greta Thunberg, « une 2003 » diraient-ils, une partie de la jeunesse mettait les adultes face à leur responsabilité devant le manque des adolescents à désirer et espérer : en 2018, cette adolescente de 15 ans (qui avait traversé un épisode dépressif de 8 mois à l'âge de 11 ans), lançait les adultes d'un « *How dare you ?* » devenu célèbre, révélant que « ce qui fait violence, c'est autant l'état de la planète qui est source d'angoisse, que l'insuffisance adulte (en tant qu'adultes et en tant que contenant de la jeunesse) à prendre les mesures adéquates aux besoins de l'environnement » (Robin M. 2021). L'arrivée de la COVID a d'ailleurs été rapidement mise en lien avec la crise environnementale, comme irruption dans le réel de ce que Greta, telle Cassandra, annonçait de la catastrophe à venir. Ces adultes qui condamnaient, par leur déni, le monde de leurs enfants sont alors devenus fragiles, mettant leur univers à l'arrêt, pétrifiés par une menace planant sur le réel du corps. Un monde d'adultes inconscients du danger puis démunis devant la crise, voilà sans doute un contenant peu à même de recevoir les attaques adolescentes ou d'incarner un idéal qui porte vers l'avenir.

### **ACCUEILLIR TEMPORAIREMENT, MAIS RAPIDEMENT LES ADOLESCENTS PARISIENS**

C'est dans ce contexte de crise mondiale qu'ATRAP est créé, pour recevoir une partie de ces jeunes adolescents de 10 à 15 ans, pour la plupart après un passage dans un service d'urgence, parfois au décours ou en attente d'une hospitalisation. 80 % de nos patients sont adressés pour idéation ou passage à l'acte suicidaire. Le format de prise en charge est atypique : nous nous verrons beaucoup pour peu de temps. Trois rendez-vous hebdomadaires (entretien famille et réseau, entretien individuel, groupe thérapeutique) a minima sont proposés pour une durée d'un mois renouvelable. Lors de l'accueil, il faut nous mettre d'accord sur plusieurs points : quelque chose fait crise, à la fois par son caractère disruptif et par sa gravité, et chacun s'engage à un travail soutenu pour tenter d'en percevoir les coordonnées.

Nous recevons, en groupe comme en entretien, systématiquement en binôme, parfois plus pour les entretiens d'accueil, familiaux et de réseau. L'équipe est constituée de psychiatres, infirmières, éducatrices, psychologues et d'une art-thérapeute. Cette pratique à plusieurs nous semble précieuse sinon indispensable à plusieurs titres pour accompagner la crise. Un regard double permet bien sûr une évaluation clinique plus fine

et plus dialectisée, pour étayer nos hypothèses, toujours partagées en équipe. Il s'agit aussi pour nos patients de garantir une continuité dans la rencontre et l'écoute, sans entrer dans les enjeux d'une psychothérapie en face à face. Enfin, cela permet de protéger une continuité de pensée des professionnelles, notamment face à des contenus possiblement effractants très présents dans les entretiens de crises. En effet, la crise est souvent l'occasion, sinon le déclencheur, pour qu'une parole sur des vécus traumatiques émerge ; face au risque de traumatisme vicariant (McCann I. L., Pearlman L. A. 1990) chez les professionnels, la pratique à plusieurs nous semble permettre de soutenir la fonction pare excitante et les capacités de symbolisation de chacune.

Nous insistons sur la dimension institutionnelle, car elle est centrale dans notre appréhension de la crise suicidaire chez l'adolescent. Dans les périodes les plus aiguës, nous pouvons être en lien quotidien avec les adolescents et leurs familles. La qualité de l'accueil, la question de l'ambiance participent pleinement du soin. Le suivi ambulatoire rapproché doit se donner les moyens de créer une contenance forte pour éviter le risque de passage à l'acte. Si nous reprenons l'hypothèse d'un défaut de contenance du monde des adultes pour entendre l'augmentation des troubles des adolescents, il est d'autant plus important de penser le dispositif de soin comme lieu d'adresse suffisamment bon, notamment pour recevoir les motions agressives, mortifères. Il s'agit pour ces mêmes raisons de travailler avec les entours de nos patients. Les entretiens famille et réseau permettent de rencontrer de façon hebdomadaire, avec ou sans l'adolescent, ses proches (parents, grands-parents, fratrie...), ses éducateurs. Cela permet d'avoir le regard et les hypothèses de chacun sur ce qui fait souffrance, mais aussi de soutenir les capacités à composer avec ce moment critique. Lorsqu'il y a eu passage à l'acte suicidaire, il est important d'évaluer comment les proches se dégagent de ces scènes

**Un monde d'adultes inconscients  
du danger puis démunis  
devant la crise, voilà sans  
doute un contenant peu à  
même de recevoir les attaques  
adolescentes ou d'incarner un  
idéal qui porte vers l'avenir.**

## ATRAP est créé, pour recevoir une partie de ces jeunes adolescents de 10 à 15 ans, pour la plupart après un passage dans un service d'urgence, parfois au décours ou en attente d'une hospitalisation.

potentiellement traumatiques. Le récit par l'entourage de ce moment devant l'adolescent peut s'avérer fécond au cours de la prise en charge, lorsque l'adolescent nourrit le doute que sa souffrance ait été entendue.

Travailler avec les entours, c'est aussi être en lien avec son lieu de scolarité, ses espaces de soins actuels, passés, et les structures d'aval qui l'accompagneront par la suite. Le maillage avec les infirmières scolaires est notamment précieux pour penser un retour au collège ou au lycée après un passage à l'acte suicidaire. Il n'est pas rare qu'un patient nous appelle depuis l'infirmierie pour accompagner une crise d'angoisse. Un autre sera rassuré de nous savoir en lien avec l'infirmière qu'il a déjà investie. C'est avec ce même souci de continuité que nous pensons le tuilage avec les structures de secteur qui seront en charge des patients de façon pérenne ou que nous échangeons avec les psychothérapeutes déjà engagés dans un travail auprès de l'adolescent. Il s'agit de prendre en compte et nommer l'articulation de ces lieux tout en pensant leur différenciation.

### ARTHUR ET L'AGRESSIVITÉ INADRESSABLE

Nous rencontrons Arthur, 15 ans, à l'issue de son hospitalisation de quelques jours aux lits portes, suite à une tentative de suicide médicamenteuse grave. Arthur a pris 20 grammes de paracétamol après une dispute au domicile. Il n'a jamais été suivi jusqu'alors, et son geste plonge ses proches dans l'incompréhension,

tant par sa nature que par sa gravité : Arthur est bon élève, un adolescent sociable, respectueux, sensible et drôle. Dès notre première rencontre, il nous dit aller moins bien depuis le premier confinement, sans élaborer davantage sur ce mal-être. Quant à son geste suicidaire, il le met initialement en lien avec une dispute survenue au domicile, ne mettant en avant alors qu'une dimension impulsive. Très rapidement ensuite, il commence à mieux définir sa souffrance, n'envisageant plus son passage à l'acte comme une simple réaction aiguë, mais l'inscrivant dans son histoire. Il confie en effet avoir depuis plusieurs semaines des résurgences traumatiques, jamais traitées, consécutives à des épisodes de violences familiales anciennes dont sa mère a été victime. Au fil de nos rencontres, Arthur nomme, tout en minimisant ses effets, la situation précaire dans laquelle a été plongée sa mère depuis le début de la pandémie. Cela fait pour lui écho à la période vécue dans sa petite enfance, lors de la séparation de ses parents, durant laquelle Madame a dû compter sur les colis alimentaires pour nourrir ses enfants. La confrontation à la fragilité maternelle, réactivée par la COVID, semble susciter chez Arthur une culpabilité insupportable : il échoue encore à protéger sa mère, nous dit-il. Il ne peut d'ailleurs lui dire à quel point il souffre, de peur de l'accabler davantage. À ATRAP, il dit les scarifications, les nuits sans sommeil, les poèmes sombres, les scénarii suicidaires. Il s'autorise à nous inquiéter, racontant cette agressivité

qui ne cesse de se retourner contre lui, parlant toujours posément avec un sourire triste, mais se confiant néanmoins. Malgré un discours témoignant d'un profond désespoir, il accepte que l'on panse ses plaies, que l'on se voie quotidiennement, que l'on s'appelle, que l'on veille. Il accepte que l'on échange avec son infirmière scolaire, sa sœur, ses parents. Arthur déploie peu à peu ses capacités de mentalisation et d'élaboration, faisant l'expérience d'un cadre où l'agressivité peut être nommée sans que l'adulte ne s'effondre. On entend avec lui combien la culpabilité et le besoin conscient de protection de ses figures parentales sont aussi sous-tendus par une colère légitime de ne pas s'être senti protégé. L'accès à l'ambivalence a alors favorisé l'émergence d'une parole propre sur sa place dans un système familial complexe, ce qui lui a permis d'investir différemment son groupe de pairs, en se dés-assignant d'une place de sauveur pour accepter d'être lui-même soutenu. La projection dans une vie d'adulte, une vie à soi s'est alors dessinée. Le lien et le maillage avec son CMP de secteur ont permis qu'il y investisse des soins pérennes et qu'il s'engage pleinement dans un travail psychothérapeutique.

### LOU : QUAND LE MONDE S'EST ARRÊTÉ...

Lorsque nous la rencontrons, Lou est déjà accompagnée par une équipe psychiatrique depuis un premier passage à l'acte suicidaire, qui a signé une entrée précoce dans la psychose, ●●●

## Accueillir de manière temporaire et rapide ne signifie pas renoncer à une clinique pédopsychiatrique qui s'étaie de la psychopathologie psychanalytique pour tenter de donner sens au symptôme et voix au sujet de l'inconscient.

et pour lequel elle a été hospitalisée plusieurs semaines. Lou a 14 ans. Après un deuxième passage à l'acte suicidaire qu'elle ne peut ni élaborer ni critiquer, une hospitalisation est à nouveau proposée, refusée par Lou et ses parents, qui acceptent en revanche la proposition de soins ambulatoires rapprochés. Nous sommes sollicitées dans ce contexte. Dès l'accueil, Lou date clairement le début de ses troubles au premier confinement : « je me suis retrouvée seule à devoir me centrer sur moi-même ». Elle décrit alors l'émergence d'hallucinations acoustico-verbales de plus en plus envahissantes, avec injonctions suicidaires, des moments de vide de la pensée, un repli sur soi. On peut faire l'hypothèse que le confinement a privé Lou, jeune fille intelligente, cultivée, socialisée, de ce qui lui permettait de structurer son rapport au monde et de trouver une forme de repérage identitaire. Le confinement imposant un fonctionnement an-objectal a pu favoriser une émergence psychotique sous-jacente. La mise en place de soins ambulatoires dans ce contexte a peut-être été d'autant plus indiquée qu'ils ont pu s'étayer du réinvestissement par Lou de ses lieux d'ancrage. À l'ATRAP, elle décrit et partage ses expériences, sa

solitude, tout en restant scolarisée, inscrite dans sa vie sociale et culturelle.

Si ces deux situations cliniques témoignent d'un effet de la crise pandémique sur l'expression de la souffrance psychique de ces jeunes, le contexte sanitaire ne peut évidemment rendre compte à lui seul des facteurs aggravants et parfois déclencheurs qui reviennent fréquemment et de façon préoccupante dans les discours et histoires de nos patients : il est question des résurgences traumatiques liées à des violences physiques, sexuelles, incestueuses, de harcèlement, actuel et passé, « IRL » ou sur les réseaux, de la pression scolaire et de la crainte de ne pas avoir le niveau — majorées par le fonctionnement des plateformes d'orientation — de parcours de placement traumatiques, de situations sociales alarmantes... Une prise en charge rapprochée dans un contexte de crise permet de soutenir la narrativité d'une histoire singulière, pour entendre ce qui fait conflit et entrave le processus psychique adolescent. Accueillir de manière temporaire et rapide ne signifie pas renoncer à une clinique pédopsychiatrique qui s'étaie de la psychopathologie psychanalytique pour tenter de donner sens au symptôme et voix au sujet de l'inconscient.

