8ème Journées de Santé mentale et communauté

Identité diagnostique : nommer pour exister

ESPI Pauline

« Dis-moi qui je suis enjeu des centres experts en pédopsychiatrie »

8 novembre 2024

Dis-moi qui je suis : enjeu des centres experts en pédopsychiatrie

Pauline ESPI, 08 novembre 2024, colloque SMC

Pour situer mon propos : je suis pédopsychiatre à l'hôpital, j'ai fait mon assistanat dans un centre référent (centre régional de psychotraumatisme), et j'exerce dorénavant à mi-temps dans une UAPED (unité médico-judiciaire pour les enfants et adolescents victimes de violences) située à l'hôpital pédiatrique, et à mi-temps dans une unité de crise pour adolescents au Vinatier dont j'assure la responsabilité médicale (l'UHBA).

Je suis particulièrement intéressée par votre proposition d'intervention, dont je vous remercie, car votre thématique de journée fait directement écho à des enjeux très actuels dans les pratiques qui sont les miennes et dans les dialectiques qui sont à l'œuvre sur le pôle de PEA où j'exerce.

J'aimerais ainsi proposer un propos en 2 temps, avec une 1ère partie au sujet des enjeux identitaires à l'adolescence tels qu'on les accueille dans les unités de soin, et une 2nde partie sur les centres experts et leur éventuel rôle dans la discussion identité / diagnostic à l'adolescence. Cette 2nde partie reprendra pour partie un article collectif que nous avions écrit en 2023 avec quelques collègues, et qui de mon côté avait trouvé son origine dans ma précédente expérience de travail au Centre de psychotraumatisme.

Je précise par avance que mon intervention contient beaucoup d'hypothèses de travail encore à dégrossir, qui n'ont absolument pas la prétention de dire le vrai, mais plutôt d'ouvrir à la discussion avec vous à partir de constats ou de réflexions issus de la pratique quotidienne avec les adolescents.

1) L'adolescence comme période de tous les vertiges identitaires

Intrinsèquement et 'physiologiquement', l'adolescence est la période de toutes métamorphoses identitaires. C'est l'effraction de la puberté, c'est la bascule des étayages et des identifications verticales (les parents) vers les identifications horizontales (les pairs). C'est également la période des dialectiques Jeammetiennes :

- La dialectique autonomie / dépendance : se détacher des dépendances de l'enfance pour acquérir une autonomie progressive, avec l'ensemble des insécurités internes que cela entraîne, ainsi que des réactions et attentes en apparence paradoxales envers les adultes (« fiche moi la paix mais reste là ! »)
- La dialectique constructivité / destructivité : prendre le risque de construire, au risque de l'échec. Parfois, il apparaît plus facile de s'autosaboter pour ainsi

garder le contrôle sur l'échec que l'on estime inéluctable, par fatalité, par manque de confiance en soi, par manque de confiance en l'autre – plutôt que de s'exposer à une réussite incertaine

C'est également, dans nos sociétés, la période où il faut faire des choix et inscrire des déterminations : choisir son projet scolaire notamment, et son projet d'étude.

Mais parfois aussi, choisir son mode de garde entre ses parents séparés – parfois encore, choisir ou non de parler et révéler des violences dont on aurait été victime – et parfois enfin, un nouveau choix contemporain qui s'offre aux adolescents, choisir son genre.

Tous ces choix à faire confrontent les adolescents à la question de la toute-puissance et les angoisses qui s'y rattachent, avec une dimension créative et « libre » dans les potentialités d'existence, mais également un caractère vertigineux et terrifiant (= tyrannie de la liberté ?). Cela amène la question des limites et des points de butée et donc d'appui, internes ou externes, à partir desquels les adolescents pour pouvoir faire ces choix.

Dans un monde où les déterminations s'effacent peu à peu, jusqu'à la biologie même, les adolescents peuvent avoir l'illusion de pouvoir « devenir n'importe qui ». Il plane par ailleurs cette injonction contemporaine à « devenir qui on est » (qui nous vient certainement d'idéologies libérales et centrées sur l'individu telles que le développement personnel, et plus généralement d'une société de l'image, du Self) : il y aurait ainsi un « vrai soi », libéré, dont il faudrait partir en quête et ne pas laisser filer.

