



# Problèmes posés par un adolescent psychotique en foyer éducatif

**Karine Baudelaire**

DANS **REVUE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2015/2 n° 92**, PAGES 177 À 190  
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 2426-296X

ISBN 9782749248196

DOI 10.3917/read.092.0177

Date de mise en ligne : 21/12/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2015-2-page-177?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Problèmes posés par un adolescent psychotique en foyer éducatif

---

**Karine Baudelaire**

Je souhaite présenter ici, à travers une vignette clinique, la difficulté et la richesse de l'accompagnement et du soin dans un foyer éducatif recevant des adolescents décrits comme ayant des troubles psychiques et, dans le cas présenté, souffrant d'une psychose.

Après la présentation de Youssef, un adolescent accueilli à l'Espace Cortot, nous verrons d'abord la singularité de sa clinique et la difficulté diagnostique qui en découle. Nous étudierons ensuite les effets sur lui de la vie de groupe et ce que cela générerait sur ses pairs ainsi que l'embarras des différentes équipes éducatives et soignantes. Nous verrons comment la question de la séparation a pu se jouer et ce tant au niveau institutionnel que familial.

Avant cela, je vais décrire le lieu qui l'a accueilli, l'Espace Cortot. L'Espace Cortot est un foyer qui a ouvert en 2010 à la suite d'un appel à projets de l'Aide sociale à l'enfance, celle-ci souhaitant endiguer le nombre croissant d'adolescents hébergés à l'hôtel, faute d'autre projet viable. L'association Jean Cotxet a alors proposé un accueil singulier pour sept de ces adolescents, l'Espace Cortot, dans une Maison éducative à caractère social accueillant une cinquantaine d'enfants de tous âges. L'Espace Cortot situé au fond de la cour de la MECS est une petite maison dont les règles diffèrent d'un foyer plus traditionnel. Il a été pensé qu'il serait nécessaire d'y proposer une conjonction très forte entre éducatif et soin, la dimension soignante devant se travailler à tous les niveaux, tant pour les psys que pour les éducateurs.

Nous y accueillons des garçons présentant un tableau clinique souvent original et déroutant, aux manifestations comportementales

---

*Karine Baudelaire, psychiatre à l'Espace Cortot, association Jean Cotxet.*

bruyantes, avec, pour la plupart, une lourde histoire transgénérationnelle de placements et de mauvais traitements.

## Cas clinique

Youssef est arrivé à l'Espace Cortot à l'âge de 15 ans. Il a vécu jusqu'à ses 13 ans avec sa mère, contrairement à la plupart des autres adolescents accueillis. Son père, bien que ne l'ayant pas reconnu à la naissance, était très présent au domicile de la mère, souvent en conflit avec elle quant à la manière d'élever les enfants. Youssef et son frère aîné sont nés d'une relation extraconjugale de monsieur.

M. n'a divorcé que longtemps après la naissance des deux garçons et avait des enfants plus âgés, nés du premier mariage dont un s'appelait également Youssef. Le père dit avoir voulu reconnaître ses fils, mais ne l'aurait pas fait pour permettre à la mère de bénéficier des aides pour parent isolé. Au début, madame était beaucoup sur la défensive, ce placement, qui s'est fait contre son gré, étant vécu comme une grande violence. La mère dira, après des mois de suivi, qu'elle a vécu, enfant, des mauvais traitements, se portant au secours de sa mère agressée par son père, mais ne reconnaîtra jamais sa propre violence et maltraitance à l'égard de ses enfants. Madame est une femme assez fragile, très réactive aux provocations de son fils et s'emportant rapidement en miroir avec lui. Elle souffre sans doute de troubles psychiques, mais n'a jamais été suivie.

Youssef a été un enfant désiré, comblant totalement sa mère, nous a-t-elle dit un jour. Elle a reconnu l'avoir gâté, ne lui mettant pas de limites, malgré une importante agitation et des troubles dès son plus jeune âge. Ce que nous relatait sa mère du passé m'évoquait des mécanismes pouvant être en jeu dans la psychose symbiotique. Une violente rivalité fraternelle a toujours existé, s'accroissant avec le placement.