Il est en revanche un écueil spécifique de notre dispositif de soins auquel il faut être vigilant : notre modalité de rencontre invite à un investissement transférentiel parfois massif impliquant des effets d'idéalisation majorés par le caractère intensif de notre prise en charge. Il faut souvent mettre d'emblée au travail la séparation inhérente à cet espace de rencontre transitoire. Si ce travail peut être particulièrement fécond justement pour accompagner le processus adolescent — entravé chez nos patients — de séparation, d'individuation et de deuil, il est également essentiel pour permettre aux patients d'investir leurs soins d'aval et favoriser une continuité transférentielle. La fin de prise en charge à ATRAP ne signe parfois pas tant la fin de la crise, que la possibilité qu'elle ne soit plus seulement agie, mais qu'elle se déplie de façon plus psychisée dans des espaces de soins pérennes. ■

### BIBLIOGRAPHIE

- Braconnier, A. (2019). 3. Processus de deuil ou processus de séparation ?. Dans : A. Braconnier, *La menace dépressive à l'adolescence*, Érès, 45-61.
- Mahler M. (1967), La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation, in *Dix ans de psychanalyse en Amérique*, trad. franç., Paris, PUF, 1981, 27-50.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization : A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- Robin, M. (2021). How dare you ? La jeunesse en mode survie. *Adolescence*, 391, 15-30.

# TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS - UNE SOCIÉTÉ SOUS TENSION

## Considérations sociales et psychiques

✍ **PABLO VOTADORO**

Pédopsychiatre, Phd, chercheur associé au CRMPS, Institut Mutualiste Montsouris, Université Paris Cité.

✍ **FRANCK ENJOLRAS**

Psychiatre, anthropologue, Phd, (EHESS, IRIS)

« De plus, on ne suicide pas tout seul.  
Nul n'a jamais été seul pour naître.  
Nul n'est seul pour mourir. »

Antonin Artaud,

« Van Gogh le suicidé de la société » (1947), Gallimard, 2001

Dans toute société il y a des actes ou des conduites dont la valeur ou la signification semblent échapper aux codes, au langage de l'action, et viennent ainsi ébranler l'entendement, du moins l'interrogent. Ils bousculent les cadres et, dans la mesure où ils touchent à des principes fondamentaux qui sont au cœur même de la société, leur symbolique s'avère profonde. Se faire du mal, de certaines façons blesser son corps, que cela soit retenu d'abord comme un acte inconsidéré ou une attaque morale, a cela de fort que ça touche aux fondements de la société dans ce qui l'organise, entre le sacré et l'idéal social (Votadoro, P., 2017). Tout geste aujourd'hui jugé comme altérant le corps, surtout chez les adolescents, et à fortiori plus encore quand il s'attaque à la vie elle-même comme c'est le cas d'une tentative de suicide, interpelle de façon sidérante puisqu'il remet en question l'idéal même d'insertion et de participation à la vie sociale des jeunes gens en passe de devenir adultes. Quelle que soit l'intention, ce geste acquiert alors une signification sociale.

### UNE VIOLENCE SUR SOI

Les études sur les TS rapportent généralement trois séries de facteurs de risques : les familiaux (maltraitance, abus, mauvaises relations, troubles mentaux), les facteurs individuels (dépressions, anxiété, abus de substance), les facteurs sociaux (précarité, scolarité, sociabilisation) et le sexe (Beautrais A. L., 2000). On s'étonnera de la difficulté à obtenir des données fiables dans un domaine aussi fondamental que les comportements violents sur soi. Bien sûr, les taux de suicide apparaissent accessibles, mais leur corrélat dégradé, que sont les comportements suicidaires, tombe dans un espace aveugle de l'épidémiologie malgré leur fréquence en clinique, en particulier chez les jeunes. Il est difficile de les voir, de les entendre, de les nommer.

En effet, il existe plusieurs définitions qui dépendent de la place que l'on octroie à l'intentionnalité suicidaire ainsi qu'à la valeur de l'acte. Ainsi la discrimination française entre la TS et la blessure auto-infligée, considérée

également aux États-Unis d'Amérique, ne se retrouve pas de l'autre côté de la Manche et certains pays du Commonwealth, qui, dans l'acte délibéré de blessure sur soi (Deliberate self-Harm) ne distinguent pas les gestes suivant leur intentionnalité, mais les regroupent par gravité sur la santé, comme dans la notion fugace de parasuicide de l'OMS. Entre les deux, certains préfèrent le principe de l'automutilation (self-injure) en regroupant toutes les formes de lésions autoprovocées, quelle que soit leur gravité (Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L. et al., 2012). En pratique, les deux définitions se distinguent principalement par la prise en compte des intoxications médicamenteuses volontaires exclues dans la première définition.

### DONNÉES DU PROBLÈME

Concernant les TS, si l'on vient à le penser sous des aspects collectifs et non pas strictement individuels, se concrétise l'idée qu'il y a peut-être des failles à un système social censé ●●●



être conçu pour intégrer ses jeunes gens en devenir. Le processus d'encadrement, qui participe au développement de la jeunesse, est là pour les aider à faire partie intégrante de la communauté voire de la société; ce qui en soi est le principe même de grandir socialement, autrement dit se sentir pleinement soi parmi les autres. L'idéal social et politique, en particulier républicain, visant à l'intégration de tous, à l'égalité, est en quelque sorte attaqué par ces tentatives de suicide, car pour ces jeunes gens l'avenir n'a plus aucune promesse. C'est aujourd'hui d'autant plus le cas, après plusieurs mois de crise sanitaire et d'une gestion globalisée par tout un système de contrôle, qu'il a été observé, et mesuré, une augmentation très significative des tentatives de suicide chez les adolescents, dans plusieurs pays.

Aujourd'hui, les TS concernaient 4,5 % des adolescents par an dans le monde (Lim K. S., Wong C. H., McIntyre R. S., Wang J., Zhang Z., Tran B. X.,... Ho R. C., 2019), bien qu'il soit difficile d'en chiffrer les évolutions.

En 2019 aux États-Unis, les TS chez les lycéens étaient en hausse de 2,6 % sur 10 ans<sup>1</sup>, suivant de près les 3 % de hausse de suicide<sup>2</sup>. Cela s'est aggravé avec le COVID en 2021, avec une augmentation de 50,6 % des TS chez les adolescents par rapport à 2019, tandis qu'elle ne s'élevait qu'à 3,7 % chez les garçons (Yard E., Radhakrishnan L., Ballesteros

M.F., et al., 2021). La Grande-Bretagne pourrait suivre les mêmes évolutions<sup>3</sup>. Il semble que dans de nombreux pays l'impact du COVID sur les adolescents fragiles ait accentué leurs tendances suicidaires (Ougrin D., Wong B. Hc., Vaezinejad M. et al., 2022).

En France, ce sont donc uniquement les gestes suicidaires chez les 12-25 ans qui ont augmenté en 2021/2022, précisément de 50 % chez les filles et de 10 % chez les garçons, soit 45 % au total par rapport aux trois années précédentes<sup>4-5</sup>. La pandémie a amplifié une augmentation des TS chez les jeunes depuis 10 ans (Étude Escapad 2017), rejoignant ainsi les tendances mondiales.

### ANOMIE

Dans une logique strictement individualisée, médicale, on pourrait reconnaître que cette violence sur soi ne renverrait qu'à une affaire personnelle, de défaillance, de détresse et de troubles, puisqu'ils sont statistiquement corrélés. Mais on peut aussi s'interroger sur ce que socialement parlant, ces gestes traduisent.

Pionnier, Émile Durkheim, dans son étude sociologique sur le suicide, a abordé des gestes de cette nature à travers les questions de relations et de liens sociaux. C'est ainsi qu'il a introduit la notion d'anomie définie par une défaillance du niveau d'intégration

sociale. L'expérience clinique nous indique que la construction psychique et sociale de l'individu serait déterminée, non seulement par la qualité des liens familiaux, mais aussi par la capacité à accepter la séparation ; tout comme le monde social a à intégrer l'individu. Dans ce cas, toute désorganisation de cette structure risquerait de compromettre l'opération psychique de passage entre l'enfance et l'âge adulte, ce qu'on appelle en Occident et dans les sociétés modernes — l'adolescence. Par conséquent, on ne sera pas surpris de trouver des liens entre les comportements suicidaires et l'anomie parmi les facteurs de risques des TS, ce que les études internationales mettent en lumière, à savoir : la qualité des relations familiales, les inégalités sociales, la précarité (Fergusson D. M., Woodward L. J. et Horwood L. J., 2000), ainsi que les mauvais résultats scolaires, voire le harcèlement (Pitkänen J., Bijlsma M. J., Remes H., Aaltonen M., Martikainen P., 2021). Toutefois, il convient d'aborder les tentatives de suicide, selon nos hypothèses, sous un angle un peu différent.

Précisons tout d'abord que là où Durkheim parle de suicide, il est question, avec les tentatives de suicide, d'un moment qui lui précède, qui s'en distingue par l'aléa de son issue, tout en partageant la même charge symbolique. La sidération qu'elle provoque impose d'autant plus une démarche de

**L'expérience clinique nous indique que la construction psychique et sociale de l'individu serait déterminée, non seulement par la qualité des liens familiaux, mais aussi par la capacité à accepter la séparation ; tout comme le monde social a à intégrer l'individu.**

réflexion et de compréhension, qu'il faut tenir ensemble la dimension personnelle et sociale.

Il existe tout d'abord un présupposé que les statistiques viennent confirmer : les adolescents en souffrance, plutôt que les miroirs de notre société, pourraient être les révélateurs de tensions et de contradictions propres à notre société démocratique traversant différentes formes de crises (sanitaire, écologique, etc.). Les statistiques n'offrent qu'une grille semblable à un filet à grande maille ne tenant pas compte de la part indéterminée entre intérieur et extérieur du sujet, que justement cette scission subjective arbitraire néglige, d'après Norbert Elias. L'augmentation des TS, se situant précisément dans cette zone du « ni strictement social ni strictement désordre interne », interroge sur le contexte au sens large : émotionnel, affectif, familial, social et politique.

## EFFET D'ALARME

L'adolescence est une catégorie sociale, très codée et très encadrée, c'est un temps de passage — avec ses rituels, ses logiques, elle répond encore à la définition des rites de passage initiatiques (Van Gennep A., 1909). De ce point de vue, c'est une période de mise à l'épreuve, dans un jeu de force et de tension, qui mélangent obligations sociales, changements physiques, avec notamment ses contraintes sur les comportements sexuels, une transmission d'un savoir, une détermination identitaire, et toute autre forme d'aspect mesuré sous l'angle des capacités, mais aussi organisé autour d'une série d'épreuves — par exemple la capacité à être autonome<sup>6</sup>. Cette lecture pourrait réduire l'analyse à des considérations très normatives, consacrant la capacité de ceux qui franchissent le cap, et reléguant ceux qui échouent, car elle ne tient certes pas compte, par exemple, des systèmes de rattrapage dont fait partie l'assistance médico-psychologique. On peut toutefois retenir l'idée d'un système de forces au sein duquel les jeunes gens grandissent avec ses tensions, ses contradictions, un système particulièrement visible à

**Les TS considérées comme un geste de violence sur soi, témoignent d'une tension entre ses aspirations et l'obligation de contrôler ses émotions, dans une démarche d'intériorisation des contraintes (Elias N., 1987), ce d'autant plus que la société s'est libéralisée, démocratisée et pacifiée.**

l'école, lieu d'apprentissage et de vie avec les pairs, mais aussi parfois dans la famille (Votadoro P., 2019). De la même façon, dans ces lieux se jouent les désirs, les projets, et les attentes, idéalisées parfois. Cette situation de passage, où s'exercent toutes les forces organisant le social, plonge les jeunes gens au cœur même des contradictions de notre société.