Sur le plan psychopathologique, on pourrait d'ailleurs discuter autour de l'émergence contemporaine d'une nouvelle forme de trouble à l'adolescence qui s'appelle le TDI (trouble dissociatif de l'identité). Lorsque je travaillais au CRP, il y avait eu toute une période où l'on se voyait de plus en plus sollicités pour établir et reconnaitre sur le plan diagnostic des TDI chez les adolescents. Ce serait une parenthèse que nous pourrions développer, nous en rediscuterons dans la discussion si vous le souhaitez.

Si l'on en revient à notre réflexion sur ce que c'est qu'être un adolescent aujourd'hui, au prisme de l'enjeu identitaire, il peut être intéressant de convoquer l'ontologie Sartrienne développée dans l'Etre et le Néant : pour Sartre, l'idée même d'une identité fixée, solide, immuable (l'Etre), est une menace et convoque le mortifère – tandis que l'idée d'un devenir, d'une transformation perpétuelle (le Néant), constitue la substance même du vivant et de l'humain. Ainsi pour lui, et c'est l'existentialisme : « l'Homme n'est rien d'autre que son projet ». L'existence précède l'essence.

Un des écueils de la quête identitaire à l'adolescence, pourrait donc être qu'à trop chercher à savoir « qui on est », les adolescents en oublient de vivre. De vivre, d'abord.

2) Quel rôle pour la pédopsychiatrie sur cette scène-là ?

J'en arrive maintenant à ce que nous constatons dans les services d'adolescents, en tout cas dans celui où j'exerce : nous faisons régulièrement le constat que beaucoup d'adolescents sont à risque de remanier leur lien à l'autre via le symptôme pédopsychiatrique. Avec, concomitamment au recours à l'hôpital pour s'extraire de situations de vie adverses, le risque d'une cristallisation identitaire implicite autour de : « je suis un adolescent souffrant de troubles psychiques » « c'est ainsi que je me définis, ou plutôt que je définis mon identité et mon rôle social ».

Sans avoir la compétence ni le recul sociologique suffisant pour développer ces assertions, mais nous pouvons faire l'hypothèse que plusieurs phénomènes sociaux y participent :

- L'esthétisation de la souffrance à l'adolescence, de type romantisation des souffrances du jeune Werther, dans un contexte où les réseaux sociaux sont devenus extrêmement présents dans la vie quotidienne des adolescents (une amie journaliste me disait qu'on trouve en moins de 15'' sur TikTok des vidéos d'adolescent.e.s en train de se scarifier, de manière esthétisée)
- La déstigmatisation croissante des troubles psychiques (ce qui par ailleurs est évidemment une excellente chose), avec par exemple 2025 où la santé mentale » est décrétée grande cause nationale, avec des conséquences paradoxales qui commencent à activer des débats bien légitimes au sein de la communauté (https://theconversation.com/sante-mentale-attention-a-leffet-de-mode-et-a-la-banalisation-241967) : et le risque de ne plus distinguer santé mentale et psychiatrie (c'est-à-dire, le distinguo entre le normal et le pathologique), avec l'écueil de relire toute forme d'adversité ou de détresse émotionnelle, comme relevant du trouble ou du psychopathologique – et donc un abaissement complet des seuils de ce qui reste « tolérable » dans l'inconfort des émotions adverses éprouvées

Dans la période récente (je parle sous contrôle de Yannis), chez les adolescents pour lesquels l'école n'est pas opérante en terme de gratification narcissique, d'apprentissage de la sociabilisation, de constitution de liens affectifs, l'autre voie classique était celle la délinquance ou de la rue, qui offre ses propres codifications, ses propres rôles sociaux et rites de passage, ses propres enveloppes groupales, etc

Nous pouvons faire l'hypothèse (je le dis intentionnellement de manière polarisée, donc provocante) qu'une troisième voie est actuellement celle de l'hôpital psychiatrique, qui offre un groupe social bien plus bienveillant que la moyenne, des adultes à l'écoute, une remobilisation de la fonction d'aide et de soutien parental – et engendre souvent une nouvelle sociabilisation et le sentiment d'appartenance à un

groupe – avec un « rôle » interactionnel qui s'établit implicitement et l'illusion d'une identité trouvée (celle de « malade » pédopsychiatrique)

Cependant, et parmi les écueils principaux que nous pouvons y voir pour les adolescents :