Auparavant, madame vivait dans un studio, en huis clos avec ses deux enfants. C'est, plus tard, quand ils ont déménagé que madame exprime une rupture de la bulle dans laquelle ils vivaient. Youssef a alors commencé à fuguer, s'opposer et être en conflit avec elle. Cela intervient aussi quand son frère tombe gravement malade. Tous disent que Youssef avait perdu le statut de « favori » de sa mère, vivant un important moment de déprivation affective.

Vers 13 ans, Youssef va se plaindre au commissariat de maltraitements maternelle et fraternelle. Il est placé en urgence en foyer. S'ensuivent une série d'accueils mis en échec par des comportements

à risque et des tendances délinquantes. Un suivi en CMP est instauré auquel il n'ira que rarement. Le thérapeute nous le décrira comme un enfant très mythomane et menteur. Après un essai infructueux de résidence chez son père, il nous est adressé.

Youssef reste trois ans à l'Espace Cortot, dans un accueil ponctué par des séjours de rupture, des hospitalisations, des retours en famille. Très vite, je serai amenée à le voir régulièrement et à l'adresser en consultation, consultation qu'il n'acceptera que par contrainte. Il faudra deux ans de mises en danger graves, d'éloignement en lieux de vie pour que Youssef et sa famille acceptent enfin l'absolue nécessité de l'hospitalisation au CIAPA, lieu d'accueil et de soins pour adolescents. Celle-ci ne sera effective qu'après plusieurs fugues du service vers le foyer, où Youssef a eu besoin de vérifier qu'il ne serait pas exclu s'il acceptait l'hospitalisation et donc la séparation. Renvoyé du service libre du CIAPA, nous le ferons hospitaliser en service fermé adulte suite à une énième alcoolisation. Cela aura pour effet de mettre un terme, jusqu'à sa sortie du foyer, à son autodestruction. Rassuré et borné, il pourra investir un suivi en CMP adulte, toujours accompagné d'un de ses parents.

Avec sa famille, les relations seront très fluctuantes, passant du rejet complet au tout amour. Une thérapie familiale sera instaurée, mais ils seront incapables de l'investir. Le père n'a eu de cesse de nous reprocher notre manque de cadre, qui pour lui, avait conduit à la grave détérioration de leur fils. Le discours officiel de tous était leur souhait d'un retour dans le foyer familial de Youssef à ses 18 ans, mais ce retour n'était possible qu'à la condition que celui-ci ait une formation ou un travail. Ce n'est que dans les derniers mois que chacun a pu exprimer son inquiétude face aux difficultés majeures de Youssef et reconnaître qu'ils avaient besoin d'un lieu tiers, un peu comme le nôtre, qui poursuivrait ce qui avait été entamé chez nous.

Je vais maintenant aborder les difficultés rencontrées avec lui. Beaucoup d'adolescents que nous recevons, ont en commun ce que P. Jemmet et M. Corcos ont décrit de certains adolescents, une fragilité des assises narcissiques, une insécurité interne et des structures intrapsychiques mal différenciées. Comme le dit P. Jemmet, « l'agir est pour eux le moyen de renverser ce qu'ils craignent de subir et de reprendre une maîtrise qu'ils étaient en train de perdre ».

Pour la plupart, leur comportement négatif est un moyen d'affirmer leur identité et leur différence. Ils se caractérisent par un recours à l'agir, à l'espace (au sens où les excitations et les affects, les

conflits et les angoisses qui ne peuvent être traités sur la scène psychique, sont expulsés dans l'environnement comme décrit par J.-P. Pinel), par des conduites d'opposition qui permettent de se différencier sans pour autant rompre complètement avec l'autre, par l'autosabotage, le repli sur soi et le recours à des « objets de substitution (drogues, alcools...) et pour finir par la violence ». Ce sont des adolescents dont la « psyché fonctionne comme un muscle », selon la formulation de W. Bion. Ces jeunes gens, qui ont connu beaucoup d'institutions, savent ce qu'il est opportun de dire ou faire pour être accepté au départ. Ils ont souvent un discours en faux self, construit sur des paroles qui leur ont été maintes et maintes fois dites par les différentes personnes qui en ont eu la charge.

Youssef présente le tableau clinique décrit ci-dessus, mais quelques éléments principalement repérés par l'équipe éducative nous orientent vers une pathologie psychiatrique plus avérée, sans pour autant nous permettre d'y apposer une étiquette définitive. Il n'a pas d'éléments délirants vraiment construits, même si parfois il dit entendre des voix, sans vraiment sembler y adhérer. Les éducateurs le voient parfois se parler tout seul, mais il ne peut rien en dire. Je me suis interrogée sur le fait de savoir si certains des mauvais traitements allégués n'étaient pas pris dans une construction parfois délirante, Youssef décrivant des scènes sexualisées d'une grande crudité avec son frère et sa mère. Nous n'avons jamais pu en avoir la confirmation.