Dans ce système, les TS considérées comme un geste de violence sur soi, témoignent d'une tension entre ses aspirations et l'obligation de contrôler ses émotions, dans une démarche d'intériorisation des contraintes (Elias N., 1987), ce d'autant plus que la société s'est libéralisée, démocratisée et pacifiée. L'individu doit à la fois savoir se contenir tout en étant capable de s'exprimer et d'extérioriser dans un principe de pacification des rapports (Mazurel H., 2021). C'est évidemment plus de l'ordre d'un idéal, mais nos mœurs et leur réglementation ne cessent d'évoluer dans ce sens-là, en général, mais aussi en particulier dans les rapports entre les sexes. Dans ce régime général de règles, les TS, en tant qu'acte signifiant une violence délibérée sur soi, rentrent dans cette dynamique émotionnelle et sa gestion. Dès lors, il s'agit bien plus de savoir dans

quel contexte, selon quelles logiques — autant individuelle que sociale — l'entreprise de gestion des émotions ne peut se faire selon quelques codes établis. D'ailleurs, l'aspect déviant de ce comportement, parce que stéréotypé et diffusant dans une catégorie de la population, s'avère un « modèle d'inconduite » socialement bien repéré comme anormal et visible, acquérant la signification indicible de cette tension morale (Devereux G., 1977).

On peut alors se demander en quoi et pourquoi ces jeunes gens se trouvent acculés, coincés, dans cette limite terrible où le seul moyen de s'exprimer ou de se défendre, ou de se libérer d'une certaine tension, ne se fait qu'en prenant des risques, élevés ou pas, en se faisant du mal. Les réponses sont à chercher à la fois du côté singulier de chaque individu, de son histoire personnelle, familiale, et surtout du contexte social dans lequel il évolue, dans lequel l'individu ne parvient pas à s'exprimer, avec cette idée associée, centrale, que ce contexte a aussi une incidence sur lui, sans que cet effet soit strictement déterminant. Là est toute la complexité à tenir, qui nous impose de regarder au plus près notre organisation sociale, et ses failles ou alors ses tensions.

D'ailleurs, les TS bien que statisti- ●●●

## Dans le moment vital de passage entre l'enfance et l'âge adulte, la tentative de suicide pourrait alors se comprendre comme un combat pour la vie, une tentative de vivre.

quement prédictives des suicides, s'avèrent en clinique bien souvent une lutte contre le suicide, c'est ce qui la rapproche de la blessure auto-infligée, trivialement la « scarification ». Car la plupart des tentatives sont moins des suicides ratés que des violences sur soi réussies, d'ailleurs la définition HAS permet cette acception<sup>7</sup>. Dans ce cas, la dimension bruyante de la réaction de l'entourage, renverrait à la fonction d'alarme qui rend visible un comportement pathologique. Dans ce cas, l'alarme témoigne de la mise en péril de la construction sociale, de la violence des opérations psychiques, des tensions relationnelles avec l'environnement.

### IDENTIFIER LES PARADOXES

Ces jeunes gens-là, quand on les écoute — sur la scène clinique — seul et surtout en présence de leurs parents (Enjolras, F., 2016), nous offrent rarement une lecture critique et avisée de la raison pour laquelle, tout d'un coup, ils se sentent acculés. L'acte parle de lui-même. Cet aspect de non-verbalisation s'avère une part transgressive au regard de la norme qui impose de s'exprimer, d'avouer ses turpitudes (Rechtman R., 2004). Justement, c'est là que le travail du clinicien démarre, réussir à contextualiser pour sortir d'une lecture normative, qui réduit le geste à un défaut fondamental, ou mieux à un conflit, car l'acte arrive de n'avoir pas été entendu, dans un système qui contraint en restant sourd à son inadaptation, à ses paradoxes (Votadoro, P., 2007).

En 2015, la Californie a connu une vague de suicides lycéens dans lesquels était incriminée la compétition scolaire<sup>8</sup>, dont on sait ce que lui doit le harcèlement (bullying). Lors de l'enquête PISA de 2015, 65 % en moyenne des élèves des pays de l'OCDE exprimaient leur « souhait d'être les meilleurs dans tout ce que je fais »<sup>9</sup>. La France connaît cette évolution compétitive dans ses écoles, les élèves sont plus angoissés que la moyenne (62 % pour une moyenne à 59 %) pour réussir les contrôles. Ce chiffre déjà ancien doit nous mettre en garde sur la possible future montée du taux de suicide au vu de l'intensification de l'exigence scolaire associée à la dégradation des institutions publiques. L'ambiance compétitive endurecit l'épreuve vers le monde adulte, amplifiée par les réseaux sociaux (Pasquier D. et Jouët J., 1999) surtout s'il se rejoue dans cet espace virtuel quelque chose de l'existence sociale qui opère à l'école (Bastard, I., 2018). Quelle protection offrent la famille et la société quand elle jette ces enfants dans une arène inique et violente ?

### L'IDÉAL INCOHÉRENT

Il y a évidemment tout ce qu'ils ont pu subir, individuellement parlant — les violences, les agressions, les négligences, les abus, dans leurs familles, leur entourage immédiat, qui rend les épreuves de la transition adulte insoutenables parfois. En même temps, par ces gestes qui signent plus qu'une détresse, par ce un besoin de vivre

autrement — ils nous obligent aussi — et c'est là un aspect crucial sur lequel on insiste ici — à interroger ce qui s'est passé, socialement parlant, d'un point de vue conjoncturel, mais aussi d'un point structurel, au point d'affecter certains membres de la jeunesse. Ils nous questionnent, certes, non pas avec des mots, mais avec des gestes, ce qui en dit long sur ce sentiment parfois d'impuissance. Or, c'est peut-être dans l'écart entre ce vécu avec les exigences que l'impensable apparaît. Qu'on insiste sur la fragilité des assises du point de départ ou avec les barrières du point d'arrivée, c'est dans l'intervalle que résident les périls et il s'agit alors, pour mieux saisir la complexité de ces gestes, de formuler des hypothèses plutôt que de cibler des vérités. De ce point de vue, ces gestes signent plus qu'une détresse, un besoin aussi de vivre autrement. L'idéal de contrôle des risques, agité par la crise sanitaire, l'idéologie ambiante de la peur, qui ne cesse de s'étendre à travers la crise écologique, l'école et la compétition, comme ce qui se joue aussi dans les nouveaux rapports parents-adolescents, avec leur attente d'élever des individus toujours plus autonomes, en étant surinvestis, surimpliqués, de manière parfois paradoxale, met en demeure l'individu de trouver des solutions à des contradictions toujours plus complexes, tout seul. La première d'entre elles consiste peut-être pour les femmes à trouver leur place dans la société, questionnées autant sur leur identité que sur leur rôle social, en fonction de ce que la société leur assigne. Peut-être que ces gestes d'agression sur soi, de tentative de suicide mettent en lumière, plus que tout, le vertige ressenti par des jeunes femmes, au cœur même des contradictions de la société.

### IDÉAL FÉMININ

En effet, toutes les études internationales rapportent les mêmes déséquilibres du sex-ratio en faveur des filles pour ce qui est des TS d'un rapport entre deux et trois, qui s'est accentué en France<sup>10</sup> comme le risque de suicide est plus en faveur des garçons.

Si les enquêtes sur la sexualité rappellent que les filles demeurent majoritairement attachées à des valeurs familiales (Bozon M., 2012), de ce fait peut-être particulièrement sensibles aux liens sociaux, la construction sociale féminine connaît depuis quelques décennies une révolution majeure, qui l'expose davantage. Les troubles du comportement alimentaires, qui comme les TS seraient en augmentation,<sup>11</sup> révèlent à quel point la construction sociale de la jeune femme met la maternité

en situation conflictuelle vis-à-vis des exigences sociales, ce qui est encore plus évident dans les discours militant sur le genre.

## TENSION ÉTHIQUE

Par conséquent, c'est bien à l'idéal politique, républicain et démocratique que nous ramènent d'une certaine manière les gestes suicidaires de ces adolescents. Dans un monde en tension, entre la sécurité et la liberté, l'égalité et la compétition généralisée, la société

et la solitude, quel choix possible face à des attentes impossibles ? Quand on finit par se faire du mal pour crier son désespoir, l'appel est fort pour sortir d'une éthique insoluble, redonner crédit à l'idéal. Dans le moment vital de passage entre l'enfance et l'âge adulte, la tentative de suicide pourrait alors se comprendre comme un combat pour la vie, une tentative de vivre. ■■

### NOTES :

1. Youth Risk Behaviour survey, data summary and trends report 2009-2019 <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/YRBSDataSummaryTrendsReport2019-508.pdf>
2. <https://afsp.org/suicide-statistics/>
3. Self-harm among young children in UK doubles in six years, The Guardian, 16.02.2021, d'après une étude pour le BBC radio4, <https://www.theguardian.com/society/2021/feb/16/self-harm-among-young-children-in-uk-doubles-in-six-years>
4. <https://www.santepubliquefrance.fr/surveilance-syndromique-sursaud-R/documents/bulletin-national/2022/sante-mentale.-point-mensuel-avril-2022>
5. SOS d'un jeunesse en détresse, explosion des tentatives de suicide chez [https://www.liberation.fr/checknews/gestes-suicidaires-chez-les-adolescentes-sos-dune-jeunesse-en-detresse-20220110\\_USG4W6Q5WNAZZBJLED5776FUSM/](https://www.liberation.fr/checknews/gestes-suicidaires-chez-les-adolescentes-sos-dune-jeunesse-en-detresse-20220110_USG4W6Q5WNAZZBJLED5776FUSM/)
6. Avec toutes les ambiguïtés de ce terme et de ce principe !
7. Tentative de suicide : comportement autodirigé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention de mourir. (Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge, recommandations Haute Autorité de Santé, septembre 2021.)
8. Inquiétante vague de suicides dans les lycées élitistes de la Silicon Valley, Poussés à bout par la charge de travail et la quête de l'excellence dans ces établissements particulièrement exigeants, plusieurs jeunes américains se suicident. Un phénomène qui dure depuis plusieurs années. Le Figaro, 27/04/2015
9. <https://www.oecd.org/pisa/PISA2015-le-bien-etre-des-eleves-France.pdf>
10. Escapad 2017, Santé publique France 2021
11. Bulletin Avril 2022 Santé publique France

### BIBLIOGRAPHIE

- Votadoro, P. (2017). Entre coupure et rupture. *Adolescence*, 352, 345-360. <https://doi.org/10.3917/ado.100.0345>
- Beautrais A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34(3), 420-436. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x>
- Muehlenkamp, JJ, Claes, L., Havertape, L. et al. Prévalence internationale de l'automutilation non suicidaire chez les adolescents et de l'automutilation délibérée. *Child Adolesc Psychiatry Mment Health* 6 , 10 (2012). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., ... Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, et al. Visites aux services d'urgence pour des tentatives de suicide présumées chez des personnes âgées de 12 à 25 ans avant et pendant la pandémie de COVID-19 - États-Unis, janvier 2019 à mai 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:888-894. DOI : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>
- Ougrin, D., Wong, B.Hc., Vaezinejad, M. et al. (2022). Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 1-13 <https://doi.org.proxy.insermbiblio.inist.fr/10.1007/s00787-021-01741-6>
- Fergusson, DM , Woodward, LJ et Horwood, LJ (2000). Facteurs de risque et processus de vie associés à l'apparition d'un comportement suicidaire à l'adolescence et au début de l'âge adulte . *Médecine psychologique*, 30, p.23 - 39
- Pitkänen J, Bijlsma MJ, Remes H, Aaltonen M, Martikainen P. (2021) The effect of low childhood income on self-harm in young adulthood: Mediation by adolescent mental health, behavioural factors and school performance. *SSM Popul Health*. Feb 18;13:100756. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100756. PMID: 33681447; PMCID: PMC7910518.
- Van Gennep A. (1909) *Rites de passages*, Picard, 1981.
- Votadoro P. (2019) L'école pour devenir adulte, la pédopsychiatrie pourquoi faire ? », *Psychiatrie française*, n°2, , p.87-123
- Elias N. (1987) *La société des individus*. Agora, coll. « Pocket », 1998
- Mazurel H. (2021) *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire. Profondeurs, métamorphoses et révolutions de la vie affective*. Paris : La Découverte, coll. « Écritures de l'histoire ».
- Devereux G. (1977) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard, coll. « Tel »
- Enjolras, F. (2016). Santé mentale et adolescence : Entre psychiatrie et sciences sociales. *Champ social*. <https://doi.org/10.3917/chaso-enjol.2016.01>
- Rechtman R. (2004) « Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé », in *L'Évolution psychiatrique*, 69(1), 131-139.
- Votadoro, P. (2007). Clinique du pouvoir à l'adolescence. *Enfances & Psy*, 36, 154-164. <https://doi.org/10.3917/ep.036.0154>
- Pasquier, Dominique, et Josiane Jouët. « Les jeunes et la culture de l'écran. Enquête nationale auprès des 6-17 ans », *Réseaux*, vol. 92-93, no. 1-2, 1999, pp. 25-102.
- Bastard, I. (2018). Quand un réseau confirme une place sociale: L'usage de Facebook par des adolescents de milieu populaire. *Réseaux*, 208-209, 121-145. <https://doi.org/10.3917/res.208.0121>
- Bozon M. (2012). *Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes*. Agora débats/jeunesses. 60. 121. [10.3917/agora.060.0121](https://doi.org/10.3917/agora.060.0121).