- Le risque d'essentialisation de la condition de « malade psychique », avec la possibilité pour l'adolescent, la famille, le thérapeute, de « trop y croire », c'est-à-dire à réduire l'adolescent à son trouble. Avec ensuite la difficulté à en sortir, de ce rôle et de tout ce qui s'est remanié à cette aune en termes d'interactions, d'aménagements, etc
  Et attention, il y a évidemment de vraies souffrances sous-jacentes, qu'il ne s'agit jamais de nier lorsque l'on pointe cet écueil aux adolescents comme à leurs familles. Les adolescents pour lesquels nous pouvons le plus craindre qu'ils aient du mal à sortir de ce rôle de malade, sont souvent les adolescents en proie à des souffrances relationnelles et/ou identitaires. Dans les services d'adolescents, ce sont généralement les adolescents présentant des fonctionnements de personnalité sur deux registres principaux :
  - *Borderline* : avec une hyper sensibilité interpersonnelle majeure
  - *Histrionique* : avec des adolescent.e.s en proie à des tyrannies narcissiques (anciennes et contemporaines), avec un prégnance du regard de l'autre sur la constitution de sa propre image de soi
  - Mais pas que : ces mêmes questions se discutent dans l'autisme Asperger, le psychotraumatisme, etc

- Le risque d'extraction de la vie réelle (typiquement dans les situations d'hospitalisations à répétition) → avec alors une déshabituation et des difficultés de ré-exposition croissantes, analogues aux difficultés de déconfinement post-COVID qu'ont expérimenté les adolescents, avec alors une augmentation massive du recours au soin pour des décompensations anxio-thymiques
  Comme le dit Lucie, une collègue et amie : l'hôpital c'est le *game de la vie niveau 1 (tout est plus facile) – mais la vie c'est niveau 10*
  En automatisant la fonction d'extraction (= évitement) des situations adverses ou qui convoquent une charge traumatique (trigger), en réalité nous participons du renforcement des évitements (type TCC avec les peurs)
  - ➔ Avec pour idiome de détresse contemporain très opérant, qui est à forte probabilité d'entraîner une hospitalisation : les idées suicidaires ou passages à l'acte auto-dommageables (avec des angoisses d'autant plus difficiles à contenir que nous multiplions les campagnes de prévention sur le suicide auprès des parents, ados, soignants, …)

Et les adolescents sont devenus des pratiquants très expérimentés du système de soin, ils savent parfaitement les codes de nos dispositifs, et comment revenir à l'hôpital – avec les phénomènes maintenant bien classiques des adolescents qui se donnent RDV dans les unités de soin (par exemple en faisant des pactes suicidaires, ou en nous prévenant en souriant qu'ils vont « bientôt revenir »)

- L'écueil de la déresponsabilisation et de la <u>désagentivation des agirs</u>, et notamment autour de la violence
  J'y suis particulièrement sensible puisque ce sont des situations que nous avons vécu récemment à deux reprises au sein de l'unité où j'exerce (…)
  Avec pour la 1ère situation, une excitation groupale autour d'un plaisir de la transgression, et l'explication des ados « on voulait sortir »
  Reprise individuellement, l'une d'entre elles, Z, a livré comme explication s'être sentie envahie par la colère (et de fait c'est une adolescente très dérégulée, qui a subi des violences, et qui présente une clinique de TSPT-c) et qu'ainsi légitimement, elle a agi une destruction des outils de soin. Il lui semblait parfaitement légitime, qu'en milieu pédopsychiatrique, lorsqu'un affect l'effracte, alors toute forme que prendra l'extériorisation de cet affect sera autorisée.
  Comme si les interdits fondamentaux (dont celui de la violence) n'étaient pas valides en PEA, et que tout agir était lu à l'aune de la souffrance psychique.
  Alors qu'en réalité, nous essayons sans cesse d'amener les adolescents à faire la différence entre la légitimité des émotions éprouvées, versus la manière dont elles s'adressent (avec des formes non acceptables socialement, dont la violence ou le meurtre)
  L'écueil principal, dans nos représentations cette fois et celles des autres institutions, c'est que dès lors qu'il s'agit « d'un ado pédopsychiatrique » = alors tout agir est nécessairement lu au nom de la pédopsychiatrie
  D'un point de vue pragmatique, cela se traduit par le fait que pour tout PAA d'un ado suivi en psychiatrie → le 17 envoie systématiquement les adolescents aux urgences ou appelle leur pédopsychiatre
  Ce qui donne des situations de dévoiements complets du symptôme, avec de manière paradigmatique N : « la TS c'est beaucoup plus rapide pour sortir de garde-à-vue »
  Avec le souci principal d'induire l'idée chez les ados que la condition de malade ou d'handicapé les désagentive de leurs agirs – ce qui in fine les reconfronte à cette question de la toute-puissance destructrice et mortifère
  Une des manières de composer avec cela, dans ce que nous avons pu tenter sur l'unité, c'est d'utiliser la notion de 'contrat de soin', avec plusieurs principes énoncés :
  - La violence est incompatible avec la position soignante