Lors de ma première rencontre avec lui, à l'hôtel, j'avais été étonnée par sa facilité d'expression et son bon contact. Il avait exprimé le fait que des voix le menaçaient, sans vraiment sembler y adhérer, ni en être angoissé. À peine arrivé dans le foyer, Youssef a alors montré l'importance de ses difficultés. Nous l'avons vu se détériorer de jour en jour durant les deux premières années. Il était dans un état d'incurie majeure, incapable de prendre soin de lui, même dans les soins primaires (il fallait l'entraîner physiquement pour aller le doucher). Il était très apragmatique et, malgré de nombreuses tentatives, n'a pu investir un projet de reprise de scolarité. Ses craintes à ce sujet s'exprimaient par sa peur des autres élèves, dans un vécu persécutif confus, sa difficulté majeure de concentration et sa déscolarisation ancienne.

Ses journées à ne rien faire, évoquait un vide psychotique. Il avait des troubles du sommeil majeurs avec insomnie nocturne et hypersomnie diurne. Il existait surtout par des conduites ordaliques très inquiétantes, accidents de la voie publique avec fracture de main, prises quasi quotidiennes de cannabis et d'alcool, comas éthyliques

par ingestion solitaire et dipsomaniaque d'alcool. Il a essayé tout aérosol trouvé facilement (déodorants, anti-acariens, dépoussiérant, antigel...) sans recherche du plaisir, mais plutôt pour anéantir toute pensée. Son discours était extrêmement pauvre et stéréotypé. Il exprimait cependant, et ce depuis le début, la crainte de sa violence et de devenir SDF, ce vers quoi il semblait tendre de plus en plus. Dans des moments d'alcoolisation, il tenait des paroles évoquant des éléments mélancoliques d'avenir bouché, il ne se disait pourtant pas triste et était plutôt athymique, avec une indifférence affective et une froideur inquiétantes. Il n'était bien que quand il était seul avec un adulte, car soutenu par lui. Il manifestait une complète anhédonie, n'exprimant aucune joie, ni intérêt à quoique ce soit. Il pouvait par moments, exprimer honte et culpabilité. Sa violence s'exprimait par des attaques contre lui-même et par une hétéro-agressivité verbale et parfois physique. Seul, le domaine de la lecture était préservé et a pu se déployer dans le temps, avec la diminution de ses agirs. Il était avide de dévorer les œuvres d'un auteur de livres fantastiques et de thrillers particulièrement violents. Ce n'est que vers la fin de la prise en charge qu'il a été capable de s'intéresser à d'autres ouvrages.

Devant ce tableau peu typique et mal construit, nous nous sommes interrogés sur une évolution vers une décompensation schizophrénique de type hébéphrénique mais aussi sur une dépression masquée, un état limite grave avec une dimension masochiste majeure ou sur une dysharmonie évolutive à tendance pseudo-psychopathique. Ces diagnostics étant complétés par un trouble majeur de l'attachement. Tous ceux-ci ont été énoncés à travers les éléments qui ont été recueillis directement avec lui, mais aussi avec les autres intervenants et sa famille.

Nous allons d'ailleurs voir maintenant ce qui se jouait dans sa relation à autrui. Avec ses pairs, il n'a eu de cesse d'être dans un lien quasi symbiotique à un autre : il se laissait happer par celui qui serait force de proposition. Youssef était alors souvent le bras armé d'un autre adolescent, ne pouvant résister à l'appel du plus fort et à l'excitation d'une énième provocation. Il pouvait tout autant suivre le plus déviant que le plus fou, sans aucune distinction, très sensible à l'atmosphère du lieu. C'est ainsi qu'il a été tant dans des actes délinquants – vols de portable, cambriolage – que dans des conduites à risque groupales. Ces conduites à expression délictuelle l'ont conduit à passer au tribunal et à avoir une mesure de liberté surveillée avec un suivi PJJ. Cela n'a fait que le conforter dans son côté négatif, mais lui a permis de rencontrer la butée de la loi.