# MARIE, OU L'IMPOSSIBLE PUBERTÉ

✍ **AUDE ROGER, BÉATRICE DEDEYSTÈRE,  
CHRISTINE MOUREAUD, EMMANUELLE BERGER,**

Infirmières à l'Unité de crise du département de pédopsychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris

✍ **JEAN BELBEZE, LAURA BELLONE**

Psychiatres chefs de clinique à l'Unité de crise du département de pédopsychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris

**M**arie arrive dans le service, précédée par la violence du motif de son hospitalisation : elle s'était rendue sur un pont avec l'intention de sauter. Il s'agissait d'un projet prémédité et daté finalement déjoué par des passants qui l'arrêtent et appellent les pompiers. Elle arrive drapée de cet impensable : le désir de mourir à 12 ans 1/2. Très jeune fille dans un corps de grande, Marie n'en demeure pas moins une petite fille, dans sa présentation et ses manières appliquées de bonne élève. Elle arrive telle une petite fille sage à l'Unité de Crise et en repart, 6 mois plus tard, en ayant adopté les codes d'une adolescence un peu caricaturale (cheveux colorés, maquillage outrancier, vêtements noirs et excentriques). Il est apparu a posteriori qu'elle avait dû traverser là quelque chose du féminin, en repartant jeune fille, amoureuse.

## À CORPS PERDU

Ce passage de l'enfance à l'adolescence s'est fait pour Marie dans la douleur, les cris, la colère, les larmes, l'agitation physique et par des moments de grande régression. Elle reste, durant presque tout son séjour, en crise dans l'unité éponyme,

« en crise à la crise » ! Marie qui avait imaginé sauter d'un pont n'a cessé de précipiter son corps contre les contenants matériels et psychiques de l'hospitalisation. Du haut de son fantasme de mort, elle atterrit dans la réalité de sa transformation. En repoussant chaque jour, à corps perdu, ces limites bordantes que nous tentons d'ériger, elle nous entraîne, à notre corps défendant, là où nous ne voulions pas aller : les restrictions du cadre, les contentions manuelles et mécaniques, la chambre fermée. Personne n'avait imaginé, au regard d'une 1<sup>ère</sup> semaine plutôt tranquille et dans un lien de qualité avec elle, l'explosion symptomatique qui a suivi ni cette implication corporelle que nous avons été amenés à avoir auprès d'elle. Incessamment, nous la relevons lorsqu'elle se laisse glisser jusqu'au sol, la portons lorsqu'elle semble inconsciente, la trainons parfois lorsqu'elle résiste, la maintenons pendant des heures. Nous l'attachons autant qu'elle nous ligote à elle par la bruyante intensité de ses symptômes ; nous l'enveloppons, la berçons, la repoussons aussi, lorsqu'elle nous fonce dessus. Nous autorisons l'expression de ce bouillonnement pulsionnel dont nous avons l'intuition qu'elle était peut-être censurée à

l'extérieur. Nous imaginons, plus tard, des dispositifs particuliers, comme des temps de repos accompagnés, mais silencieux, où nous sommes physiquement présents, mais pas exclusivement concentrés sur elle, la laissant être l'enfant qui joue sous le regard de son parent occupé à autre chose.

Les symptômes de Marie se déploient après sa première permission à la maison. Elle commence d'abord à faire des malaises se laissant glisser de sa chaise à table, devant les autres en laissant paraître un état d'inconscience. Elle parle de « déréalisation », terme choisi qui semble ces derniers temps se partager entre nos patients. Elle entre très souvent dans des états de colère brutaux où elle se transforme physiquement, avec un regard noir et lointain, le visage déformé, mimant une sorte de « folie ». « J'ai envie de m'énerver » vient-elle nous dire si nous n'avions pas repéré assez vite la montée de la tension. Elle a tôt fait d'y joindre le geste menaçant de taper un poing dans la paume de l'autre main, de façon répétée en nous regardant. Qui menace-t-elle ? Ou qu'est-ce qui la menace, elle ? « Attention à ce que je suis capable de faire ! » semble-t-elle nous dire ; et certainement aussi : « J'espère que vous avez les moyens de



contenir ce qui va déborder de moi ! ». Alors, inexorablement, cela déborde : les coups dans les murs, poings sanglants, dans le matelas, les cris, la menace de se faire du mal, l'agitation. Elle nous appelle à elle dans ces corps-à-corps réitérés, nos corps contre la violence du sien ; six ou sept personnes pour la maintenir pendant des temps interminables. Tout cela, avant de nous résoudre un jour à opter pour un relais par la contention mécanique. Cela ne se fait pas sans réticence, au vu de son jeune âge et de sa pathologie que l'on ne sent pas du côté d'un éclatement psychotique.

### DANS LE BROUILLARD, S'ÉLOIGNER SANS SE PERDRE

Bien que nous soyons tous pris par cette urgence de l'agir, nous ne cessons jamais de penser la situation et son histoire. Les entretiens familiaux sont riches, Marie y est psychiquement présente et active. Nous déroulons le récit de ses origines. Marie est née d'un don d'ovocyte. La mère explique que ce don est venu rassurer quelque chose en elle, car elle ne « voulait pas transmettre (ses) gènes » supposés mauvais. Le père quant à lui n'a pas voulu transmettre son nom à ses enfants. Marie est donc l'enfant qui n'est pas née d'un rapport sexuel entre ses parents, qui porte le nom de sa mère, mais pas ses gènes et les gènes de son père sans son nom. Elle est née de parents qui ne vivaient pas ensemble malgré le projet d'enfant, mais qui finissent par le faire à sa naissance « parce qu'il le faut bien ». Le ressenti de la mère dans la relation précoce à son bébé est du côté du sacrifice : elle décrit qu'elle était obligée de « vivre à son rythme », et que son bébé « la privait de son rythme de femme ». Son mari était très absent et elle-même certainement très prise dans ses angoisses de transmission négative : elle avait très peur de faire un « double d'elle-même », nous dit-elle. Elle valorise d'ailleurs beaucoup chez sa fille ce qui est différent d'elle.

Face à ses deux parents, chacun terrorisé à l'idée de transmettre ce qu'il y a de plus mauvais en lui, Marie soulève le sujet de son appartenance à sa famille et là encore via le corps : elle dit « ne ressembler à personne » contrairement à son petit frère (conçu naturellement). Le seul point de ressemblance psychique qu'elle revendique est du côté du père : « je suis

colérique comme lui ». Marie revient souvent sur les colères de ce père, capable de déborder pour ensuite ne plus lui adresser la parole sur des temps très longs. Elle parle plusieurs fois de ses parents comme étant « tous les deux des gamins ». Ces parents « gamins » craindraient-ils alors de perdre leur fille dans le processus de transformation pubertaire qui va inexorablement dans le sens d'une séparation, d'une différenciation ? C'est ce que la mère nous suggère, quand elle énonce qu'après la puberté, la différence devient plus visible. Sa fille en se différenciant viendrait-elle alors révéler son illégitimité de mère ?

Le père, donne-t-il plus à Marie « l'autorisation » de grandir ? Lui qui semble très englué dans un « chaud-froid » relationnel avec sa fille. Lui, qui n'aura de cesse de questionner le passage à l'acte suicidaire, nous laisse imaginer que pour lui, la mort est plus représentable que la pulsionnalité de sa fille à l'adolescence. Entre eux, que l'on voit se promener main dans la main, éclatent souvent de terribles disputes, parfois accompagnées de gestes agressifs et suivies de semaines entières de silence, entraînant chez Marie une forte culpabilité et la crainte d'une rupture définitive avec son père. Le père dit se sentir rejeté par sa fille à laquelle il a donné tant d'amour et tant de marques d'affection. Ce passionnel s'est joué notamment l'été précédent l'hospitalisation, où les vacances familiales se sont terminées par un conflit violent où le père aurait étranglé Marie. La mère aurait failli appeler la police avant de se

## Comment ne pas les menacer en acceptant cette entrée dans la sexualité qui viendra rebattre les cartes de l'équilibre d'une famille dont elle se sent exclue ? Devant l'impossible puberté, Marie devait-elle se suicider ?

raviser, puis le père a quitté le domicile familial pour leur maison de campagne, temporairement ou définitivement, cela n'était pas clairement énoncé. Ce climat incestuel teinte toutes les interactions, Marie est sur les genoux de son père dans la salle d'attente, ou lui tenant la main en entretien, tout en lui faisant de terribles reproches. La mère reste stoïque face à ces comportements, ne semblant manifester ni gêne, ni jalousie et à distance de sa fille.

Comment grandir alors ? Comment se différencier de ses parents alors que ceux-ci ne lui ont concédé chacun que la moitié seulement de leur patrimoine ? Comment ne pas les menacer en acceptant cette entrée dans la sexualité qui viendra rebattre les cartes de l'équilibre d'une famille dont elle se sent exclue ? Devant l'impossible puberté, Marie devait-elle se suicider ? Ou alors, peut-être, tenter de remettre les choses à leur place ? N'est-ce pas ce qu'elle fait, en avançant sa tentative de suicide d'une semaine sur la date prévue alors que son père avait déserté la maison ? Ce geste spectaculaire qui a pour conséquence de le faire revenir, de réunir les parents. Et une fois les choses à leur place, Marie peut alors venir trouver dans le service un refuge suffisamment solide pour résister aux ruades qu'elle ne manquera pas d'avoir sur ce chemin douloureux de la différenciation.

### UNE VIOLENCE NÉCESSAIRE ?

Souvent, Marie refuse de s'alimenter : « Qu'est-ce que vous allez faire ? » nous dit-elle, nous confrontant à notre ●●●

impuissance. Elle est avec nous dans une relation d'emprise, vient éprouver physiquement les bords du cadre et notre capacité à résister. Nous sommes très pris par cette prise en charge, impliqués physiquement tous les jours et très envahis psychiquement. À tout prix nous voulons maintenir notre capacité à penser, mais entre deux séances de lutte, celle-ci est mise à mal. Cette répétition de l'agir chez Marie finit par nous fatiguer, nous désespérer et nous excéder. Tant que son corps à elle rue dans l'enclos du service, le nôtre est attaqué; nous sommes en permanence mobilisés dans ces corps à corps où l'on se frotte à la violence incestuelle. On se fait mal, on lui fait mal, on finit par se demander si nos réponses sont adéquates. Nous interrogeons notamment la pertinence et l'efficacité du traitement médicamenteux lors des crises : nous avons vite l'impression en effet que celui-ci est inopérant, et que c'est le fait même de traverser la crise qui vient la soulager. Nous percevons une dimension d'érotisation de ces crises, le plus souvent adressées aux hommes, et pendant lesquelles Marie est arc-boutée, le visage empourpré, haletante. Quelle est la violence de ses représentations de la sexualité pour qu'elle vienne ainsi jouer et rejouer cette scène ?