- Les solutions ne viendront pas de l'extérieur de manière magique : il ne s'agit pas d'attendre de l'hospitalisation, ni du « bon » thérapeute, ni du « bon » traitement, que cela résolve les difficultés des jeunes
- Nous sommes en revanche des outils à leur service, ni plus ni moins → c'est-à-dire, ils ont une **marge de manœuvre et une part active** ++++ (dans le devenir du processus de soin, comme dans les actes qu'ils posent, comme dans leur trajectoire de vie)

(autre aspect : gestion du risque +++ qui est consubstantiel à la psychiatrie, avec un remarquable ouvrage de Castel dès 1981 = « gestion du risque ». Report sur les urgences et l'intra de la fonction de la « gestion du risque » ? - seuils de tolérance extrêmement différents entre un urgentiste ou un clinicien d'intra / et un clinicien d'extra)

La construction du fonctionnement interpersonnel est éminemment dépendante de celui que l'on a en face (N. Georgieff et l'intersubjectivité) : nous avons ainsi une grande part active dans la manière dont se remanie la clinique adolescente et la symptomatologie qui « s'adresse à un autre ». Cela est par exemple manifeste sur la scène Lyonnaise où il existe plusieurs services pour adolescents, avec chacun des pratiques, des styles, des fondements psychopathologiques un peu différents : les adolescents dessinent alors des fonctionnements interpersonnels tout-à-fait différentes d'une unité à l'autre. Il n'est pas rare que nous nous appelions pour échanger sur tel ou tel adolescent.e, et que nous ayons l'impression de ne pas avoir rencontré le même adolescent.

Et de fait, il faut se rappeler que nous ne sommes jamais exactement le ou la même selon avec qui nous interagissons : il est vraisemblable que pour un adolescent, par définition en pleine construction identitaire, et par ailleurs traversant des moments de souffrance importants, cet effet 'contexte' soit démultiplié. Ainsi, nous devons sans cesse être vigilants à ne pas « piéger » les adolescents dans des fonctionnements interpersonnels qui se remanient à l'aune du symptôme pédopsychiatrique, et notamment le PAA ou la velléité suicidaire comme unique modalité d'adresse à l'autre.

Cela m'amène ainsi à discuter mon 2nd point, à partir de cette réflexion sur l'illusion (ou non) du « bon » diagnostic ou du « bon » traitement qui serait la solution, et le rôle que peuvent jouer les centres experts.

3) <u>Les centres experts et la promesse du « bon » diagnostic ?</u>

Nous avions écrit un texte en 2023, à quelques-uns, sur la place des centres experts en pédopsychiatrie, en essayant de souligner quelques enjeux de délégitimation des pratiques dites « généralistes » (telles que pratiquées sur le CMP, CMPP, et SMC par exemple), qui se traduisent par une non augmentation des moyens en contraste avec l'augmentation massive des demandes, versus l'importance croissante des centres dits « experts ». Nous en discutions quelques possibles écueils, en terme d'organisation des soins et en terme cliniques :

1) La complexité intrinsèque de la clinique adolescente : avec souvent une présentation polymorphe, une instabilité des symptômes, des chevauchements nosographiques. Auquel cas, on peut se demander si l'approche expertale ne comporte pas elle-même des biais, notamment le classique biais de « lecture de la clinique par ses propres lunettes » c'est-à-dire, le clinicien qui ne voit que du trouble bipolaire aura une plus forte tendance à décrypter et donc interpréter la clinique avec sa grille de lecture – puisque nous pratiquons tous une forme d'herméneutique des symptômes de la souffrance psychique, que nous cherchons à traduire en récits signifiants. On peut également se demander s'il n'est pas nécessaire d'avoir une approche généraliste pour entendre les poids respectifs des différents facteurs intrinsèques/psychopathologiques/familiaux/communautaires participant d'une forme d'expression singulière des troubles. Comme la médecine interne qui est la somme des spécialités médicales, la pédopsychiatrie polyvalente pourrait ainsi être considérée comme la somme des spécialités de la psychopathologie infanto-juvénile : la capacité de synthèse étant nécessaire à une modélisation des troubles pour un patient donné. Enfin, il est fréquent que nous rencontrions un écart important entre les symptômes présentés initialement par les adolescents (angoisse, idées suicidaires, passages à l'acte) et leur origine ou leur signifiance (la crise familiale dont ils parlent, le harcèlement ou les violences subies, les pensées anorexiques envahissantes). Pour que les adolescents nous confient une partie suffisante de leur monde interne qui souvent leur fait honte, il faut qu'ils nous fassent confiance, ce qui est très rarement possible en une unique rencontre. Un centre expert qui n'aurait ainsi qu'un matériau clinique très parcellaire (parce que l'adolescent ne lui dit pas tout au décours d'une seule consultation, qu'il ne rencontre qu'un des deux parents, que l'anamnèse est tronquée, etc.) tirerait nécessairement des conclusions fausses à partir de ces prémisses incomplètes.
2) Par ailleurs et nous en avons parlé en début d'intervention, les remaniements identitaires intrinsèques à l'adolescence qui entraînent une <u>quête de réponses au « qui suis-je »</u>, et notamment lorsqu'une souffrance est présente. Un diagnostic peut parfois rejoindre cet enjeu identitaire, et « assigner » à un fonctionnement donné, lequel se met à organiser le lien aux autres et à faire un support à la représentation de soi-même. Le centre expert doit ainsi manier l'art d'aider à la compréhension de l'adolescent,