En dehors des jeunes du foyer, il n'avait aucune relation avec des pairs. Sa pathologie interrogeait aussi beaucoup les autres jeunes, inquiétés par la bizarrerie de certains de ses comportements et la violence de son auto-agressivité. Dans un mouvement d'identification, Youssef était le miroir déformant des difficultés propres des autres adolescents, ce dont ils se défendaient. Ils l'évitaient alors, ou le rejetaient nous disant qu'il était fou et qu'il devait aller en psychiatrie. Nous avons pu remarquer ces mouvements affectifs des pairs avec plusieurs adolescents souffrant d'une pathologie psychotique. C'est comme s'ils révélaient, dans un groupe d'adolescents en difficultés, la question de la pathologie de chacun, la question du soin dont ils pourraient parfois aussi avoir bien besoin. D'autre part, ces mêmes adolescents sont aussi parfois fascinés par les comportements étranges du patient et profitent de sa folie pour attaquer les adultes et se donner l'impression de vivre. Cela leur pose de plus la question de leur place dans ce foyer, « foyer de fous » comme disent certains d'entre eux où les perspectives d'avenir peuvent paraître bien sombres, et où la faute est alors projetée sur l'équipe. Cela les interroge surtout sur leur place au sein de la société, en général : la psychiatrie ou la prison, y a-t-il d'autres possibles ?

Tout cela leur est insupportable à penser et provoque le rejet de l'adolescent psychotique qui condense tous ces questionnements. Au niveau de l'équipe, Youssef était perçu comme très fragile, trop fragile. Ainsi que le décrit J.-P. Pinel, les adolescents ayant une pathologie du lien gênèrent sur les adultes « le surgissement d'éprouvés de catastrophe imminente », « des angoisses d'inanité et d'effondrement », l'affect d'inanité étant une forme d'angoisse diffuse et insistante où se vivent une expérience de « désobjectivation et une menace de désêtre ».

L'adolescent psychotique renvoie, plutôt, à l'équipe éducative un vécu d'incompréhension, une crainte de la folie. Les éducateurs ne sont pas anéantis comme avec des adolescents plus délinquants, mais ils sont plus dans une mise à distance, l'ampleur de l'accompagnement étant une menace pour l'équipe, l'incompréhension et l'étrangeté envahissant leur psyché. Cela conduit, souvent, à une difficulté pour les adultes, à poser des limites, un cadre, à un effacement de ce qui est du registre de la loi, maintenant le patient dans une position d'immunité très angoissante.

Tout acte transgressif est excusé du fait de la pathologie. Il ne peut y avoir de représentation de la loi, la seule réponse ne pouvant être qu'une adresse à la psychiatrie. L'ambivalence de l'équipe s'ex-

prime aussi dans sa difficulté à donner le traitement : oublis, prises forcées, refus de le donner du fait d'une alcoolisation ou d'une prise de toxiques. Les traitements inquiètent et fascinent tout à la fois comme nous pouvons le voir quand les éducateurs, après un passage à l'acte violent d'un adolescent, conseillent eux-mêmes un traitement : « Tu devrais prendre quelques gouttes, cela te ferait du bien. »

Prescription qui fait fi parfois de la question de la mise en mots. Le psychiatre se sent alors interpellé non pour démêler ce qui se joue, mais pour asséner des traitements qui calmeraient la pulsionnalité de ces inquiétants adolescents agissants. Comme le décrit P. Jeammet, le premier des paradoxes du développement est que « le sujet n'est jamais autant lui-même que lorsqu'il s'est abondamment nourri des autres sans qu'il ait à prendre conscience des parts respectives de ce qui lui revient et de ce qui appartient à autrui ». Cela fait défaut chez l'adolescent insécure, carencé. Le paradoxe central du développement se traduit ainsi « plus on est en insécurité interne, plus on dépend d'autrui pour se rassurer, moins on peut recevoir ». En général, la mission de l'éducateur est d'accompagner l'adolescent vers son autonomie avant sa majorité, ce qui me semble bien utopique, dans un foyer comme le nôtre, étant donné ce qui vient d'être décrit. Cette contrainte paradoxale est d'ailleurs flagrante à la majorité des enfants placés qui ont une grande difficulté à obtenir un contrat jeune majeur. Il faut souvent montrer patte blanche pour obtenir ce sésame, mais pas trop non plus, une trop grande autonomie justifiant aussi l'arrêt de la mesure. Les adolescents difficiles ne cessent d'interroger cette injonction à travers leurs besoins majeurs d'accompagnement, c'est ce que M. Botbol décrit comme le « paradoxe du lien éducatif ». En effet, ce lien à l'adulte apparaît pour l'adolescent comme la solution à ses difficultés et constitue en même temps le problème. Pour les adolescents difficiles, le « faire avec » est une nécessité incontournable qui se passe *via* des médiations concrètes, ordinaires et quotidiennes.