Nos réponses au comportement bruyant et voyant de Marie divergent. Lors des contentions, certains la tiennent et lui parlent très fermement tandis que d'autres lui caressent la main en lui parlant doucement. Cela a entraîné beaucoup de discussions dans l'équipe et de clivages, à l'image de la présentation très clivée de Marie. Il nous a fallu nommer le fait que souffler dans le même temps le chaud et le froid revenait à nous engluier dans cet incestuel, afin de prendre la décision consensuelle d'adopter uniquement le froid. Cette violence nécessaire procure à certains endroits des ressentis douloureux dans l'équipe, mais apporte un grand soulagement. Marie, certainement soulagée d'une trop grande proximité avec nous et coupée de stimuli trop excitants, peut trouver un apaisement. Nous la laissons donc dans sa chambre gérer elle-même ses montées de violence, en lui ayant donné en amont les outils nécessaires. Elle est régulièrement accompagnée d'une infirmière dans des exercices d'ancrage. Ces exercices utilisés

dans le service lui serviront aussi plus tard à l'extérieur. Elle bénéficie également d'une prise en charge corporelle qui lui est très profitable et elle s'investit dans les activités.

## LES REPRÉSENTATIONS PARENTALES

**Parallèlement à cette symptomatologie** très bruyante dans l'unité, Marie s'exprime avec aisance et pertinence lors des entretiens individuels et adresse spontanément de la colère et des reproches à ses parents lors des entretiens familiaux. À son arrivée, elle dit ne pas regretter son geste et les parents se disent dans l'incompréhension totale. Pourtant, Marie rapporte avoir bien réfléchi à son geste, pendant le mois précédent, décrivant avec froideur des détails glaçants et les messages indirects adressés à ses parents. Les parents réagissent peu aux attaques de leur fille. Ils se prêtent tout de même au jeu de l'entretien et se livrent sur l'enfance de Marie et sur leur propre histoire. Cependant, à chaque séance, nous avons l'impression que tout le travail de mise en récit est à refaire. Le père nous interroge tout au long de l'hospitalisation sur la ou les causes de cette tentative de suicide, de l'envie de mourir de sa fille comme si le passage à l'acte venait empêcher toute pensée. Quand lors du premier entretien familial, nous interrogeons les parents sur l'enfance de Marie et si elle venait leur demander de l'aide, la mère répond « ça passe par le corps chez Marie ». L'impossibilité pour ces parents à voir la souffrance psychique de leur fille fait écho à ce qu'il se passe actuellement dans la société, une impossibilité de penser la souffrance psychique en dehors de la maladie. Marie, qui ne présente pas une symptomatologie entrant dans une nosographie claire avec des symptômes très adressés, confronte ses parents à sa souffrance ancienne qu'ils n'ont pas voulu voir. La mère évoque des difficultés qui commencent vers l'âge de dix ans qu'elle minimise, alors que par ailleurs Marie est décrite comme une enfant faisant des crises de colère et d'angoisse régulières ainsi que des malaises récurrents (sans étiologie organique), une enfant « irrassurable ». Face à ces crises de colère, les parents se disent démunis, réagissant soit avec violence soit en la

laissant se calmer toute seule. La mère dit avoir fantasmé ce passage à l'acte avant qu'il ne se produise et pense dès la première semaine d'hospitalisation que celle-ci va durer « très longtemps ». Le père se dit dans une totale incompréhension du niveau de souffrance de sa fille au point d'en arriver à un désir de mourir, dans une impossibilité de se décaler de ses ressentis à lui. Pourtant, il semble plus lucide sur l'état émotionnel de sa fille : « Marie a toujours été une enfant triste et en colère ». Ce père nous laisse le sentiment qu'il a peu avancé durant cette hospitalisation, lui-même, semblant coincé dans un fonctionnement adolescent projectif et indifférencié. À propos de ses colères, il affirme à de nombreuses reprises que cela ne se reproduira plus jamais « puisqu'elles font tant de mal » à sa fille. Marie répond que cela lui paraît illusoire et ne la rassure pas. La mère, de son côté, progresse doucement, se montrant plus affectée, moins opératoire, et plus solide, pouvant poser un cadre et plus en capacité de gérer les « émotions fortes » de sa fille. Sur la fin de l'hospitalisation, en dehors de sa transformation physique, Marie apparaît beaucoup plus authentique dans ce qu'elle exprime et dans le lien avec nous, et nous observons diminuer ce clivage entre les moments où nous étions présents dans l'agir (où les mots semblaient inutiles) et les moments d'entretiens très riches en matériel psychique.

Après cette hospitalisation inhabituellement longue au vu des soins intensifs prodigués à Marie, il a fallu se séparer. Exercice auquel une équipe d'unité de crise est rompue, mais rendu plus compliqué lorsque la durée du séjour se prolonge ainsi. Une hospitalisation longue brouille aussi notre capacité à déterminer le moment propice pour une sortie; car alors, chacun, selon sa fonction et la place réelle et symbolique qu'il occupe auprès du patient, aura un éprouvé différent. Cette place qu'on prend et qui nous prend doit rester sans cesse questionnée, comme un fondamental de notre travail. ■

# PRISE EN CHARGE DE LA CRISE SUICIDAIRE À TROIS NIVEAUX DE CONTENANCE

## ✍ **MARION ROBIN**

Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris, Université Paris-Saclay, UVSQ, CESP, INSERM U1178, Équipe PsyDev, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

## ✍ **LAURA BELLONE**

Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

## ✍ **MAURICE CORCOS**

Chef de service du département de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris, Psychiatre, Psychanalyste

L'augmentation importante des conduites suicidaires chez les adolescents depuis 2020 a renforcé la nécessité de penser la psychopathologie adolescente dans ses liens avec les facteurs sociétaux. La pandémie de Covid a été avancée comme explication immédiate. Mais l'observation clinique des adolescents suicidaires montre une analyse plus complexe, dans laquelle la pandémie joue plus le rôle de « la goutte d'eau qui fait déborder le vase » (Robin & Votadoro, 2022). La compréhension précise de l'articulation entre ces facteurs et les symptômes des patients est un préalable important à toute thérapeutique. D'une part, l'identification de ces phénomènes vécus au niveau collectif permettra de les évoquer avec le patient et sa famille, qui les vivent de façon singulière, mais non solitaire. D'autre part, c'est cette compréhension globale des effets de l'environnement qui permet d'établir les politiques de prévention qui auront des conséquences au niveau individuel et diminueront, si elles sont effectives, les besoins de soin individuel. Ainsi, les restrictions liées au Covid, qui ont largement marqué la population mondiale, ont particulièrement entravé les adolescents qui ont un besoin impérieux d'exploration extra-familiale. Elles ont également renforcé un isolement des jeunes déjà identifié comme un problème de société avant la

pandémie. Or, la qualité du tissu social (soutien familial et intégration sociale) est un facteur pronostique majeur dans les problématiques suicidaires. De plus, les enjeux climatiques et l'inaction collective laissent les jeunes seuls en première ligne face à un avenir inquiétant. L'immobilisme et le déni créent une dissociation entre la perception d'une menace importante et le défaut de protection par les adultes. Or, l'implication dans l'action citoyenne est l'un des meilleurs garants de l'intégration sociale, et de la lutte contre l'angoisse et l'impuissance. Pour la société, la jeunesse représente la richesse d'un œil neuf, l'impulsion dans l'action et la créativité, ce qui constitue la principale potentialité transformatrice, à condition qu'elle ait le champ nécessaire pour exercer son rôle.

La crise d'adolescence et la crise systémique que traversent les sociétés (et plus globalement l'économie, la civilisation, la planète) ont bien des points communs, à commencer par la rupture d'équilibre sur une période courte avec mise en tension rapide de forces contraires. L'issue est alors fonction des ressources et des capacités d'adaptation au changement. La notion de personnalité borderline adolescente a émergé comme un prolongement aggravé de la crise d'adolescence, et le terme de crise s'est généralisé à plusieurs champs de la société, voire à la civilisation, au point qu'il

est difficile de faire la part des choses lorsque nous parlons de l'adolescent en souffrance. Afin d'éviter le risque, dans une telle situation, de confondre les niveaux d'analyse, il nous paraît déterminant d'éviter de réduire la psychopathologie adolescente à ses deux extrêmes, c'est-à-dire à un processus totalement psychique ou totalement social, mais au contraire d'en dégager les aspects graduels en distinguant le niveau global, le niveau local, et le niveau individuel, qui s'articulent plus grand contenant au plus petit (Robin, 2017). Ces niveaux représentent les supports qui permettront d'atteindre les trois objectifs thérapeutiques dans la crise suicidaire : arrêter l'autodestruction, identifier et agir sur les facteurs ayant participé à la crise, identifier les conflits psychiques et les traiter.

## **CONTENANCE THÉRAPEUTIQUE GLOBALE**

Le premier temps des soins est celui de la contenance globale. Ce terme désigne la capacité à rassurer l'adolescent, et lui apporter une limitation de ses angoisses et de la désorganisation comportementale qui peut en résulter. Cette capacité passe, dans un lieu de soins, par un ensemble de moyens qui ont permis d'organiser celui-ci, dans sa structure, comme dans son état d'esprit. Le courant de la psychothérapie institu- ●●●

tionnelle a décrit à quel point l'état d'esprit et l'application d'une vie collective active et organisée sont un préalable institutionnel fondamental pour soigner un patient (Delion, 2001). Un certain nombre de ces principes se décline de façon tout à fait pertinente en psychiatrie de l'adolescent, et particulièrement avec les patients en crise suicidaire. Les moyens alloués aux professions du soin psychique ont un rôle déterminant dans l'efficacité de ces dispositifs qui sont des remparts importants contre le suicide.

Le symptôme suicidaire adolescent convoque d'emblée l'angoisse liée à la mort : celle qui est véhiculée par le comportement suicidaire, celle de l'entourage et celles des soignants. Le travail thérapeutique s'articule souvent autour de la compréhension de ce qui se joue dans l'histoire individuelle et familiale autour de la mort. Un quart des situations de patients admis à l'hôpital pour des symptômes borderline révèle qu'un parent a réalisé une ou des tentatives de suicide par le passé (Robin et al., 2021a). Le travail psychiatrique sera centré sur l'élaboration de l'histoire, sa mise en récit, et sur la réappropriation des parts individuelles et collectives de l'angoisse de séparation et de mort. Mais avant ce travail de mise en narration, il y a la protection du patient vis-à-vis de son auto-agressivité. Pour cela, le psychiatre amené à conduire ces prises en charge a d'abord besoin de reprendre avec l'adolescent et ses parents le contrôle des comportements. Intensifier le suivi ambulatoire et/ou prévoir une hospitalisation, restreindre les libertés d'aller et venir, sécuriser l'espace dans lequel le patient évolue sont les premières étapes du soin. Cette limitation n'est justifiée que par la perte du contrôle du patient de ses propres comportements et dès que son état clinique le permettra, son entourage aura à restaurer ses libertés et ses responsabilités. En effet, cette volonté de contrôle des comportements de l'adolescent dans un but de sécurité absolue et de risque zéro peut, au-delà d'une certaine limite, devenir contre-productive, c'est-à-dire renforcer les symptômes. En augmentant l'emprise sur le patient au-delà du nécessaire, non seulement ces comportements renforcent son vécu d'impuissance à gérer sa propre vie, mais de plus ils créent un sentiment légitime d'intrusion qui renforce l'angoisse.