sans rigidifier ou enfermer dans la représentation proposée (comme le ferait un effet de boucle : « on me dit que je suis état-limite, ou psychotraumatisé, ou bipolaire, alors jouons le jeu comme il faut »). Il faut bien sûr parfois recourir au diagnostic, lequel est alors pensé comme un point de départ à un travail de réappropriation d'un fonctionnement psychique et interpersonnel « suffisamment bon ».

3) Nous pouvons aussi nous alerter sur l'écueil des bonnes intentions associé à certaines promesses amenées par la mise en place de nouvelles structures dédiées (ou programmes ou lignes de soin) : cela peut rendre service aux personnes qui en bénéficient, mais peut aussi générer des attentes déçues et un désinvestissement du soin psychopathologique généraliste proposé (vécu comme « moins bien » par rapport à un soin technique spécialisé, lequel est souvent évoqué comme « efficace et validé »), pour les familles qui ne peuvent pas en bénéficier. Les indications de ces structures spécifiques sont en effet généralement très précises, ce qui exclut souvent une grande part des patients qui ne répondent pas à tous les critères ou qui ont des « comorbidités ». Ces patients non éligibles aux centres experts ou référents continuent donc d'être soignés par les structures généralistes, lesquelles sont pourtant de moins en moins reconnues et soutenues dans leurs missions, au détriment d'un effet vitrine des centres experts proposant un horizon de promesses.
4) Enfin, concernant la formation, il faut certainement se demander l'impact sur les jeunes cliniciens de l'écart croissant entre l'hypertechnicité présentée dans les enseignements, et la réalité des outils disponibles et accessibles dans la pratique quotidienne. On peut également se demander l'impact de n'évoquer que des situations archétypales, alors même qu'aucun enfant ou adolescent que nous rencontrons n'est « simple ». Nous créons potentiellement ainsi des vécus d'impuissance clinique accrus, majorés par l'écart entre « ce qu'il serait possible de faire » et « ce que l'on peut faire », comme si l'apanage du soin relevait uniquement de la technique.

Ainsi, nous proposions l'idée de reconnaitre une double typologie d'expertise : l'une liée à la connaissance d'un patient singulier et au déploiement d'un travail thérapeutique dans la durée, l'autre liée à la connaissance scientifique d'une entité nosographique et la mise à disposition d'un ensemble d'outils et de ressources. En quelque sorte, de ne pas inscrire de hiérarchie entre celui est expert d'un trouble, et celui qui est expert de ce patient-là. A l'adolescence, il semble essentiel de renvoyer aux familles et surtout aux adolescents eux-mêmes, que ce sont eux les principaux 'experts' : qu'il leur faut apprendre à mieux se connaitre, se comprendre, identifier leurs vulnérabilités, pouvoir donner un « mode d'emploi » à leurs parents, et ainsi réadopter un rôle actif dans la construction de leur trajectoire de soin et surtout de leur trajectoire de vie. Mais que personne d'autre ne pourra le faire à leur place : autrement dit, la

solution viendra d’eux-même, et de personne d’autre. La construction subjective peut prendre appui sur des autres, mais elle ne s’externalise pas.

Il s’y joue également probablement un autre enjeu plus politique : « ce n’est pas à un autre de me dire qui je suis ni ce qui est bon pour moi ».