Cela se rapproche du concept d'espace transitionnel chez le bébé, processus de naissance de l'objet, tel que D.W. Winnicott le décrit comme modalité de traitement de la séparation, en utilisant l'illusion de continuité qu'institue cet espace. Cette accession à une autonomie demande aux éducateurs, accompagnant des adolescents très pragmatiques et incuriques, un soin au plus près, jusqu'au plus intime de la toilette, de l'hygiène. Il peut être difficile à comprendre que ces soins font partie de leur travail, que ce portage, pouvant paraître ingrat et dégradant, a toute sa valeur avec ces patients qui ont besoin de retrouver les soins primaires, un *holding*. Nous le verrons ci-après.

Le psychotique renvoie aussi aux adultes une représentation très décourageante d'une impossibilité à s'adapter à la vie « ordinaire » d'une société, à un vécu d'inutilité de leur travail. Comme le dit très bien J. Hochmann : « Soumis à l'avidité psychotique, à son exigence impérieuse de nous contrôler et de nous transformer en objets entièrement assujettis à leur caprice, faute de quoi nous deviendrions persécuteurs ou vampires, nous pouvons nous sentir complètement vidés, privés de nos contenus les plus précieux, impuissants à aider l'autre, profondément déprimés avec un sentiment d'incapacité. »

L'équipe éducative doit apprendre à s'appuyer sur des progrès même minimes. Le jeune a besoin de vivre, à travers maints actes, qu'il aura toujours sa place dans le foyer et que l'accompagnement vers un soin n'est pas une menace, un enfermement, mais une ouverture et une alternative. P. Delion décrit, pour les patients psychotiques, les différentes fonctions des soignants : phorique, sémaphorique, métaphorique. La fonction phorique concerne l'accueil, le cadre thérapeutique, le portage, tout ce qui est nécessaire pour définir une scène sur laquelle le patient va pouvoir jouer sa problématique. La fonction sémaphorique permet au patient, dans un cadre donné, d'exprimer les signes de sa souffrance subjective. L'équipe en sera le réceptacle et le porteur. La fonction métaphorique qui « permet de travailler le sens des signes du patient autiste ou psychotique par le repérage patient des invariants structuraux qu'il dépose à son insu tout au long de sa trajectoire transférentielle, tel un Petit Poucet qui ne se sait pas ». Tout ce qui se joue pour les patients psychotiques avec l'équipe dans ces trois fonctions vaut aussi bien pour la compréhension des problématiques des adolescents agissants, qui ne cessent de faire porter à l'équipe toute leur souffrance, leurs dépressions et interrogations. Des éducateurs de foyer ne sont pas toujours formés à cela et il est nécessaire de valoriser et de décrypter le travail de fourni qu'ils font au quotidien, en résumé de permettre la pensée. Nous constatons que les professionnels souffrent aussi probablement de ce que l'on appelle un « trauma vicariant », syndrome décrit, la première fois, par M. Baigent et R. Leigh dans leurs consultations pour les victimes de la guerre du Vietnam. Le récit d'expériences traumatisantes répétées génère, pour ceux qui le reçoivent, de nombreux symptômes d'épuisement, d'isolement ou de dépression, influant tant sur le plan professionnel que personnel.

C'est ce que nous retrouvons aussi dans ce foyer où chaque adolescent dépose sur les adultes son passé de violences. La difficulté pour les équipes est à son acmé quand l'adolescent abandonnique

souffre d'une psychose, comme c'est le cas de Youssef. Tout se passe comme si la pathologie de l'adolescent prenait le pas sur son accueil, interrogeant chacun sur la pertinence de la place du psychotique en foyer éducatif. C'est une lutte permanente pour permettre que ces adolescents malades aient le droit à un foyer de vie, un foyer autre que celui de leurs parents très défaillants et celui de la psychiatrie, dont la fonction d'asile a disparu.