Dans la lignée de Tosquelles, l'organisation institutionnelle des soins vise à éviter trois maux susceptibles de menacer la santé des patients : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'institution, et le préjugé d'irresponsabilité du malade (Delion, 2001). Les activités de médiations (en hospitalisation temps complet, de jour ou en accueil ambulatoire de type Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) permettent au patient de trouver une place active au sein d'un groupe, d'établir des rapports d'interdépendance et de participer à l'émergence d'une créativité collective. Elles ont également pour but de se focaliser sur la partie saine du patient. Ces ateliers sont aussi l'occasion pour le patient de déployer l'endroit de sa personnalité où le Moi est connecté à un plaisir, une réalisation, une expérience qui lui appartienne en propre (Oury, 1999). Des réunions hebdomadaires de synthèse sont organisées de façon pluri-professionnelle. Elles remplissent trois fonctions essentielles. C'est d'abord l'échange d'informations sur le patient, au-delà de ses symptômes et des faits du soin quotidien. Ensuite, l'expression des vécus des soignants est rendue possible et permet d'identifier les affects et représentations clivés que le patient ressent ou projette, afin de les rassembler dans un but de réorganisation identitaire du patient. Enfin, la troisième fonction est celle de l'élaboration collective du projet de soins (Tosquelles, 1984 ; Racamier, 1993 ; Hochmann, 2006).

### **CONTENANCE THÉRAPEUTIQUE LOCALE**

**Le travail de contenance locale est centré sur l'adolescent et son environnement relationnel immédiat, et l'étiologie des crises suicidaires y est souvent complexe. À côté et en interaction avec les facteurs**

neurobiologiques, la survenue d'événements de vie traumatiques est fréquemment rencontrée. Cette adversité précoce inclut des événements de vie majeurs, des difficultés en termes de parentalité voire des antécédents de maltraitance (retrouvés chez deux tiers des patients ayant une personnalité borderline, Lieb et al., 2004) : séparations et deuils précoces, abus émotionnels, physiques et sexuels (ces derniers étant retrouvés chez 23% des adolescents hospitalisés en psychiatrie, Robin et al., 2021a), négligences. Leur association variable favorise des symptômes et des tableaux cliniques distincts (Robin et al., 2021a) et modifie également les modalités d'attachement, qui à leur tour favorisent et pérennisent le développement de symptômes comme l'auto-agressivité (Steele et al., 2010 ; Robin et al., 2021b). L'existence de ces difficultés rend toute perspective thérapeutique insuffisante ou vaine, si elle ne s'associe pas à des mesures de prise en charge des difficultés environnementales, de façon médicale et dans le champ de la protection de l'enfance.

La présence régulière des parents est centrale. Ces temps ont pour but d'explorer l'histoire de la famille et du patient, d'évaluer les difficultés et le degré de souffrance parentale, ainsi que les capacités d'adaptation au changement, d'insight et d'appui sur les professionnels, qui sont des facteurs pronostiques majeurs. L'exploration de l'histoire familiale en présence de l'adolescent est souvent thérapeutique d'emblée. Encourager la famille à établir des hypothèses sur les facteurs en lien avec les symptômes permet d'établir un fil associatif qui va remonter aux conflits et impasses de l'histoire familiale. La révélation de phénomènes de répétition trans-générationnelle soulage l'adolescent d'un supposé statut : être l'« origine » du problème

**Le travail thérapeutique s'articule souvent autour de la compréhension de ce qui se joue dans l'histoire individuelle et familiale autour de la mort.**



comme il le croit, pour réaliser que ses symptômes en représentent plutôt une déclinaison, une crypte (Rosolato, 1976; Abraham & Torok, 1978). L'adolescent qui porte les symptômes est en même temps la personne qui permet à la partie traumatique de la famille d'accéder aux soins, et il est à valoriser pour cela. La réalisation de plusieurs entretiens avec le patient et ses parents permet souvent de générer un changement notable dans la dynamique familiale. La tentative de suicide n'est pas un refus de vivre seulement. C'est aussi un message adressé à l'entourage affectif, qui indique une démission à trouver ensemble une solution face à une détresse. Le rôle du psychiatre est de trouver quels éprouvés n'ont pu être identifiés et exprimés pour aboutir à ce retournement de l'agressivité contre soi. La tentative de suicide traduit aussi dans certains cas un sentiment extrême de déception vis-à-vis de soi-même (lié à un idéal du Moi tyrannisant), sentiment qui peut résulter d'un décalage entre les possibilités de réalisation d'un adolescent et les espoirs que la famille a placés en lui (par exemple attentes de réussite scolaire). Le travail relationnel familial est très utile dans la dynamique de la crise, mais il est souvent source de culpabilité, qu'il faut savoir identifier et désamorcer. Celle-ci est inhérente à la prise de conscience du pouvoir qu'exerce la relation sur soi et sur autrui, mais elle cède souvent au moment où il est possible de comprendre les problèmes émotionnels et transgénérationnels qui ont mis en impasse la relation parent-enfant et d'influer dessus. Ce travail de recherche de sens aux symptômes n'est pas contradictoire avec la recherche d'une cause biologique ou génétique, ou bien avec la mise en place de solutions apportées, entre autres, par les médicaments. C'est effectivement réattribuer aux situations toute leur complexité, et après une tentative de suicide, ce sont en général une dizaine de causes, ou plutôt de conditions d'émergence, que le bilan clinique dévoile (Robin, 2017). Des thérapies familiales peuvent être un relai de ce travail, mais les entretiens familiaux réalisés au cours de la crise peuvent déjà permettre de traiter un certain nombre de dimensions, parmi lesquelles : diminuer le niveau d'incohérences éducatives, revoir les attentes parentales et de l'adolescent, rétablir les rôles de chacun, diminuer le niveau d'emprise, identifier les enjeux liés à la distance relationnelle (séparation ou intrusion), identifier les communications paradoxales...

## CONTENANCE THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUELLE

**Les adolescents ayant recours aux passages à l'acte suicidaires** sont le plus souvent en incapacité de donner sens aux affects qui les traversent et à leurs brusques variations. Avec les sujets ayant un fonctionnement limite, l'établissement d'un travail représentatif des processus psychiques internes et interpersonnels permet l'appropriation subjective du patient (Green, 1990), et la consolidation des frontières du Moi. À ce moment, il est important de rechercher, au-delà des facteurs environnementaux, l'évènement psychique qui a été un facteur précipitant de la crise. Le contexte environnemental du patient peut présenter des facteurs de risque, mais la façon dont le patient a vécu un ou des événements relationnels particuliers permet de mieux comprendre les mécanismes de la crise et ainsi de mieux en dessiner les étapes de mobilisation psychique.

Les entretiens individuels permettent également de travailler la subjectivation de l'adolescent dans les jours suivant les entretiens familiaux. C'est l'occasion de favoriser leurs capacités perceptives et promouvoir leur ancrage dans une réalité commune, en diminuant ainsi les phénomènes dissociatifs. L'identification, avec Ferenczi, d'un défaut primitif de réponse de l'objet aux éprouvés du sujet, a conduit à devoir procéder ultérieurement à l'inscription de l'expérience qui n'a pu avoir lieu. Comme l'énonce Green, « la réponse par le contre-transfert est celle qui aurait dû avoir lieu de la part de l'objet » (Green, 1990). Ainsi, le travail psychique de différenciation des expériences des membres de la famille conduit à une diminution des risques de schémas de répétition traumatique et de déliaison psychotique, avec, tant que possible, restauration du rapport à la réalité (Robin et al., 2021 c). Les scarifications, fréquentes dans les tableaux suicidaires, rendent visible le mal-être qui, le plus souvent, ne peut pas être identifié par le patient en tant que tel. Elles sont alors une autre occasion de réaliser ce travail de représentation partagée entre réalité interne et réalité externe (Jeammet, 1980). Pour cela, les patients sont accompagnés pour explorer un monde interne souvent délaissé ou activement fui au profit de modalités perceptives orientées vers autrui

(Green, 1980). La parole est un outil important, le corps en est un autre, et les soignants (infirmiers, médiateurs corporels) proposent différentes techniques d'apaisement (exercices de respiration, d'ancrage, massages, danse-thérapie, arts du cirque, soins socio-esthétiques) et de rétablissement de l'intégrité corporelle, des enveloppes (Anzieu, 1985).

Dans la lignée corporelle et biologique, l'apaisement des symptômes suicidaires se fait aussi à l'aide des traitements médicamenteux. Ils sont essentiellement prescrits en fonction de l'identification de dimensions symptomatiques : angoisse, auto-agressivité, variations thymiques majeures, insomnie... Les antidépresseurs de type ISRS sont utilisés dans le trouble dépressif en deuxième intention après la psychothérapie (Walkup, 2017). Les antipsychotiques de seconde génération sont utiles dans la crise suicidaire borderline, à visée anxiolytique, sur une durée limitée à quelques semaines ou quelques mois (Biskin et al., 2013; Stoffers & Lieb, 2015; Chanen et al., 2016), en prenant en compte les particularités du métabolisme adolescent (Correll et al., 2006; Garcia et al., 2012). Le fantasme d'une dépendance menaçante est souvent à traiter en parallèle dans l'intérêt d'une meilleure observance.

## CONCLUSION

« Que la force me soit donnée de supporter ce qui ne peut être changé et le courage de changer ce qui peut l'être, mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre » (Marc-Aurèle, 121-180). Cet aphorisme résume bien la constante thérapeutique avec les adolescents en crise suicidaire. Dans une vision holistique, les trois niveaux de contenance utiles au traitement de ces adolescents se font écho et s'imbriquent totalement, et à chacun de ces niveaux, les objectifs préventifs et thérapeutiques sont intrinsèquement liés à l'analyse des facteurs favorisant. Ce travail thérapeutique vise à aider ces patients à retrouver une place plus ajustée au sein de leur environnement, en leur permettant d'être plus différenciés d'autrui (séparés psychiquement) tout en étant reliés à eux (connectés affectivement) de façon plus sereine. ■



En partant de la *Conférence d'Introduction à la Psychanalyse* de René Roussillon pour la *Société de Psychanalyse de Paris*, Stéphanie George revient sur la symbolisation, jeu d'alternance entre présence et absence de l'objet.

# LA SYMBOLISATION, JEU D'ALTERNANCE ENTRE PRÉSENCE ET ABSENCE DE L'OBJET

✍ **STÉPHANIE GEORGE**

Psychologue clinicienne, Psychanalyste, Institut de Psychanalyse de Paris

Après avoir passé une soirée avec René Roussillon, il ne nous sera plus jamais possible de prononcer anodinement le terme de symbolisation. Ce concept a pris en deux heures de temps une épaisseur digne de condenser la quasi-totalité de la métapsychologie freudienne. Inutile de se référer à une définition de dictionnaire, aussi prestigieux soit-il, la symbolisation en psychanalyse ne peut être restreinte au fait de représenter une chose par un symbole. Elle ne peut être définie par une équivalence aussi figée puisqu'elle correspond au contraire à toute la dynamique des transformations permettant à une expérience vécue d'être intégrée psychiquement. René Roussillon, membre formateur de la SPP, professeur émérite de psychologie clinique, est formel : toute expérience vécue, y compris celle qui dépasse les capacités du psychisme et que l'on a tendance à qualifier d'irreprésentable, est soumise à un impératif d'intégration psychique. « La psyché doit se donner à elle-même, pour elle-même, la présence de ce qui l'affecte ou de ce qui l'a affecté antérieurement »<sup>1</sup>. Mais aucune expérience ne peut être intégrée en l'état. Le psychisme n'échappe pas au fonctionnement général des systèmes vivants, tel que F. Varela l'a décrit : rien ne pénètre l'organisme sans avoir subi des transformations permettant son assimilation. Une expérience vécue est décomposée puis recomposée en

représentations exploitables par notre psychisme. Le parcours est incertain tant la trace première est complexe, plurisensorielle et multipulsionnelle. Elle devra être profondément remaniée pour devenir une représentation psychique intégrée. C'est le long de ce chemin que René Roussillon nous a menés, le temps d'une conférence.

## UNE INSCRIPTION SUBJECTIVE ABOUTIE

En 1896, Freud écrit à Fliess qu'il considère désormais qu'une expérience vécue s'inscrit selon trois types de trace mémorielle :

- La trace perceptive, inconsciente
- La trace conceptuelle et inconsciente, qu'il nommera plus tard « représentation de chose »
- La trace verbale et préconsciente, nommée ensuite « représentation de mot »

René Roussillon précise que chaque trace est élaborée à partir de la précédente selon deux étapes : la symbolisation primaire permet de passer de la trace perceptive à la représentation de chose et la symbolisation secondaire, de la représentation de chose à la représentation de mot. La symbolisation, en effet, ne relie pas une représentation à un objet, mais une trace représentative à une autre. L'intégration aboutie d'une expérience vécue correspond au fait de pouvoir disposer de l'ensemble des trois traces, de les maintenir reliées entre

elles et avec l'expérience désormais passée, et d'avoir conscience que ces représentations ne sont que des représentations et non des perceptions, autrement dit de disposer d'un matériel à soi, élaboré pour soi, que l'on va pouvoir énoncer, lier, mettre en récit. Autant d'étapes et d'exigences dont la clinique nous montre les risques d'achoppement, mais par là même, les voies de compréhension.

## SYMBOLISATION SECONDAIRE ET TRAVAIL DE DEUIL

La symbolisation secondaire est aujourd'hui mieux connue que la symbolisation primaire. Elle correspond à ce que l'on a coutume de nommer tout simplement symbolisation, c'est-à-dire la possibilité de représenter l'objet absent, d'accéder à la représentation de mot pour pallier et supporter l'absence de la chose, de narrer un événement. Elle renvoie au travail de deuil, à cette capacité de renoncer à l'identité de perception pour se satisfaire de l'identité de pensée. Pour expliquer ce qui permet un tel renoncement, Freud commence par proposer une solution économique : la trace mnésique doit être investie de manière plus tempérée pour être transformée en simple représentation. Le masochisme peut être un processus assurant le renversement du déplaisir en plaisir et par là, la modération d'intensité nécessaire au travail de représentation.

Mais la clinique, notamment celle de la mélancolie, autrement dit celle du deuil impossible, nous démontre que le masochisme n'est pas toujours opérant. La mélancolie nous enseigne également, de la plus douloureuse des façons, à quel point le sujet ne renonce jamais à un souvenir « indompté » (Freud). Celui-ci se présente et se re-présente à l'infini tant qu'il n'a pas été intégré par le psychisme. C'est ce qui conduira Freud à introduire un au-delà du principe de plaisir, mais c'est aussi ce qui conduit René Roussillon (sur une indication de Freud dans les « notes de l'exil » de 1938) à considérer que la compulsion de répétition répond à une compulsion d'intégration. Tant que l'intégration d'un événement ne sera pas arrivée à son terme, sa trace se présentera de nouveau à lui sous la forme quasi hallucinatoire d'une identité de perception. La mélancolie, incarnation d'un processus qui boucle à l'infini, nous montre à nouveau la voie : c'est la confrontation avec un objet décevant qui a enclenché cet état pathologique. L'intervention de l'objet serait donc indispensable à l'intégration d'une expérience vécue. Il n'est alors, plus seulement question de mélancolie ni même d'expérience traumatique se re-présentant sans cesse dans l'espoir d'être intégrée au psychisme, il est aussi, et avant tout, question des expériences précoces (Freud 1938), celles qui ont impacté le psychisme quand sa constitution était encore faible et inachevée, celles qui ont eu lieu avant l'acquisition du langage et qui n'ont pu s'inscrire sous la forme de représentations de mot. Ces expériences ne peuvent avoir été domptées et ne peuvent avoir trouvé une forme psychiquement acceptable sans l'intervention d'un objet.

## SYMBOLISATION PRIMAIRE ET INTERVENTION DE L'OBJET

Ainsi se définit la symbolisation primaire. Elle repose sur la présence de l'objet et la qualité de sa réponse, indispensables pour que les processus de symbolisation puissent advenir. L'objet n'a pas uniquement une fonction autoconservatrice, il a aussi une fonction psychique, une fonction d'autoconservation du Moi. C'est lui qui va impulser l'inscription psychique selon

la dynamique du collé/décollé du modèle de l'ardoise magique développé par Freud en 1924 : le collé permet l'inscription, le décollé sa conservation profonde, le tout protégé par une surface extérieure pare-effraction. Adossé au psychisme de l'infans, l'objet assure la fonction d'enveloppe pare-effraction puis, lorsqu'il traduit l'expérience vécue par des expressions verbales, non verbales, par une prosodie, un bercement..., il permet l'inscription de l'expérience sous la forme de représentation de chose ou signifiants formels pour ne reprendre que la proposition de D. Anzieu. Nos premières expériences ne sont pas enregistrées sous la forme de scénarii mémorables, elles le sont sous la forme de processus de rencontre, qui seront progressivement complexifiés par l'entremise d'une série d'enveloppes psychiques<sup>2</sup> qui doivent être conçues comme des systèmes de transformations destinés à créer la forme compatible avec le milieu interne, la psyché. Le mode de présence de l'objet dans les premiers temps de la vie sera donc déterminant pour le devenir de l'infans. Il n'est pas seulement question de retenir et tempérer l'expérience vécue, il est aussi question de la qualité et de la nature de la liaison intrapsychique que l'objet aura permis d'enclencher. Ainsi, la symbolisation primaire concerne le travail psychique opéré sur la matière psychique brute pour l'enregistrer sous une première forme. Elle dépend foncièrement de la présence de l'objet et des caractéristiques de cette présence. La symbolisation secondaire correspond au travail psychique qui s'engagera à partir de cette première forme, dans un deuxième temps, lorsque l'absence de l'objet sera supportable et que l'objet pourra être rendu en partie présent grâce à une représentation symbolique.

## REPRISE DE LA SYMBOLISATION EN SÉANCE

Le mérite d'une telle conceptualisation de la symbolisation primaire et secondaire est de fournir un précieux aiguillon à notre pratique thérapeutique. Puisque la psyché n'aura de cesse de tenter d'intégrer une expérience vécue non subjectivée, elle nous donnera l'occasion « de fournir au sujet l'environnement qui lui permet, maintenant, de conduire à son terme l'expérience en souffrance

d'intégration subjective »<sup>3</sup>. Si l'objet primaire a été défaillant, tout n'est pas perdu. Un autre objet pourra toujours relancer le travail de symbolisation primaire d'un événement réminiscent. À nous d'entendre le matériel en mal de symbolisation et de le transformer en signifiant formel, en enveloppe dans un langage davantage non verbal et prosodique que verbal et intellectuel. ■

### NOTES

1. R. Roussillon, (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, PUF, Quadrige
2. « Les enveloppes psychiques sont des types particuliers de représentations », D. Anzieu, (1995), *Le Moi Peau*, Dunod
3. R. Roussillon, (2021), *L'art psychanalyste*, PUF, Le fil rouge

### POUR ALLER PLUS LOIN

- René Roussillon, *Agonie, clivage et symbolisation*, PUF, Quadrige, 1999
- René Roussillon, Pour introduire le travail sur la symbolisation primaire, In *Revue française de psychanalyse*, Vol 80, n° 3, pp 818-831, 2016
- René Roussillon, Las simbolizaciones primarias y secundarias, In *Revista de psicoanálisis de la asociación psicoanalítica de Madrid*, Vol 80, n°69, pp 219-243, 2013
- Anne Brun, René Roussillon, *Formes primaires de symbolisation*, Dunod, 2014
- Didier Anzieu, Les signifiants formels et le moi-peau, In *Les enveloppes psychiques*, Vol 80, Dunod, Paris
- La symbolisation, *Revue française de psychanalyse*, Vol 53, n° 6, 1989

# AGENDA

## DÉCEMBRE

**07/12/2022**

### Jalon pour une pensée métisse

Cycle de conférences : "Dire que c'est encore la fin du monde". F. Laplantine. Organisé par GREPSY

CH Saint Jean de Dieu, Espace conférences Sanou Souro

290 route de Vienne  
69008 LYON  
04 37 7041 62

**Du 09 au 10/12/2022**

### Cette sacrée Vérité !

Colloque organisé par Gypsy Université de Paris Campus Saint-Germain des Près  
45 rue des Saints Pères  
75006 PARIS  
05 55 26 18 87  
inscription@cerc-congres.com  
www.gypsy-colloque.com

**10/12/2022**

### Daniel Widlöcher : Une idée du changement

Journée ouverte organisée par l'APF  
Fondation Dosne-Thiers  
27 place Saint Georges  
75009 PARIS  
lapf@orange.fr

**10/12/2022**

### Les psychosomatoses et le traumatisme

Conférence de J.P. Caillot, membre du groupe Méditerranéen de la SPP  
Grand Hôtel du Midi  
22 avenue Victor Hugo  
34000 MONTPELLIER  
contact@groupemed.com

## JANVIER

**07/01/2023**

### Quand l'agir touche le corps de l'analyste. Le silence des affects

Christine Saint-Paul-Lafont, Conférence en présentiel et distanciel organisée par le Groupe Aquitain de la SPP

Amphithéâtre Pitres - Université de Bordeaux Campus Victoire  
3ter Pl. de la Victoire,  
33000 BORDEAUX  
www.groupe-aquitain-spp.fr  
gaspp.b@wanadoo.fr

**14/01/2023**

### Le Temps de l'emprise dans le travail de psychothérapie psychanalytique corporelle

Les journées de l'AEPPC, invité Paul Denis  
ASM13  
76 avenue Edison  
75012 PARIS  
06.82.63.64.38  
aeppc.org

**17/01/2023**

### Le risque suicidaire chez l'adolescent

Les journées de l'AFAR  
Visioconférence  
www.afar.fr

**Du 18 au 20/01/2023**

Le temps retrouvé  
Congrès de l'Encéphale  
Visioconférence et Palais des congrès de Paris  
insc-encephale@europa-organisation.com  
https://www.encephale.com/

**20/01/2023**

Complexité des situations d'exil des mineurs non accompagnés  
Colloque organisé par

l'Université Catholique de Lyon - UCLY  
Campus Saint-Paul | UCLY  
Amphi Aristote - 1er étage  
10 place des archives  
69002 LYON  
04 26 84 52 28

**Du 20 au 22/01/2023**

### Métamorphoses et polymorphie des enveloppes psychiques dans le travail psychanalytique

XXIII<sup>ème</sup> Colloque des ARCS - Françoise BRETTE  
Hôtel Emeraude Vallandry  
227 Rte des Espagnols  
73210 LANDRY

**21/01/2023**

### La tentation de l'oubli

Colloque organisé par l'APF  
UCLY  
10 place des archives  
69002 LYON  
01 48 29 85 11  
lapf@orange.fr  
www.associationpsychanalytique-defrance.org

**21/01/2023**

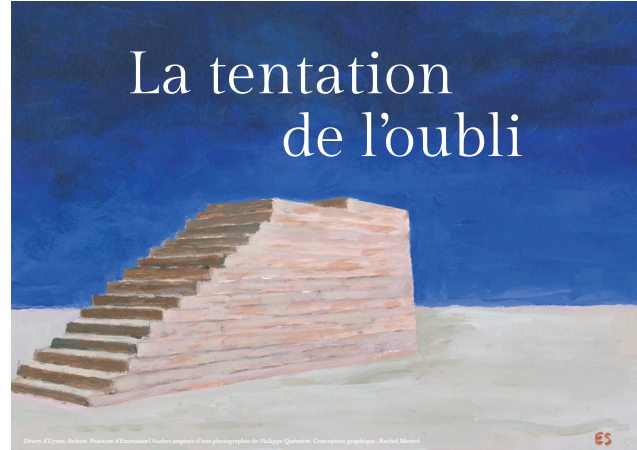
### La question du handicap : un autre regard

Rencontre Ethique, culture et santé Lecture suivie d'un débat, organisés par l'Espace de réflexion éthique Paca-Corse  
Salle de conférence de la bi-



association psychanalytique de france  
**APF**

**Samedi 21 janvier 2023**  
de 9h30 à 18h



**La tentation de l'oubli**

En présence de Dominique Suchet, présidente de l'APF, et de François Hartmann, secrétaire scientifique de l'APF.