Youssef a pu, après avoir entendu qu'il ne retournerait pas vivre chez ses parents, s'ouvrir un peu plus, tenir les petits engagements qu'il avait avec la PJJ et le CMP. Il ne cessera de nous dire sa fierté d'être allé au bout de son placement sans se faire renvoyer, d'avoir eu cette capacité à supporter un lien à des adultes. La question du lien que Youssef n'a eu de cesse de questionner a été vécue avec le foyer, tout comme elle a été testée par lui auprès de sa famille. Il a eu besoin de se séparer violemment de celle-ci pendant de longs mois, pour finalement en reconnaître son importance, son besoin vital. Pendant le temps où Youssef a refusé de voir ses parents, ceux-ci n'ont pas montré plus de velléités pour le voir car ils étaient effrayés par leur fils, même s'ils n'en reconnaissaient pas le caractère pathologique. Il y a eu des temps de lune de miel, des moments de félicité se concluant souvent par une attaque violente de Youssef sur ses proches (vols au domicile de la mère, pyromanie chez le père, alcoolisation massive). Ce besoin d'éloignement était nécessaire pour Youssef car il butait aussi, violemment contre un déni massif de la mère des mauvais traitements qui, cependant a pu reconnaître qu'elle s'énervait parfois avec ses enfants.

Malgré tout cela, nous avons maintenu le lien par des entretiens familiaux dans lesquels Youssef était présent ou non. Celui-ci les évitait rarement, sauf dans les moments d'opposition majeure. Nous étions systématiquement acculés par le père qui nous rendait responsables de la dégradation de son fils. Nous étions dans l'injonction de le changer ou de le rendre comme avant et de lui faire reprendre le droit chemin alors qu'ils refusaient de reconnaître la dimension pathologique, pourtant présente depuis plusieurs années dans leurs souvenirs. Passé ce moment pénible, ils exprimaient un important désarroi et une incompréhension concernant leur fils, devenu un étranger à la famille depuis son placement. Le temps était comme arrêté. Youssef semblait être le révélateur des difficultés de sa famille. Son frère, brillant sur le plan scolaire, était décrit comme n'ayant pas d'amis, se comportant comme un mari jaloux avec sa mère. Son père semblait très déprimé et apragmatique. Il était dans l'incapacité de

faire reconnaître sa paternité alors qu'il ne cessait de se plaindre de ne pouvoir prendre de décisions pour son fils et qu'il nous relatait de plus, en dehors de la présence de madame, la violence de celle-ci, qui, disait-il, mordait ses enfants quand ils n'obéissaient pas. Ce n'est que lors de l'hospitalisation de Youssef au CIAPA, que son père sera accompagné, par l'assistante sociale, à la mairie pour faire sa demande de reconnaissance. Toute cette violence intrafamiliale s'est bien sûr rejouée au foyer, mais Youssef a pu dans l'après-coup réaliser qu'il s'adressait à sa famille et s'excuser auprès des éducateurs. Tout ce temps, il a été suivi en psychiatrie mais devait à chaque fois être accompagné par un adulte car il n'était absolument pas demandeur. Tout le travail a été de l'amener à accepter enfin une hospitalisation qu'il était impossible de mettre en place, ce d'autant plus que ses parents nous tenaient pour responsables de sa dégradation. Parents et fils refusant catégoriquement toute hospitalisation, nous avons exigé des éloignements à plusieurs reprises après des actes transgressifs graves. Il n'a pas pu s'en saisir, incapable d'élaborer sur la séparation, sur le sens de ses passages à l'acte, vivant ces moments comme des abandons et non comme un travail de mise en lien. C'est d'ailleurs après un séjour en lieu de vie où il n'a eu de cesse de s'alcooliser et d'inhaler des aérosols, que nous les avons contraint, lui et ses parents, à accepter une hospitalisation. Nous étions arrivés à notre limite tolérable. Le refus des parents d'une hospitalisation m'aurait sinon conduit à faire une demande d'OPP sur un service psychiatrique, ce qu'il n'a, heureusement, pas été nécessaire de faire finalement.