CONFÉRENCIERS  
Isée Bernateau  
Serge Franco  
Bernard de La Gorce

DIRECTEUR DE DISCUSSION  
Jacques André

UCLY  
10 place des archives  
69002 Lyon

Inscription : 90 €  
Étudiants - 30 ans\* : 30 €  
\*sur présentation d'un justificatif

lapf@orange.fr  
01 48 29 85 11  
www.associationpsychanalytiquedefrance.org

Envoyez vos annonces à [carnetpsy@gmail.com](mailto:carnetpsy@gmail.com) avant le 10 du mois (pour parution le mois suivant)

**bibliothèque de l'Alcazar  
MARSEILLE**  
04.91.38.44.26,  
[secretariat.ee-paca-corse@ap-hm.fr](mailto:secretariat.ee-paca-corse@ap-hm.fr)  
<http://www.ee-paca-corse.com/rubrique3.html>

**25/01/2023**  
**Crise sanitaire et psychothérapie institutionnelle. Une expérience de traversée ?**

Cycle de conférences :  
"Dire que c'est encore la fin du monde". Matthieu Braun. Organisé par GREPSY  
CH Saint Jean de Dieu, Espace conférences Sanou Souro  
290 route de Vienne  
69008 LYON  
04 37 7041 62

**27/01/2023**  
**Sexualités de l'enfant et de l'adolescent : quoi de neuf ?**  
Colloque de la revue Enfance et Psy  
**Visioconférence ou Espace Reuilly**  
21 rue Hénard  
75012 PARIS  
[www.enfancesetpsy.fr/](http://www.enfancesetpsy.fr/)

**27/01/2023**  
**Consentement et psychiatrie : enjeux éthiques**  
7<sup>ème</sup> colloque de la commission éthique et psychiatrie organisé par l'Espace éthique Paca Corse  
**Hôpital de la Timone Amphithéâtre HA1**  
**MARSEILLE**  
04 91 38 44 26  
[secretariat-ee-paca-corse@ap-hm.fr](mailto:secretariat-ee-paca-corse@ap-hm.fr)  
[www.ee-paca-corse.com/article1424.html](http://www.ee-paca-corse.com/article1424.html)

**28/01/2023**  
**Clinique du couple et de la famille - les défis contemporains**  
Colloque organisé par l'AFCCC, Dialogue, Psyfa  
**Université Paris-Nanterre**  
07 81 82 45 15  
[secretariat.psyfa@gmail.com](mailto:secretariat.psyfa@gmail.com)

**31/01/2023**  
**Guérison vs rétablissement en psychiatrie**  
Les journées de l'AFAR  
**Visioconférence**  
01 53 36 80 50  
[www.afar.fr](http://www.afar.fr)

## FÉVRIER

**04/03/2023**  
**Haïr**  
Colloque de la SPP  
**En visioconférence ou en présence : SPP**  
21 rue Daviel  
75013 PARIS  
[www.spp.asso.fr/events/colloque-de-la-rfp-2023-hair/](http://www.spp.asso.fr/events/colloque-de-la-rfp-2023-hair/)

**04/03/2023**  
**Histoire et psychanalyse**  
Colloque organisé par la Société de psychanalyse freudienne.  
**Association du quartier Notre-dame-des-Champs**  
75014 PARIS  
01 43 22 12 13  
[www.spf.asso.fr/colloque-histoire-et-psychanalyse-2023](http://www.spf.asso.fr/colloque-histoire-et-psychanalyse-2023)



**afar WEB-CONFÉRENCE**

**Les Journées de l'Afar**  
1 jour – 1 expert – 1 sujet d'actualité

## Le risque suicidaire chez l'adolescent

**Mardi 17 janvier 2023**  
**Dr Jean Chambry,**  
pédopsychiatre,  
chef de pôle



**Programme et inscriptions :**  
**[www.afar.fr](http://www.afar.fr)**

## MARS

**09/03/2023**  
**Souffrances invisibles et poids du secret en psychogériatrie**  
Colloque organisé par AFAR  
**Maison de la Chimie**  
28 rue Saint Dominique  
75007 PARIS  
01 53 36 80 50  
[www.colloquesafar.fr](http://www.colloquesafar.fr)

**10/03/2023**  
**L'adolescence, ça fait mal**

Colloque l'organisé par AFAR  
**Maison de la Chimie**  
28 rue Saint Dominique  
75007 PARIS  
01 53 36 80 50  
[www.colloquesafar.fr](http://www.colloquesafar.fr)

**Du 17 au 19/03/2023**  
**Tourments et vacillements identitaires à l'adolescence**  
Week-end de travail organisé par la SEPEA  
**Visioconférence ou Association du quartier Notre-dame-des-**



# AGENDA



Société Européenne pour la Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adolescent

**WEEK-END DE TRAVAIL des 17, 18 et 19 mars 2023**

**Dans le cadre habituel et en visioconférence**

**Association du Quartier Notre-Dame des Champs**

92 bis bd du Montparnasse - 75014 PARIS

Programme détaillé sur notre site

[www.sepea.fr](http://www.sepea.fr)

## Tourments et vacillements identitaires à l'adolescence

**VENDREDI 17 mars de 21h00 à 23h00**

### Conférence d'Alexandre Morel

Psychologue, Psychanalyste, Docteur en psychologie

Discuté par Loïse Barbey (SPP/SEPEA) et Chiara Rosso (SPI/SEPEA)

## Le psychodrame dans les enjeux identitaires de l'adolescence

**SAMEDI 18 mars de 9h à 12h et de 14h à 17h**

### Une journée de travail clinique

Présentations de psychothérapies en atelier, suivies d'une discussion théorico-clinique animée par des membres de la SEPEA

**DIMANCHE 19 mars de 09h00 à 12h00**

### Conférence de Anna Maria Nicolò

Neuropsychiatre, Psychanalyste, membre de la SPI et de la SEPEA

Discutée par Geneviève Bourdelon (SPP/SEPEA) et Olivier Halimi (SPP/SEPEA)

## Le corps adolescent et les énigmes de l'identité aujourd'hui

Ouvert aux personnes inscrites au listing de la SEPEA et aux membres de l'API

Accessible aux personnes à mobilité réduite

Renseignements et inscriptions : [sepea@orange.fr](mailto:sepea@orange.fr) Tél. 00 33 (0)1 47 07 12 60

Siège social : 92 bis boulevard du Montparnasse 75014 PARIS

Site internet : [www.sepea.fr](http://www.sepea.fr)

N° SIRET 40270328400057 - Code APE 8559A - Certifié Qualiopi



Association régie par la loi 1901 - Organisme de formation N° 11 75 22 68 175



## L'Association Française de Psychiatrie

**PROPOSE UN JOURNÉE DE FORMATION  
SUR**

## L'ACTUALITÉ DES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES EN PSYCHIATRIE

**le 24 mars 2023**

**à l'AQND : 92bis bd du Montparnasse  
75014 PARIS**

## RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

sur notre site internet :

[www.psychiatrie-francaise.com](http://www.psychiatrie-francaise.com)

**Association Française de Psychiatrie**

45 rue Boussingault - 75013 PARIS

Tél. 01 42 71 41 11 - Fax 01 42 71 36 60

Mél : [contact@psychiatrie-francaise.com](mailto:contact@psychiatrie-francaise.com)

### Champs

75014 PARIS

01 47 07 12 60

[sepea@orange.fr](mailto:sepea@orange.fr)

**21/03/2023**

### Le désir d'enfant chez la femme et l'homme

Colloque organisé par  
l'EPCI

**Forum Saint Eloi, sous  
l'église Saint Eloi**

75012 PARIS

01 43 07 89 26

[secretariat@epci-paris.fr](mailto:secretariat@epci-paris.fr)

[www.epci-paris.fr](http://www.epci-paris.fr)

**22/03/2023**

### La relation au socius et le fond archaïque de la psyché

Conférence organisée par  
le GREPSY: « Dire que c'est  
encore la fin du monde... ».

René Roussillon

**CH Saint Jean de Dieu  
Espace Conférences**

**Sanou Souro**

290 route de Vienne

69008 LYON

04 37 70 41 62

**24/03/2023**

### «La force de l'engage- ment» - «De kracht van toewijding»

Colloque organi-  
sé par la WAIMH bel-  
go-luxembourgeoise et la  
WAIMH-Vlaanderen

[secwaimhbelgolux@yahoo.fr](mailto:secwaimhbelgolux@yahoo.fr)

[www.waimhbl.be](http://www.waimhbl.be)

**25/03/2023**

### Les attrait du sensible

Colloque Hommage à  
Françoise Coblence

**Visioconférence et As-  
sociation Notre Dame  
Des Champs**

92 bis bd du Montpar-  
nasse

75014 PARIS

[https://www.spp.asso.fr/  
events](https://www.spp.asso.fr/events)

**31/03/2023**

### Des psychologues en réanimation ? pour qui, pour quoi ?

15<sup>ème</sup> Journée d'étude  
de l'Association pour le  
Maintien du Lien psy-  
chique en Soins intensifs

**Maison de la  
réanimation**

75010 PARIS

[www.rea-psy.com](http://www.rea-psy.com)

## MAI

**23/05/2023**

### Pathologie duelle, co- morbidity addictives

Les journées de l'Afar

**En visioconférence**

01 53 36 80 50

[www.afar.fr](http://www.afar.fr)





# leCarnetPsy

www.carnetpsy.fr



## Abonnez-vous !

**9 numéros - 1 an / 70 €**

- ✓ Tous les articles sur le site
- ✓ Toutes les vidéos sur le site
- ✓ L'ensemble des recensions de lecture sur le site
- ✓ Le journal papier chez vous (9 numéros)
- ✓ Les archives depuis 1994 - plus de 4000 articles de référence
- ✓ Offre préférentielle aux colloques Carnet Psy

version  
papier et  
numérique



**Recevez chez vous les prochains numéros  
de *Carnet PSY* et profitez de l'accès en ligne**

**BULLETIN D'ABONNEMENT À COMPLÉTER**

**à envoyer à Carnet PSY CRM ART - CS 15245 - 31152 FENOUILLET CEDEX - France**

### OUI JE M'ABONNE

- ☐ **9 NUMÉROS** de Carnet PSY pour 70 € soit un an d'abonnement, vos numéros en version papier et numérique (Tarifs pour France métropolitaine).

Pour DOM-TOM, étranger et Institution : nous contacter au 01 46 04 74 35

☐ Mme ☐ Mr Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Courriel .....@.....

- ☐ J'accepte de recevoir les offres de *Carnet Psy*

### JE CHOISIS MON MODE DE RÈGLEMENT

- ☐ par chèque à l'ordre de *Carnet Psy*

- ☐ par carte bancaire

N°

Date expiration     Cryptogramme

Date et signature obligatoires

- ☐ par virement

IBAN : FR76 3006 6108 8700 0105 4800 127

BIC : CMCIFRPP

**Vous pouvez aussi vous abonner en ligne sur  
[www.carnetpsy.fr](http://www.carnetpsy.fr)**



Si l'adolescent cherche anxieusement sa forme définitive et si le thérapeute doit l'aider à la trouver, il ne peut en aucun cas se penser Pygmalion ; il lui incombe au contraire "sous le mouvement qui déplace les lignes" de réunifier celles qui permettront à son patient de se constituer, avec le minimum de souffrance, en la personne de son choix.

Évelyne Kestemberg

*L'identité et l'identification, problèmes théoriques et techniques*