Il est remarquable de voir le contraste de présentation de Youssef entre le foyer et auprès des intervenants extérieurs psychiatriques et judiciaires. Autant celui-ci a pu déployer sa pathologie au foyer, autant il a pu être contenu par le cadre de l'hospitalisation, où ses troubles les plus bruyants se sont amendés (bon sommeil, propreté...). Il a noué un lien fort avec le psychiatre mais a généré, en revanche, un important clivage avec l'équipe de soin qui le trouvait dangereux pour les autres patients car entraînant les plus fragiles et les plus déficitaires dans des provocations bien puériles. La question du rejet, donc du lien, s'est rejouée aussi dans le lieu de soin. Il en est de même avec l'équipe du CMP, qui a pris, dans un premier temps, ce jeune homme, essentiellement d'après ses dires, comme un petit délinquant peu intelligent.

Notre investissement a d'ailleurs surpris plusieurs de nos partenaires qui, dans les moments les plus difficiles, ont parfois pu nous conseiller aussi de le lâcher. Comment peut-on comprendre une telle

disparité ? Force est de constater que ces adolescents « lâchent toute leur pathologie au foyer » comme l'a si bien dit une éducatrice du foyer et que dans les autres lieux, de soin, judiciaire ou scolaire, ils montrent un tout autre visage ce qui génère parfois embarras et étonnement. L'important semble de comprendre que chacun perçoit une partie que dépose l'adolescent et que cela nécessite une reconstruction à plusieurs pour permettre d'ouvrir sur divers possibles.

Pour conclure, nous nous sommes beaucoup interrogés sur l'adaptation de notre lieu, le lien à notre foyer pouvant paraître, dans une lecture très superficielle, particulièrement inadéquat, notamment par la présence de tous ces adolescents en grande souffrance. Cependant ce lien a été le seul fiable, et ce jusqu'à la fin du placement. La lutte contre son exclusion du foyer lui a permis de se vivre comme pas totalement destructeur. Contrairement à d'autres adolescents à tendance plutôt psychopathique, les psychotiques sont en demande de lien, un lien parfois symbiotique et étouffant. Ils sont, eux, accessibles à la parole ce qui permet ainsi de poursuivre l'accueil, même si l'on pourrait penser qu'ils seraient mieux en psychiatrie. C'est une chance que de tels lieux existent. Ils offrent un foyer à ces jeunes gens, leur évitant peut-être la clochardisation ou la prison. Le plus important est de soutenir l'équipe dans un décryptage patient et minutieux du quotidien et d'ouvrir le cadre sur l'extérieur, d'où la nécessité d'espaces de parole par le biais d'analyses des pratiques, de supervisions, de bavardages informels et de moments de détente, bref d'un soin institutionnel. Un tel lieu ne pouvant se démultiplier, il serait important de poursuivre la réflexion et la collaboration étroite entre foyers, services de psychiatrie et judiciaire pour que de tels adolescents soient accueillis aussi dans des foyers moins spécifiques.

## Bibliographie

- BAIGENT, M. ; LEIGH, R. 1998. *The Elixer and the Stone*, Harmondsworth, Penguin books.
- BOTBOL, M. ; ROMEAU, A. ; CAMUS, F. 2008. « Quand le lien à l'autre est à la fois le problème et la solution », *Les cahiers dynamiques*, 2, n° 42, p. 35-38.
- BOTBOL, M. ; THEETEN, P. ; REMAUD, A. 2009. « Prendre soin de la vie psychique des adolescents délinquants », *Les cahiers dynamiques*, 2, n° 44, p. 31-36.

- BOURCIER, G. ; BAUDELAIRE, K. ; LACAZE MORAIS, B. *À propos de l'accueil des adolescents difficiles en institution à caractère social*, en cours de parution.
- BOURCIER, G. ; GRIFFOND, A. *À propos des adolescents difficiles*, en cours de parution.
- DELION, P. 2005. *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- HOCHMANN, J. 2006. « Propos sur le contre-transfert avec les psychotiques », dans Pierre Delion (sous la direction de), *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, Toulouse, érès, p. 83-93.
- JEAMMET, P. 2009. *Paradoxes et dépendance à l'adolescence*, Paris, Fabert.
- JEAMMET, P. ; CORCOS, M. 2005. *Évolution des problématiques à l'adolescence*, Paris, Doin.
- PINEL, J.-P. 2007. « Le traitement institutionnel des adolescents violents », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 48, p. 109-122.
- PINEL, J.-P. 2010. « Pathologie du processus adolescent et attaques de la groupalité », *Cliniques Méditerranéennes*, 2, n° 82, p. 287-298.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.